

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ
INTERREGIONAL ACADEMY OF PERSONNEL MANAGEMENT



ISSN 2786-7153 (Print)
ISSN 2786-7161 (Online)

**СУЧАСНА МЕДИЦИНА,
ФАРМАЦІЯ
ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я**

**MODERN MEDICINE,
PHARMACY
AND PSYCHOLOGICAL HEALTH**

**ВИПУСК 5 (14)
ISSUE 5 (14)**

2023



**Видавничий дім
«Гельветика»
2023**

**Рекомендовано до друку Вченою радою
Міжрегіональної Академії управління персоналом
(протокол № 1 від 9 січня 2024)**

Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я / [головний редактор Н. Свиридова]. – Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2023. – Випуск 5 (14). – 140 с.

Журнал «Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я» є науковим рецензованим медичним виданням, в якому здійснюється публікація матеріалів науковців різних рівнів у вигляді наукових статей з метою їх поширення як серед вітчизняних дослідників, так і за кордоном.

Редакційна колегія не обов'язково поділяє позицію, висловлену авторами у статтях, та не несе відповідальності за достовірність наведених даних і посилань.

До 2 вересня 2022 року видання мало назву «Психологічне здоров'я».

**Ідея створення
видання:**

Коляденко Н. В. – д-р мед. наук, доц.,
професор кафедри медичної психології
Інституту медичних та фармацевтичних наук,
Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна).

Головний редактор:

Свиридова Н. К. – д-р мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних
та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія
управління персоналом (Україна).

Редакційна колегія:

Березнякова Н. Л. – д-р фармац. наук, проф., доцент кафедри медичної хімії, Національний фармацевтичний університет (Україна); **Бєленічев І. Ф.** – д-р біол. наук, проф., завідувач кафедри фармакології та медичної рецептури з курсом нормальної фізіології, Запорізький державний медичний університет (Україна); **Горчакова Н. О.** – д-р мед. наук, професор кафедри фармакології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна); **Головчанська О. Д.** – д-р мед. наук, доц., доцент кафедри стоматології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна); **Дорошенко А. І.** – канд. фармац. наук, асистент кафедри фармакології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна); **Дорошенко О. М.** – д-р мед. наук, проф., директор Інституту стоматології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Друзь О. В.** – д-р мед. наук, заслужений лікар України, начальник клініки психіатрії, Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», професор кафедри медичної психології Інституту медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна); **Живаго Х. С.** – канд. мед. наук, доцент кафедри медичної психології, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна); **Ільїна Т. В.** – д-р фармац. наук, проф., професор кафедри фармакогнозії, Київський медичний університет (Україна); **Карачевський А. Б.** – канд. мед. наук, доц., доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Кірсєв І. В.** – д-р мед. наук, проф., професор кафедри фармакології та фармакотерапії, Національний фармацевтичний університет (Україна); **Мальцев Д. В.** – канд. мед. наук, доц., завідувач лабораторії імунології та молекулярної біології Інституту експериментальної і клінічної медицини, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна); **Михайлов Б. В.** – д-р мед. наук, проф., професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Нусейр Мохамед Халед** – д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри біохімії, Йорданський університет науки і технологій (Ірбід, Йорданія); **Ольховська А. Б.** – д-р фармац. наук, доц., професор кафедри загальної та клінічної фармації, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна); **Омельянович В. Ю.** – д-р мед. наук, проф., професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Панченко О. А.** – д-р мед. наук, генеральний директор, Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України» (Україна); **Свиридова Н. К.** – д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Україна); **Соловйов О. С.** – д-р мед. наук, д-р фармац. наук, проф., професор кафедри загальної і клінічної фармації Інституту медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна); **Харченко О. В.** – д-р мед. наук, професор кафедри анатомії, клінічної анатомії, оперативної хірургії, патоморфології та судової медицини Медичного інституту, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (Україна); **Черненко І. О.** – канд. мед. наук, ординатор клініки психіатрії, Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», доцент кафедри медичної психології Інституту медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна Академія управління персоналом (Україна); **Черно В. С.** – д-р мед. наук, проф., професор кафедри анатомії, клінічної анатомії, оперативної хірургії, патоморфології та судової медицини Медичного інституту, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (Україна); **Чопчик В. Д.** – д-р мед. наук, доц., професор кафедри стоматології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна).

*Свідчення про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
«Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я» Серія КВ № 25296-15236ПР від 02.09.2022 р.*

«Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я» включено до Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») відповідно до Наказу МОН України № 530 від 6 червня 2022 року (додаток 2), Наказу МОН України № 1166 від 23 грудня 2022 року (додаток 3) та Наказу МОН України № 491 від 27 квітня 2023 року (додаток 3). Спеціальності: 225 – Медична психологія, 226 – Фармація, промислова фармація, 221 – Стоматологія, 222 – Медицина.

Усі електронні версії статей журналу оприлюднюються на офіційній сторінці видання
<http://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health>

Статті у виданні перевірені на наявність плагіату за допомогою програмного забезпечення
StrikePlagiarism.com від польської компанії Plagiat.pl.

© Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2023
© Автори статей, 2023

ЗМІСТ

МЕДИЦИНА

Nataliia ALEKSYEYENKO, Vitalii ANDRIYCHUK

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CHANGES WITHIN SOMATOTYPE COMPONENTS OF YOUNG PEOPLE (RURAL AND CITY RESIDENTS) DURING STUDYING IN A HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION8

Taras GUSEV, Natalia SVYRYDOVA, Igor MARTSENIUK, Yaroslav SIBIRYAKIN, Gennadii CHUPRYNA, Vitaly SEREDA

REFLEXOTHERAPY ACCORDING TO THE "BALANCE OF HEXAGRAMS" METHOD IN THE COMPLEX REHABILITATION OF DISEASES WITH PAIN SYNDROME14

Любов ДЕНИСЮК

АНАЛІЗ ТЕНДЕНЦІЙ КАДРОВОГО ТА РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ20

Igor MARTSENIUK, Natalia SVYRYDOVA, Taras GUSEV, Yaroslav SIBIRYAKIN, Gennadii CHUPRYNA

APPLICATION OF REFLEXOTHERAPY ACCORDING TO THE "HEXAGRAM BALANCING" METHOD IN THE COMBINED REHABILITATION OF DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM WITH PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS25

Олена ОЛІЙНІЧЕНКО, Юрій ЧОМОЛЯК

ВВЕДЕННЯ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ УКРАЇНИ ПОЄДНАНОГО ПЕТ-КТ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ФАРМКОРЕЗИСТЕНТНИХ ЕПІЛЕПСІЙ У ДІТЕЙ30

Микола РУДЕНКО

АНАЛІЗ ГЕМОДИНАМІКИ ПІД ЧАС КУЛЬОВОГО ПОРАНЕННЯ ЖИВОТА: ВІДОБРАЖЕННЯ РЕАКЦІЇ НА ТРАВМУ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ 90 ХВИЛИН37

Natalia SVYRYDOVA, Gennadii CHUPRYNA, Vitaly SEREDA, Volodymyr KRASNOV, Volodymyr NOVOSHYTSKY

REFLEXOTHERAPY IN THE COMPLEX REHABILITATION OF FACIAL NEUROPATHY42

Vitaly SEREDA, Natalia SVYRYDOVA, Taras GUSEV

THE USE OF REFLEXOLOGY ACCORDING TO THE "BALANCING HEXAGRAMS" TECHNIQUE IN THE COMPLEX REHABILITATION OF ARTHROPATHIES47

Gennadii CHUPRYNA, Taras GUSEV, Igor MARTSENIUK, Yaroslav SIBIRYAKIN, Natalia SVYRYDOVA, Vitaly SEREDA

CONDUCT OF THE SEMINAR CLASS "FUNDAMENTALS OF TRADITIONAL PULSE DIAGNOSTICS" IN THE REFLEXOTHERAPY CYCLE FOR STUDENTS IN THE SPECIALTY 227 "THERAPY AND REHABILITATION"52

Gennadii CHUPRYNA, Taras GUSEV, Igor MARTSENIUK, Yaroslav SIBIRYAKIN, Natalia SVYRYDOVA, Vitaly SEREDA

CONDUCT OF SEMINAR COURSE "BASES OF TRADITIONAL DIAGNOSTICS FOR THE USE OF ACUPUNCTURE METHODS" IN THE REFLEXOTHERAPY CYCLE FOR STUDENTS IN THE SPECIALTY 227 "THERAPY AND REHABILITATION"56

Gennadii CHUPRYNA, Taras GUSEV, Igor MARTSENIUK, Yaroslav SIBIRYAKIN, Natalia SVYRYDOVA, Vitaly SEREDA

CONDUCT OF SEMINAR COURSE "MULTIDISCIPLINARY APPROACH USING METHODS OF COMPILING ACUPUNCTURE PRESCRIPTIONS" IN THE CYCLE ON REFLEXOTHERAPY FOR STUDENTS IN THE SPECIALTY 227 "THERAPY AND REHABILITATION"62

Gennadii CHUPRYNA, Natalia SVYRYDOVA, Taras GUSEV, Igor MARTSENIUK, Yaroslav SIBIRYAKIN, Vitaly SEREDA

APPLICATION OF REFLEXOTHERAPY ACCORDING TO THE METHOD OF "BALANCING HEXAGRAMS" IN COMPLEX REHABILITATION OF NEUROPATHY OF THE RADIAL NERVE67

СТОМАТОЛОГІЯ

Мирослав ГОНЧАРУК-ХОМИН, Ігор ТУКАЛО, Степан ШЕВЕРЯ, Юрій РАК, Артур ЛЯХ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ФОТОГРАМЕТРІЇ В СУЧАСНІЙ ІМПЛАНТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	72
Семен ГОРЗОВ, Наталія ЖЕРО, Віталія ГОРЗОВ РОЛЬ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ У РОЗВИТКУ СКУПЧЕНОСТІ ЗУБІВ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ: АНАЛІЗ ДОСТУПНИХ ДОКАЗІВ ЗА ДАНИМИ СИСТЕМАТИЧНИХ ОГЛЯДІВ	81
Володимир МЕЛЬНИК, Любов БІЛИЩУК, Катерина ЗОМБОР, Мілан ІЗАЙ, Софія МЕЛЬНИК ОБІЗНАНІСТЬ ІЗ ПИТАНЬ ВИКОРИСТАННЯ ЗУБНОЇ НИТКИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ І ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	88
Юліанна МОШАК, Євген КОСТЕНКО, Мирослав ГОНЧАРУК-ХОМИН, Василь БЕЗЕГА ПРОБЛЕМАТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ МЕТОДІВ ДЕНТАЛЬНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ СТАНДАРТУ НАТО STANAG 2464 AMEDP-3.1. “MILITARY FORENSIC DENTAL IDENTIFICATION”	95
Олександр Удод, Ігор МОРОЗ ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЦНОСТІ АДГЕЗИВНОГО ЗВ'ЯЗКУ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ З ЕМАЛІЮ ЗУБІВ	102
Вікторія ХАЛЕЦЬКА, Олександра КОМАРИЦЯ СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА МЕТОДИ ВСТАНОВЛЕННЯ ЗУБНИХ ІМПЛАНТІВ	108

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Ніна БАКУРІДЗЕ, Іван КЛИМЕНКО, Андрій КУЛЬМАТИЦЬКИЙ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ТА ПІДХОДИ ДО ЇХ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	114
Аліна САЛЬНИКОВА АЛЕКСИТИМІЯ ЯК ПРЕДИКТОР ВИСОКОЇ ВІРОГІДНОСТІ ВИНИКНЕННЯ ЛУДОМАНІЇ	122

ФАРМАЦІЯ, ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ

Оксана КРИЩИК ОБҐРУНТУВАННЯ СКЛАДУ КОМБІНОВАНОГО РОСЛИННОГО ГІПОГЛІКЕМІЧНОГО ЗАСОБУ	129
---	-----

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.89:616-71:616-001

DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-5-19>

Ніна БАКУРІДЗЕ

аспірант, Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної Академії педагогічних наук України, вул. Паньківська, 2, м. Київ, Україна, індекс 01033 (ninabakuridze7@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7262-2982>

Іван КЛИМЕНКО

кандидат психологічних наук, доцент, Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук, Інститут медичних та фармацевтичних наук, Міжрегіональна академія управління персоналом, вул. Фрометівська, 2, м. Київ, Україна, індекс 02000 (neffalimm@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3119-7494>

Андрій КУЛЬМАТИЦЬКИЙ

кандидат медичних наук, доцент, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, Львів, індекс 79010 (andriykulm@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3486-1143>

Nina BAKURIDZE

Postgraduate Student, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, 2, Pankivska St, Kyiv, Ukraine, postal code 01033 (ninabakuridze7@gmail.com)

Ivan KLYMENKO

Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Educational and Research Institute of Psychology and Social Sciences, Institute of Medical and Pharmaceutical Sciences, Interregional Academy of Personnel Management, 2, Frometivska St, Kyiv, Ukraine, postal code 02000 (neffalimm@gmail.com)

Andrii KULMATYTSKYI

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69, Pekarska St, Lviv, Ukraine, postal code 79010 (andriykulm@gmail.com)

Бібліографічний опис статті: Бакурідзе Н., Клименко І., Кульматицький А. Клініко-психологічні особливості стану після черепно-мозкової травми та підходи до їх комплексної реабілітації. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2023. Вип. 5 (14). С. 115–121. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-5-19>

Bibliographic description of the article: Bakuridze, N., Klymenko, I., Kulmatytskyi A. (2023). Kliniko-psykholohichni osoblyvosti stanu pislia cherepno-mozkovoї travmy ta pidkhody do yikh kompleksnoi reabilitatsii. [Clinical and psychological features of the condition after traumatic brain injury and approaches to their comprehensive rehabilitation.]. *Suchasna medytsyna, farmatsiia ta psykholohichne zdorovia – Modern medicine, pharmacy and psychological health*, 5 (14), 115–121. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-5-19>

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ТА ПІДХОДИ ДО ЇХ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Анотація. У статті досліджено клініко-психологічні особливості реабілітації пацієнтів після черепно-мозкової травми. Метою дослідження є визначення індивідуальних та загальних факторів, що впливають на ефективність реабілітації, та розробка оптимальних підходів до психологічної підтримки пацієнтів.

Мета. Метою дослідження був ретельний аналіз клініко-психологічних аспектів реабілітації пацієнтів після черепно-мозкової травми з метою визначення психологічних факторів, що впливають на ефективність та індивідуалізацію процесу відновлення.

Наукова новизна. Наукова новизна дослідження клініко-психологічних особливостей реабілітації після черепно-мозкової травми полягає в комплексному підході, що об'єднує передові методи психологічної та медичної науки з інноваційними технологіями для досягнення максимально ефективного відновлення пацієнтів.

Методи. У дослідженні клініко-психологічних особливостей реабілітації після черепно-мозкової травми було вивчено за допомогою тестів MMPI та MoCA. Для цього була використана вибірка, що складалася з 331 особи ($n=331$).

Результати. Результати дослідження спрямовані на покращення програм реабілітації та розробку оптимальних стратегій психотерапії для пацієнтів із черепно-мозковою травмою. Згідно з MMPI на підставі середніх значень вибірки розміром $M=331$ виведено наступні характеристики основних шкал: L (Lie); Середнє (M): 51.04; Стандартне відхилення (SD): 7.64; Мінімальне (Min.): 35; Максимальне (Max.): 65; F (Infrequency); M: 61.31; SD: 11.82; Min.: 37; Max.: 89; K (Correction); M: 47.87; SD: 9.28; Min.: 30; Max.: 65; Шкали 1-0 (Hs, D, Hy, Pd, Mo, Pa, Pt, Sc, Mb, Si); M: Від 52.75 до 69.66; SD: Від 11.37 до 15.50; Min.: Від 24 до 123; Max.: Від 86 до 114. Здійснено аналіз MoCA-тесту та морфометричних характеристик головного мозку (за даними КТ) у 331 хворого з наслідками ЧМТ. У 26,3% хворих діагностовано помірне, а 42,7% – легке когнітивне зниження.

Висновки. Результати цього дослідження допоможуть вирішити практичні завдання у сфері клінічної психології та реабілітації, сприяючи подальшому вдосконаленню програм реабілітації та психотерапевтичних підходів для пацієнтів із черепно-мозковою травмою.

Ключові слова: неврологічний статус, шкала ком Глазго, шкала MMSE, MoCA, MMPI, комп'ютерна томографія.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE CONDITION AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY AND APPROACHES TO THEIR COMPREHENSIVE REHABILITATION

Abstract. The article examines the clinical and psychological features of the rehabilitation of patients after a brain injury. The study aims to determine individual and general factors affecting rehabilitation effectiveness and develop optimal approaches to psychological support for patients.

Goal. The purpose of the study was to thoroughly analyze the clinical and psychological aspects of the rehabilitation of patients after a brain injury to determine the psychological factors affecting the effectiveness and individualization of the recovery process.

Scientific novelty. The scientific novelty of the study of clinical and psychological features of rehabilitation after traumatic brain injury consists of a comprehensive approach that combines advanced methods of psychological and medical science with innovative technologies to achieve the most effective recovery of patients.

Methods. The study studied the clinical and psychological features of rehabilitation after a brain injury using the MMPI and MoCA tests. A sample consisting of 331 people ($n=331$) was used for this purpose.

The results. The results of the study were aimed at improving rehabilitation programs and developing optimal psychotherapy strategies for patients with traumatic brain injury. According to the MMPI, the following characteristics of the main scales were derived based on the average values of the sample size $M=331$: L (Lie); Average (M): 51.04; Standard deviation (SD): 7.64; Minimum (Min.): 35; Maximum (Max.): 65; F (Infrequency); M: 61.31; SD: 11.82; Min.: 37; Max.: 89; K (Correction); M: 47.87; SD: 9.28; Min.: 30; Max.: 65; Scales 1-0 (Hs, D, Hy, Pd, Mo, Pa, Pt, Sc, Mb, Si); M: From 52.75 to 69.66; SD: From 11.37 to 15.50; Min.: From 24 to 123; Max.: From 86 to 114. An analysis of the MoCA test and morphometric characteristics of the brain (according to CT data) was carried out in 331 patients with the consequences of TBI. 26.3% of patients were diagnosed with moderate and 42.7% with mild cognitive decline.

Conclusions. The results of this study will help to solve practical tasks in the field of clinical psychology and rehabilitation, contributing to the further improvement of rehabilitation programs and psychotherapeutic approaches for patients with traumatic brain injury.

Key words: neurological status, Glasgow coma scale, MMSE, MoCA, MMPI, computed tomography.

Огляд літератури. Один із важливих аспектів оцінки хворих із наслідками черепно-мозкової травми (ЧМТ) у сфері реабілітації та медико-соціальної експертизи – це аналіз їхніх когнітивних функцій [1, с. 548]. Вивчено, що навіть легкі порушення когнітивної сфери ускладнюють перебіг посттравматичного синдрому, а помірні розлади, які входять до складу психоорганічного синдрому, стають суттєвим фактором дезадаптації [2, с. 920]. З розвитком віддалених наслідків ЧМТ зростає частота інвалідизації у цих хворих на 18% [3, с. 397]. Клінічна проблема полягає у розумінні патомеханізмів, зокрема нейропсихологічних, що лежать в основі змін у поведінці, типових реакціях та психічному функціонуванні, які пацієнтка повідомляє та які спостерігає її чоловік. Серед цих змін можна виділити балакучість, труднощі у досягненні цілей, забування про обов'язки, малозанепокоєність поточними справами та недостатню чутливість у міжособистісних контактах. Ці аспекти перешкоджають ефективному впорядкуванню з повсякден-

ними проблемами та новими викликами, а також негативно впливають на стосунки з близькими. Ймовірно, оскільки проблеми виникли після травми голови, їхнім джерелом можуть бути мозкові механізми, які регулюють психічні процеси та поведінку [1, с. 540]. Мультифокальне пошкодження головного мозку, характерне для травми голови, може призвести до розладів, таких як когнітивні та поведінкові порушення, які не обов'язково відображають психопатологію, передбачену локалізацією ураження. Динаміка зміни симптомів пов'язана з різними факторами, такими як місце контузії, вторинні ефекти крововиливу, набряк мозку, тривалість коми або посттравматичної амнезії. У гострій фазі можна очікувати загальні мозкові симптоми, такі як розлади уваги, патологічна втрата енергії, порушення пам'яті та емоцій. Зі зменшенням початкових симптомів можуть виникнути різні нейропсихологічні синдроми. Однією з ключових причин такої інвалідизації у пацієнтів із ЧМТ є церебральна атрофія, яка займає провідне місце се-

ред прогресуючих тканинних наслідків [4, с. 1039]. основна увага зосереджена на нейропсихологічній функціональній діагностиці, в той час як локалізаційний діагноз залишається на другому плані. Згідно з літературними даними, основний акцент був зроблений на нейропсихологічній функціональній діагностиці, а локалізаційний діагноз втратив пріоритет. Процес діагностики в основному фокусується на розумінні психічного функціонування та поведінки, користуючись теорією функціональних блоків. У клініко-психологічній реабілітації після черепно-мозкової травми включають комплексні стратегії, спрямовані на поліпшення фізичного, когнітивного та емоційного стану пацієнтів [5, с. 5]. Можуть бути враховані такі ключові підходи:

Індивідуалізована оцінка та програмування: Проведення компенсаторної оцінки втрат та резервів кожного пацієнта. Розробка індивідуалізованих планів реабілітації, враховуючи фізичні, когнітивні та психосоціальні аспекти [6, с. 1105].

Фізіотерапія та реабілітація моторики: Використання фізичних вправ для поліпшення моторики та відновлення фізичної активності. Тренування рухів для відновлення координації та силових можливостей [7, с. 3247].

Когнітивна реабілітація: Впровадження програм для відновлення когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага, мовлення та екзекутивні функції. Використання комп'ютерних програм та спеціалізованих вправ для когнітивного тренування [8, с. e0228474].

Психотерапія та соціальна підтримка: Застосування психотерапевтичних технік для роботи з емоційними та психічними аспектами травми. Забезпечення пацієнтів підтримкою психологів та соціальних працівників у процесі адаптації до змін у житті.

Групова та родинна терапія: Впровадження сесій групової та родинної терапії для підтримки соціальної інтеграції та взаємодії у підтримуючому середовищі [9, с. 2039].

Технології в реабілітації: Використання технологій, таких як віртуальна реальність, для стимуляції та поліпшення функцій.

Ці підходи мають за мету не лише фізичне відновлення, але й психосоціальну адаптацію пацієнтів після черепно-мозкової травми, сприяючи їхньому поверненню до повноцінного життя [10, с. 239].

МоСА (Монреальський когнітивний асесмент) і MMSE (Мінімедичний стан екзаменації) – це різні інструменти для вимірювання когнітивних функцій, і вони мають різні назви та підходи.

MMSE є скороченою версією тесту на оцінку когнітивних функцій і використовується для оцінки загального когнітивного статусу пацієнта. Цей тест включає питання та завдання, які оцінюють пам'ять, увагу, обчислювальні навички та інші когнітивні аспекти [11, с. 1216].

МоСА, навпаки, є більш розширеним і детальним тестом на когнітивні функції. Цей тест враховує більш широкий спектр когнітивних областей, включаючи пам'ять, увагу, виконавчі функції та інші. МоСА спроектований для більш точної оцінки когнітивних втрат та дозволяє отримати більш детальний аналіз кожної області когнітивної функції [12, с. 269]. Отже, хоча обидва тести використовуються в області оцінки когнітивних функцій, МоСА є більш розгорнутим та докладним інструментом порівняно з MMSE [13, с. 179]. WAIS-R означає "Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised". Це психометричний інструмент, який використовується для вимірювання інтелектуальних здібностей дорослих осіб. WAIS-R є переглянutoю (revised) версією оригінального тесту Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) [14, с. 413]. Цей тест складається з різних підтестів, які оцінюють різні аспекти інтелекту, такі як вербальні здібності, робоча пам'ять, абстрактне мислення та інші [15, с. 13]. Результати тесту надають індивідуальні показники рівня інтелекту та можуть використовуватися для розуміння когнітивних функцій та допомоги в оцінці психічного стану особи.

З точки зору сучасної медицини та психології, актуальність проблеми визначається необхідністю точного та інформативного діагнозу для подальшого визначення ефективної терапії та прогнозу лікування наслідків черепно-мозкової травми. Наша мета полягає в системному розгляді психологічних аспектів, що впливають на процес відновлення функцій після травматичного ушкодження головного мозку. Дослідження спрямоване на визначення психологічних факторів, які впливають на ефективність реабілітаційних заходів, а отримані результати будуть корисними при розробці індивідуалізованих підходів до психологічної підтримки пацієнтів у процесі їхнього відновлення.

Методологія дослідження. У цьому дослідженні використовувалися статистичні дані, зібрані протягом 8 років з 2014 по 2023 рік в Україні. Початкова вибірка включала 584 суб'єкти, які перенесли черепно-мозкову травму. Мета була оцінити їх поточний рівень функціонування та надавати допомогу в управлінні реабілітаційними послугами.

Учасники представляли незалежну вибірку з осіб, які раніше не брали участі в подібних дослідженнях. Включено було лише тих, хто мав єдиний інцидент черепно-мозкової травми внаслідок різних подій, таких як напад, падіння, автомобільна аварія тощо. Особи з множинними епізодами травм голови або додатковими неврологічними захворюваннями були виключені.

Додатково були виключені особи із низьким рівнем когнітивного функціонування та ті, у кого неможливо було отримати оцінку ступеня когнітивного порушення через відсутність відомостей.

Загалом, у дослідженні залишилося 331 особа. Дані про демографічні характеристики, такі як стать, освіта, сімейний стан та рід діяльності до травми, також були враховані у дослідженні. У дослідженні було застосовано Міннесотське багатофазове опитування особистості (MMPI). В тест входить додатково три шкали валідності (L, F і K), призначені для виявлення несправедливого або аномального ставлення до тестування. Необроблені бали для певних шкал коригуються за допомогою коефіцієнтів К-шкали. Після цього необроблені бали для інших шкал, а також К-коректовані бали для певних шкал, агрегуються до І-балів ($M=50$; $SD=10$) для прямого порівняння різних шкал MMPI. Когнітивні функції хворих оцінювали за допомогою Монреальської шкали когнітивних функцій (MoCA-тест) [6, с. 1105]. Ця шкала виявляється більш чутливою для швидкої когнітивної діагностики порівняно з іншими нейропсихологічними тестами. Методика дослідження включала комплексний підхід до оцінки когнітивних функцій та морфометричних характеристик головного мозку. Для аналізу когнітивної сфери застосовувалася Монреальська шкала когнітивних функцій (MoCA-тест), яка забезпечує детальну характеристику різних аспектів психічного функціонування, таких як увага, концентрація, виконавчі функції, пам'ять, мова, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок та орієнтація.

Паралельно проводилася якісна та кількісна оцінка отриманих аксіальних томограм за допомогою комп'ютерної томографії. Дослідження включало визначення різноманітних морфометричних параметрів, зокрема ширини правого та лівого бічних шлуночків, мінімальних розмірів бічних шлуночків на рівні "cella media", ширини третього шлуночка, розмірів субарахноїдальних просторів на рівні полюса лобових часток та Сільвієвої щілини.

Такий інтегрований підхід дозволяв отримати детальну інформацію про стан як когнітивної сфери, так і структурних особливостей головного мозку, створюючи комплексний образ стану пацієнта та уможливаючи подальший адекватний аналіз та лікування.

Проводили оцінку таких індексів, як фронтальні роги, біфронтальний індекс (як маркер коркової атрофії), бікаудатний індекс (як маркер підкіркової атрофії), та співвідношення Евана [3, с. 7]. Ці показники служили для об'єктивної оцінки структурних змін у мозку та визначення можливих аномалій у функціонуванні когнітивної системи хворих.

Результати. Результати клінічних шкал MMPI визначалися емпіричним шляхом, вибираючи конкретні пункти із більшої групи потенційних тверджень, які відрізняли різних пацієнтів. З цими результатами можна створювати поведінкові описи та висновки щодо функціонування людини на основі індивідуальних шкал та конфігурації профілю MMPI (табл. 1-2).

Таблиця 1

Характеристики демографічних показників для досліджуваної вибірки пацієнтів з після черепно-мозкових травм

Змінна	Частота вибірки				
	Чоловік		Жінка		
	N=225	67.98%	N=106	32.02%	
Характер нещасного випадку	n	%	n	%	
ДТП	121	53.78	55	51.89	
Падіння/Напад	90	40 00	40	37 74	
Пішохідна/велосипедна аварія	14	6.22	11	10.38	
Рід діяльності до травми					
Некваліфікований/напівкваліфікований	31	22.67	20	1887	
Кваліфікований працівник	36	16.00	10	943	
Технічний працівник	2	0.89	2	1,89	
Професійний працівник	17	7.56	15	14.15	
Менеджмент/ Бізнес	25	11.10	11	1038	
Студент	36	16.00	23	21.70	
Безробітний	22	9 78	3	283	
Пенсіонер	4	1.78	2	1 89	
Дані недоступні	32	14,22	20	18,87	
Змінна	D	M	sd	Min.	Max.
Вік під час тестування (роки)	330	3525	12.38	14	72
Час після травми (роки)	308	3.00	4.23	0.8	27.83

Продовження таблиці 1

Найвищий рівень освіти (років)	300	1284	2.65	4	28
WAIS-R повна шкала IQ	331	98.34	991	85	136
WAIS-R Вербальний IQ	331	98.69	9.86	80	135
WAIS-R Продуктивний IQ	331	98.47	11.57	65	136

Таблиця 2

Статистичні показники згідно з MMPI та клінічною шкалою (M=331)

Змінна	M	SD	Min.	Max.
L	51.04	7.64	35	65
F	61.31	11.82	37	89
K	47.87	9.28	30	65
1 (Hs)	67.94	15.21	35	110
2 (D)	69.66	14.99	34	123
3 (Hy)	67.48	14.85	37	114
4 (Pd)	60.48	13.09	29	99
5 (MO)	52.75	11.37	28	86
6 (Pa)	59.53	12.57	34	97
7 (Pt)	65.05	14.42	34	105
8 (Sc)	67.99	15.50	36	114
9 (Mb)	57.60	12.58	33	97
10 (Si)	54.95	11.42	24	86

Таблиця представляє середні значення, стандартне відхилення та діапазони мінімальних та максимальних значень для різних складових шкал MMPI. Ці дані дозволяють отримати інформацію про середні та варіативні характеристики кожної шкали MMPI в досліджуваній вибірці. Для інтервалів між тестуваннями до 7 тижнів були визначені коефіцієнти стабільності тесту-повторного тестування для різних показників. Для PIQ цей коефіцієнт становив 0,96, для VIQ – 0,90, а для FSIQ – 0,96. Коефіцієнти коливалися в межах від 0,70 до 0,92 для окремих шкал WAIS-R. Оцінки стабільності тесту-повторного тестування у зразках неврологічних пацієнтів були порівняні з результатами стандартизаційної вибірки, і вони відображали подібний

рівень стабільності. Зазначено, що оцінки внутрішньої узгодженості були вищі в дослідженнях неврологічних пацієнтів. Наприклад, у дослідженні пацієнтів із травмами голови, де середній інтервал між сесіями тестування був 8 1/2 місяців, коефіцієнти стабільності становили 0,91 для VIQ, 0,84 для PIQ і 0,92 для FSIQ. Оцінки внутрішньої узгодженості для цього дослідження були високими, зі значеннями від 0,95 до 0,97 для VIQ, PIQ та FSIQ відповідно. Загальні результати також підтверджують надійність використання WAIS-R при оцінці пацієнтів із неврологічними симптомами. Коефіцієнти стабільності для різних показників, таких як PIQ, VIQ і FSIQ, підтверджують надійність результатів тестування. Також важливо відзначити, що оцінки внутрішньої

Таблиця 3

Показники за шкалою MoCA залежно від морфологічних змін у головному мозку

Шкала МОСА, рубрики	Нормативні значення	Пацієнти без ознак атрофії, n=60	Пацієнти з морфологічними ознаками церебральної атрофії		
			Зовнішня атрофія, n=118	Внутрішня атрофія, n=64	змішана, n=89
Візуально-конструктивні	4,23±0,48	3,14	2,91	3,589	2,81
Назви	2,88±0,36	2,89	2,89	2,87	2,96
Пам'ять	3,73±1,27	1,59	1,17	2,19	1,94
Увага	5,68±0,33	5,18	4,88	5,38	4,91
Мова	2,70±0,35	1,17	1,82	1,44	1,71
Абстракція	1,83±0,43	1,67	1,83	1,43	1,67
Орієнтація	5,99±0,11	5,57	5,68	5,92	5,47
Загальний бал	27,40±2,20	21,92	19,58	22,42	21,65

узгодженості були вищі в неврологічних групах пацієнтів порівняно зі стандартною популяцією. Це може вказувати на консистентність у вимірюванні психічного стану та його компонентів у хворих із неврологічними впливами.

Загальний бал за шкалою МоСА виявився достовірно ($p < 0,005$) нижчим за норму у всіх групах пацієнтів (табл. 3). Конкретно, в групі з ознаками зовнішньої церебральної атрофії був зафіксований спад на 28,5%, в групі з внутрішньою атрофією – на 18,17%, та в групі з мішаною церебральною атрофією – на 20,98%.

Під час тестування пацієнти з ознаками зовнішньої церебральної атрофії показали результати, які були достовірно нижчими ($p < 0,005$), ніж у групі з ознаками внутрішньої гідроцефалії. Додатково, показники рубрик «пам'ять» та «увага» були достовірно нижчими ($p < 0,005$) в групі пацієнтів із зовнішньою церебральною атрофією. У рубриці «мова» показники також були нижчими в групі із зовнішньою церебральною атрофією, а також серед тих, у кого не виявлено відхилень. За результатами тестування виявлено, що найгіршу здатність до абстрагування продемонстрували пацієнти в групах із внутрішньою та зовнішньою атрофією головного мозку.

Обговорення. Результати досліджень сфокусовані на важливому аспекті медичного та психологічного втручання у пацієнтів, які пережили черепно-мозкову травму. Реабілітація пацієнтів після ЧМТ вимагає комплексного підходу, що враховує клінічні та психологічні аспекти їхнього становища. У статті відзначаються клінічні наслідки ЧМТ, такі як церебральна атрофія, яка впливає на когнітивні функції пацієнтів. Важливо враховувати, що легкі та помірні когнітивні розлади можуть суттєво ускладнювати процес реабілітації та призводити до дезадаптації. Зростання частоти інвалідизації у пацієнтів після ЧМТ свідчить про серйозні виклики, що стоять перед медичною та соціальною службою. Це підкреслює необхідність

ефективної реабілітації та соціальної підтримки для оптимального відновлення функцій та якості життя пацієнтів. Важливо відмітити, що в останні роки впроваджуються інноваційні технології, психологічні стратегії та індивідуалізовані підходи до лікування, що сприяють покращенню клінічного та психологічного становища пацієнтів. Зокрема, автори [3, с. 297] підкреслюють важливість інтеграції клінічних та психологічних аспектів у реабілітаційний процес, а також роблять акцент на визначенні потреби пацієнтів. Важливим моментом є розробка інноваційних напрямків подальших досліджень для оптимізації результатів та покращення якості життя осіб, які пережили ЧМТ.

Висновки. Досліджено, що когнітивні розлади в осіб після черепно-мозкової травми стають значущим фактором ускладнення посттравматичного синдрому. Зокрема, помірні когнітивні дефіцити включаються до психоорганічного синдрому, що є важливим дезадаптуючим фактором. Згідно з літературними даними, зростання частоти інвалідизації у хворих з наслідками ЧМТ складає 18%. Церебральна атрофія виявляється одним із провідних факторів серед тканинних наслідків ЧМТ. Значущість реабілітаційних заходів для пацієнтів після ЧМТ підтверджується високими ризиками когнітивних та психічних ускладнень. Отже, ефективна реабілітація може сприяти поліпшенню якості життя та адаптації хворих. Застосування різноманітних методів, таких як МоСА та MMPI, дозволяє отримати комплексні дані про когнітивний стан та психічне здоров'я хворих, що є важливим для індивідуалізованого підходу до реабілітації. Дані статті вказують на потребу у подальших дослідженнях для розширення розуміння клінічно-психологічних аспектів реабілітації після ЧМТ. Вдосконалення методів оцінки та розробка ефективних реабілітаційних стратегій може сприяти поліпшенню результатів лікування та реабілітації пацієнтів із наслідками ЧМТ, зокрема, урахування їхніх когнітивних та психологічних особливостей.

Список використаних джерел:

1. Kowalski R. G. et al. Recovery of consciousness and functional outcome in moderate and severe traumatic brain injury. *JAMA neurology*. 2021. Т. 78. № 5. С. 548–557.
2. Wagner A. K. et al. Traumatic brain injury. *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation*. Elsevier, 2021. С. 916–953. e19.
3. Crupi R. et al. Management of traumatic brain injury: from present to future. *Antioxidants*. 2020. Т. 9. № 4. С. 297.
4. Maas A. I. R. et al. Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*. 2022. Т. 21. № 11. С. 1004–1060.
5. Rousseau, Anne-Françoise, et al. "Long-term outcomes after critical illness: recent insights". *Critical Care* 25.1 (2021): 1–7.
6. Sander A. M. et al. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*. 2021. Т. 31. № 7. С. 1105–1129.
7. Haarbauer-Krupa J. et al. Epidemiology of chronic effects of traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*. 2021. Т. 38. № 23. С. 3235–3247.
8. Jöhr J. et al. Recovery in cognitive motor dissociation after severe brain injury: a cohort study. *PLoS One*. 2020. Т. 15. № 2. С. e0228474

9. Rapport L. J., Wong C. G., Hanks R. A. Resilience and well-being after traumatic brain injury. *Disability and rehabilitation*. 2020. T. 42. № 14. C. 2049–2055.
10. Mikolić A. et al. Differences between men and women in treatment and outcome after traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*. 2021. T. 38. № 2. C. 235–251.
11. Okonkwo O. Program Guide for Division 40 (Society for Clinical Neuropsychology) at the annual Convention of the American Psychological Association, August 8–11, 2019; Chicago, IL: DIVISION 40 PROGRAMMING: Quick Reference. *The Clinical Neuropsychologist*. 2019. T. 33. № 7. C. 1216–1348.
12. Lippa S. M. et al. White Matter Integrity Relates to Cognition in Service Members and Veterans after Complicated Mild, Moderate, and Severe Traumatic Brain Injury, But Not Uncomplicated Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of neurotrauma*. 2023. T. 40. № 3-4. C. 260–273.
13. Caplan B. et al. Rehabilitation needs at 5 years post-traumatic brain injury: a VA TBI model systems study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2021. T. 36. № 3. C. 175–185.
14. Howlett J. R., Nelson L. D., Stein M. B. Mental health consequences of traumatic brain injury. *Biological psychiatry*. 2022. T. 91. № 5. C. 413–420.
15. Merz Z. C. et al. Furthering the understanding of Wechsler adult intelligence scale-factor structure in a clinical sample. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2021. T. 28. № 1. C. 12–23.

References:

1. Kowalski, R. G., Hammond, F. M., Weintraub, A. H., Nakase-Richardson, R., Zafonte, R. D., Whyte, J., & Giacino, J. T. (2021). Recovery of consciousness and functional outcome in moderate and severe traumatic brain injury. *JAMA neurology*, 78(5), 548–557.
2. Wagner, A. K., Franzese, K., Weppner, J. L., Kwasnica, C., Galang, G. N., Edinger, J., & Linsenmeyer, M. (2021). Traumatic brain injury. In *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation* (pp. 916–953). Elsevier.
3. Crupi, R., Cordaro, M., Cuzzocrea, S., & Impellizzeri, D. (2020). Management of traumatic brain injury: from present to future. *Antioxidants*, 9(4), 297.
4. Maas, A. I., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., ... & Zemek, R. (2022). Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 21(11), 1004–1060.
5. Tate, R. L. (2020). *A compendium of tests, scales and questionnaires: The practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. Psychology Press.
6. Sander, A. M., Clark, A. N., Arciniegas, D. B., Tran, K., Leon-Novelo, L., Ngan, E., ... & Walser, R. (2021). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 31(7), 1105–1129.
7. Haarbauer-Krupa, J., Pugh, M. J., Prager, E. M., Harmon, N., Wolfe, J., & Yaffe, K. (2021). Epidemiology of chronic effects of traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, 38(23), 3235–3247.
8. Jöhr, J., Halimi, F., Pasquier, J., Pincherle, A., Schiff, N., & Diserens, K. (2020). Recovery in cognitive motor dissociation after severe brain injury: a cohort study. *PLoS One*, 15(2), e0228474.
9. Rapport, L. J., Wong, C. G., & Hanks, R. A. (2020). Resilience and well-being after traumatic brain injury. *Disability and rehabilitation*, 42(14), 2049–2055.
10. Mikolić, A., van Klaveren, D., Groeniger, J. O., Wiegers, E. J., Lingsma, H. F., Zeldovich, M., ... & CENTER-TBI Participants and Investigators. (2021). Differences between men and women in treatment and outcome after traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, 38(2), 235–251.
11. Okonkwo, O. (2019). Program Guide for Division 40 (Society for Clinical Neuropsychology) at the annual Convention of the American Psychological Association, August 8–11, 2019; Chicago, IL: DIVISION 40 PROGRAMMING: Quick Reference. *The Clinical Neuropsychologist*, 33(7), 1216–1348.
12. Lippa, S. M., Yeh, P. H., Ollinger, J., Brickell, T. A., French, L. M., & Lange, R. T. (2023). White Matter Integrity Relates to Cognition in Service Members and Veterans after Complicated Mild, Moderate, and Severe Traumatic Brain Injury, But Not Uncomplicated Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of neurotrauma*, 40(3-4), 260–273.
13. Caplan, B., Bogner, J., Brenner, L., Malec, J., Mahoney, E. J., Silva, M. A., ... & Nakase-Richardson, R. (2021). Rehabilitation needs at 5 years post-traumatic brain injury: a VA TBI model systems study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 36(3), 175–185.
14. Howlett, J. R., Nelson, L. D., & Stein, M. B. (2022). Mental health consequences of traumatic brain injury. *Biological psychiatry*, 91(5), 413–420.
15. Merz, Z. C., Van Patten, R., Hurless, N., Grant, A., & McGrath, A. B. (2021). Furthering the understanding of Wechsler adult intelligence scale-factor structure in a clinical sample. *Applied Neuropsychology: Adult*, 28(1), 12–23.