

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 2(34)

2025 г.

Учредитель

Государственное учреждение
«Республиканский научно-
практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»

Журнал включен в

Перечень научных изданий
Республики Беларусь
для опубликования
диссертационных исследований
по медицинской
и биологической
отраслям науки
(31.12.2009, протокол 25/1)

Журнал зарегистрирован

Министерством информации
Республики Беларусь,
Свид. № 762 от 6.11.2009

Подписано в печать 16.06.25
Формат 60×90/8. Бумага мелованная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 120 экз.
Усл. печ. л. 11,5. Уч.-изд. л. 7,16.
Зак. 191.

Издатель ГУ «Республиканский
научно-практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»
Свидетельство N 1/410 от 14.08.2014

Отпечатано в
КУП «Редакция газеты
«Гомельская праўда»
г. Гомель, ул. Полесская, 17а

ISSN 2074-2088

Главный редактор,

председатель редакционной коллегии

А.В. Рожко (д.м.н., профессор)

Редакционная коллегия

В.С. Аверин (д.б.н., профессор, зам. гл. редактора),
В.В. Аничкин (д.м.н., профессор), В.Н. Беляковский (д.м.н.,
профессор), К.Н. Буздалькин (к.т.н., доцент), Н.Г. Власова (д.б.н.,
профессор, научный редактор), А.В. Величко (к.м.н., доцент),
И.В. Веялкин (к.б.н., доцент), Н.Н. Веялкина (к.б.н., отв.
секретарь), А.В. Воропаева (к.б.н., доцент), Д.И. Гавриленко
(к.м.н.), М.О. Досина (к.б.н., доцент), А.В. Жарикова (к.м.н.),
С.В. Зыблева (д.м.н., доцент), С.А. Игумнов (д.м.н., профессор),
А.В. Коротаяев (к.м.н., доцент), А.Н. Лызилов (д.м.н., профессор),
А.В. Макарич (к.м.н., доцент), С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор),
В.М. Мицура (д.м.н., профессор), Я.Л. Навменова (к.м.н.,
доцент), Э.А. Надыров (к.м.н., доцент), И.А. Новикова (д.м.н.,
профессор), Э.Н. Платошкин (к.м.н., доцент), Э.А. Повелица
(к.м.н.), А.С. Подгорная (к.м.н.), Ю.И. Рожко (к.м.н., доцент),
И.П. Ромашевская (к.м.н., доцент), А.П. Саливончик (к.б.н.),
А.Е. Силин (к.б.н., доцент), А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор),
И.О. Стома (д.м.н., профессор), Н.И. Шевченко (к.б.н., доцент),
Ю.И. Ярец (к.м.н., доцент)

Редакционный совет

А.В. Аклеев (д.м.н., профессор, Челябинск), О.В. Алейникова
(д.м.н., чл.-кор. НАН РБ, Минск), С.С. Алексанин (д.м.н.,
профессор, Санкт-Петербург), Е.Л. Богдан (Минск),
Л.А. Бокерия (д.м.н., академик РАН и РАМН, Москва),
А.Ю. Бушманов (д.м.н., профессор, Москва), И.И. Дедов (д.м.н.,
академик РАМН, Москва), В.И. Жарко (Минск), К.В. Котенко
(д.м.н., профессор, Москва), В.Ю. Кравцов (д.б.н., профессор,
Санкт-Петербург), Н.Г. Кручинский (д.м.н., профессор, Пинск),
Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), Д.А. Пиневиц (Минск),
В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), А.Л. Усс
(д.м.н., профессор, Минск), В.А. Филонюк (д.м.н., профессор,
Минск), Р.А. Часнойть (к.э.н., Минск), В.Д. Шило (Минск)

Технический редактор

С.Н. Никонович

Корректор

Н.Н. Юрченко

Адрес редакции 246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,

ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», редакция журнала

тел (0232) 38-95-00, факс (0232) 37-80-97

<http://www.mbp.rcrm.by> e-mail: mbp@rcrm.by

© Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека», 2025

№ 2(34)

2025

Medical and Biological Problems of Life Activity

Scientific and Practical Journal

Founder

Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

Journal registration
by the Ministry of information
of Republic of Belarus

Certificate № 762 of 6.11.2009

© Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

ISSN 2074-2088

Обзоры и проблемные статьи**Reviews and problem articles****М.Ю. Юркевич, Ж.А. Ибрагимова****M.Yu. Yurkevich, J.A. Ibragimova**

Нейротрофический фактор головного мозга (BDNF) и его роль в нейробиологических процессах

Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and its role in neurobiological processes

5

Медико-биологические проблемы**Medical-biological problems****Н.Г. Власова, К.Н. Буздалкин, Л.Н. Эвентова, А.Н. Матарас, Г.Н. Евтушкова****N.G. Vlasova, C.N. Bouzdalkin, L.N. Eventova, A.N. Mataras, G.N. Yevtushkova**

Прогноз индивидуализированных накопленных доз внутреннего облучения

Prediction of individualized accumulated doses of internal radiation

14

Е.А. Примакова, С.И. Кривенко, Е.А. Назарова, А.А. Сыманович, Е.Г. Юркина, А.А. Гомон, Н.И. Дедюля, Н.Ф. Миланович, С.В. Коротков**E.A. Prymakova, S.I. Krivenko, E.A. Nazarova, A.A. Symanovich, E.G. Yurkina, A.A. Gomon, N.I. Dedyulya, N.F. Milanovich, S.V. Korotkov**

Роль растворимых факторов в МСК-опосредованной иммунорегуляции

The role of soluble factors in MSC-mediated immunoregulation

21

Клиническая медицина**Clinical medicine****В.И. Бронский, С.В. Толканец, К.В. Бронская, Е.Н. Гаврилюк****V.I. Bronsky, S.V. Tolkanets, K.V. Bronskaya, E.N. Gavrilyuk**

Диссомния в структуре постковидного синдрома

Dyssomnia in the structure of post-covid syndrome

27

Д.А. Евсеенко, Н.В. Чуешова, Н.Н. Веялкина, З.А. Дундаров**D.A. Evseenko, N.V. Chueshova, N.N. Vejalkina, Z.A. Dundarov**

Формула расчёта индекса окислительного стресса у пациентов с циррозом печени и острой кровопотерей

Formula for calculating oxidative stress index in patients with liver cirrhosis and acute blood loss

35

Л.А. Кобылко, Н.В. Галиновская, Г.Е. Литвинов**L.A. Kabyłka, N.V. Halinouskaya, H.E. Litvinau**

Факторы, влияющие на выраженность болевого синдрома и качество жизни у пациентов после реваскуляризации миокарда с болями в нижней части спины

Factors influencing the severity of pain syndrome and quality of life in patients after myocardial revascularization with low back pain

43

Ю.К. Куликович, А.А. Лызиков, М.Л. Каплан, Д.Б. Куликович**Yu.K. Kulikovich, A.A. Lyzikov, M.L. Kaplan, D.B. Kulikovich**

Отдалённые результаты открытых реконструктивных вмешательств на артериях бедренно-подколенного сегмента

Long-term results of open reconstructive interventions on the arteries of the femoropopliteal segment

51

- В.Н. Мартинков, Д.К. Новик, А.Е. Силин, Ю.И. Ярец, И.Б. Тропашко, Д.А. Близин, О.В. Мурьчева, К.В. Бронская, И.Г. Мацак**
Взаимосвязь сывороточного С-реактивного белка с клинико-лабораторными характеристиками пациентов с истинной полицитемией 58
- Ж.Н. Медведева, А.С. Подгорная, Ю.А. Лызикова**
Исход оперативного вмешательства у пациенток с миомой матки в ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» 65
- Th.H. Nguyen, D.S. Nguyen, M.Th. Nguyen**
The status of worker's mental health disorder in manufacture enterprises of Vietnam 71

Обмен опытом**Experience exchange**

- А.Ю. Захарко, А.С. Подгорная, О.В. Мурашко, Н.Н. Лакотко**
Нитевые технологии в эстетической гинекологии 78
- Э.А. Повелица, А.С. Князюк, О.В. Пархоменко, А.М. Шестерня, М.Ю. Жандаров**
Пенэктомия — как исход хронического гнойного язвенно-некротического баланокавернита 88

УДК 616.8-009.836:616,9:578.834.1
DOI: 10.58708/2074-2088.2025-2(34)-27-34

В.И. Бронский¹, С.В. Толканец¹,
К.В. Бронская², Е.Н. Гаврилюк²

ДИССОМНИЯ В СТРУКТУРЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь;

²ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Обследованы 126 амбулаторных пациентов в поликлиническом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Выделены две группы. Основная группа (48 человек) — тревожные пациенты с признаками ковидной фобии с предположением у себя последствий коронавирусной инфекции (обследованы в первом полугодии 2022 года), средний возраст — 42 года; 28 человек с постковидным синдромом (обследованы в первом полугодии 2023 года), средний возраст — 49 лет. Группа сравнения (50 человек) — пациенты с нервно-психическими расстройствами, наблюдались психотерапевтом в консультативной группе, заболели до пандемии COVID-19 (обследованы в первом полугодии 2022 года). Средний возраст — 48 лет. Все пациенты осмотрены психотерапевтом и терапевтом.

Применялась методология экологической психиатрии. Заполнялась авторская квантифицированная карта, включающая разделы: социально-демографический; восприятие социально-средовых факторов; анамнестический; клинический с верификацией по критериям МКБ-10 с выделением синдромальной структуры; психометрическая оценка тревожности по шкале GAD-7 и вегетативного обеспечения по А.М. Вейну. Все обследованные разделены по наличию диссомнии и её отсутствию.

В результате исследования представленность диссомнии в основной группе составляет 63,5% и возрастает в динамике: в подгруппе коронофобии — 51%, в подгруппе с постковидным синдромом — 88% (при 4% в группе сравнения). Установлено усложнение структуры тревожных расстройств при сопутствующей диссомнии на раннем этапе исследования (с невротическим регистром тревоги) и на отставленном этапе, в подгруппе с постковидным синдромом, с преимущественно органическим генезом. Из этого следует представление об известной самостоятельной роли диссомнии, утяжеляющей психопатологический регистр с нарастанием депрессивных включений; органической трансформацией невротоподобных расстройств и симптомов когнитивной дисфункции. Рост численности когнитивных дисфункций согласуется со снижением восприятия фактора коронавирусной инфекции, особенно в подгруппе с постковидным синдромом. В группе сравнения, получавшей психофармакотерапию, диссомния практически отсутствует. И по всем остальным изученным показателям группа сравнения легче, чем основная группа. На основании исследования определены подходы к психофармакотерапии постковидного синдрома, в том числе диссомнии.

Ключевые слова: диссомния, тревожно-депрессивные расстройства, постковидный синдром, психофармакотерапия, ковидная фобия

Введение

Структура постковидного синдрома (U09.9 МКБ-10) наряду с психическими и вегетативными симптомами включает нарушения ритма сна и бодрствования — диссомнию (инсомнию). Не случаен интерес к это-

му симптому (расстройству) и отдельное его рассмотрение в связи с частой его регистрацией и существенным изменением базовых основ гомеостаза человека, что приводит не только к длительному психическому и соматическому расстройству, но и к преждевременной смерти. С другой стороны, соци-

альный аспект проблемы как часть чрезвычайной ситуации порождает массовые социально-стрессовые расстройства, в том числе стресс-ассоциированную диссомнию.

В масштабном исследовании негоспитализированного населения (3 762 респондента из 56 стран) установлено, что средняя распространённость проблем со сном составила 78,6% в течение 7 месяцев после заражения [1]. Клинико-патогенетические исследования диссомнии, в том числе в структуре постковидного синдрома, установили коморбидность диссомнии с аффективными расстройствами, что часто приводит к устойчивому ухудшению психического здоровья [2, 3]. Одновременные клинические проявления бессонницы и тревоги, частые в клинической практике, отражают их сопряжённость и взаимосвязь. Традиционные представления о бессоннице как о вторичном состоянии по отношению к тревоге больше не являются клинически жизнеспособными [4].

В онлайн исследовании российских авторов у 77,3% пациентов с постковидным синдромом регистрируются нарушение сна, у 45,2% — признаки депрессии, причём диссомнию авторы относят исключительно к неврологическим симптомам и связывают это состояние с менингоэнцефалитом (тромбовакулит) и аутоиммунным характером поражения головного мозга [5]. Указанная связь диссомнии с патологией головного мозга представляется ошибочной, так как сопряжена с тревожной дезорганизацией надсегментарных структур головного мозга.

В клинико-патогенетическом исследовании постковидного синдрома с использованием методологии экологической психиатрии показана ведущая роль резко изменившейся социальной экологии, массового сознания на кризисную ситуацию, а масштаб явления придал психогении характер социально-стрессовых расстройств. Рассмотрение расстройств в динамике показало этапность в формировании постковидного синдрома. Ведущим клиническим расстройством оказалось реактивное тревожное расстройство в начале формирова-

ния постковидного синдрома, с последующей его трансформацией в органическое тревожное расстройство на фоне формирования артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа. Тем самым в патогенезе постковидного синдрома следует учитывать нарастание органической симптоматики и, соответственно, когнитивных нарушений. Это обстоятельство согласуется со снижением когнитивной оценки феномена снижения восприятия фактора коронавирусной инфекции [6]. Диссомния регистрируется в структуре постковидного синдрома у большинства обследованных и в исследовании отдельно не анализировалась.

Лечение диссомнии, в том числе в структуре постковидного синдрома, методологически должно строиться с учётом её коморбидности с аффективной и церебральной патологией. Признаки сопутствующей тревоги и бессонницы, как независимых сопутствующих состояний, требуют последовательного терапевтического внимания. На всех стадиях предлагается когнитивно-поведенческая терапия [4].

В работе по лечению астенического постковидного синдрома основная группа получала многокомпонентные биорегулирующие препараты (траумель С, убихинон и коэнзим композитум), группа сравнения — элеутерококк и витамины группы В. В этой работе диссомния регистрировалась у 2/3 пациентов. К окончанию лечения она сохранилась у 50% в основной группе и 72% — в группе сравнения [7]. Исследование проводилось без учёта аффективной патологии.

Анонсируемая работа в РКМУ Управления делами Президента РБ совместно с институтом биофизики и клеточных технологий НАН РБ касается масштабных исследований по лечению постковидной диссомнии мезенхимальными стволовыми клетками [8]. Данные этих исследований не представлены в научной литературе.

Таким образом, диссомния при постковидном синдроме чрезвычайно распространена — от 77,3% до 78,6%, имеет коморбидность с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами, не изучена на стадии

ях формирования постковидного синдрома. Имеющиеся работы по лечению диссомнии при постковидном синдроме ограничены симптоматическим подходом без учёта патогенеза. Изучение диссомнии предполагает системную оценку и приоритет психопатологического подхода, что подтверждается мнением Менделевича В.Б. [9].

Цель исследования — изучить клинико-патогенетические аспекты и коморбидность диссомнии с аффективными расстройствами на различных стадиях развития постковидного синдрома для оптимизации реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования

Обследованы 126 амбулаторных пациентов с постковидным синдромом в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Выделены две группы. Основная — с подгруппой тревожных пациентов с признаками ковидной фобии (КФ), обратившихся к психотерапевту с предположением у себя последствий коронавирусной инфекции (обследованы в первом полугодии 2022 года) и подгруппой с постковидным синдромом (ПКС) (обследованы в первом полугодии 2023 года). Вторая группа — сравнения — пациенты с нервно-психическими расстройствами (НПР), наблюдаемые психотерапевтом в консультативной группе, заболевшие до пандемии (обследованы в первом полугодии 2022 года).

Пациенты осмотрены психотерапевтом и терапевтом. Подгруппу КФ составили 48 человек, средний возраст — 42 года (20–74 года), мужчин — 11, женщин — 37. Вторая подгруппа — 28 амбулаторных больных с ПКС, мужчин — 5, женщин — 23, средний возраст — 49 лет (27–75 лет). В группе сравнения (НПР) обследованы 50 человек, средний возраст — 48 лет (20–81 год), мужчин — 14, женщин — 36.

Все обследованные разделены по наличию диссомнии и её отсутствию. Диссомния в основной группе выявлена у 48 человек (КФ — 26 чел., ПКС — 22 чел.), в группе сравнения — у 2 человек.

Исследование заключалось в использовании методологии экологической психиатрии, что предусматривало заполнение авторской квантифицированной карты, включающей разделы: социально-демографический; восприятие социально-средовых факторов; анамнестический; клинический с верификацией по критериям МКБ-10 с выделением синдромальной структуры; психометрическая оценка тревожности по GAD-7 и вегетативного обеспечения [10, 11]. Использовался метод статистического анализа с определением *t* критерия Стьюдента и точного критерия Фишера.

Результаты исследования

Распространение диссомнии на представленном материале составило 66,6%, в группах КФ и ПКС — 54,1% и 78,6% соответственно (различие статистически значимо, $p=0,048$). В группе сравнения (НПР), получавших психофармакологическое лечение, диссомния определялась у 2 человек (4%).

Методология экологической психиатрии полагает изучение восприятия внешне-средовых и социальных факторов. При анализе их восприятия в подгруппе с ПКС с диссомнией ранг фактора коронавирусной инфекции был ниже, чем в подгруппе с ПКС без диссомнии (рисунки 1, 2). Это объясняет ослабление когнитивного функционирования при нарастании астении, и снижение опасности восприятия эпидемической обстановки.

Наиболее высокий ранг во всех группах занимает семейно-бытовой фактор, максимальное его значение отмечается в подгруппе с ПКС. В ряду других факторов в подгруппе с ПКС наблюдается статистически значимый прирост по производственному и семейно-бытовому факторам.

По ряду факторов наблюдается снижение в динамике. Отмечаются значимые различия для социально-экономического и материального факторов как менее значимые для субъектов, чем производственный и семейно-бытовой. Такая динамика иллюстрирует отвлечение внимания от социальных аспектов и фиксацию на субъективно значимых уюте и стабильности семейного окружения.

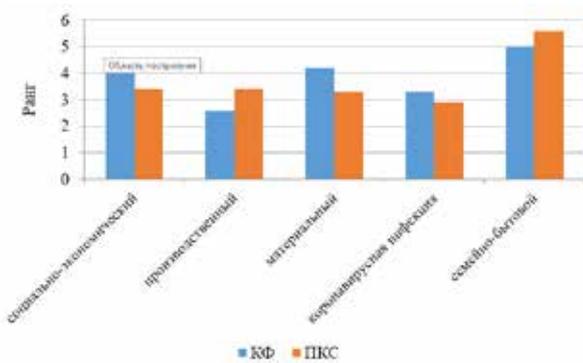


Рисунок 1 — Ранжированное восприятие внешне-средовых и социальных факторов в группе с диссомнией (М)

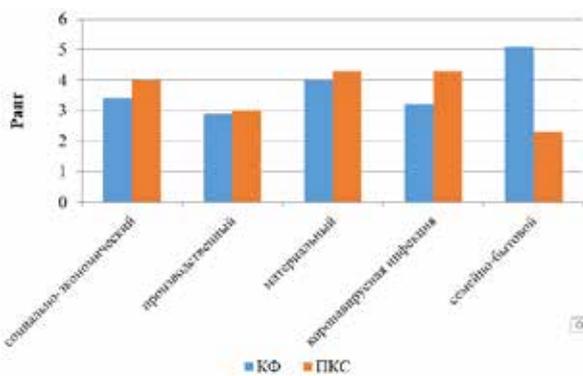


Рисунок 2 — Ранжированное восприятие внешне-средовых и социальных факторов в группе без диссомнии (М)

Общая тенденция восприятия внешне-средовых и социальных факторов интерпретируется в контексте охранительной мотивации и социальной изоляции. В динамике в подгруппе с ПКС повышается чувствительность к экологическому неблагополучию. В подгруппе с ПКС с диссомнией вырос ранг семейно-бытового фактора, как защитного и стабилизирующего уклад.

С учётом высокой коморбидности тревожных расстройств с диссомнией изучению подлежит вопрос о характере связи последней с тревогой. Есть предположения о независимой роли диссомнии в патогенезе тревожных расстройств, либо случайной, факультативной роли или отдельном значении диссомнии в структуре синдрома. Предпринято исследование патогенетической роли диссомнии и её вклада в совокупную тяжесть расстройств. Подгруппы КФ и ПКС рассматриваются нами

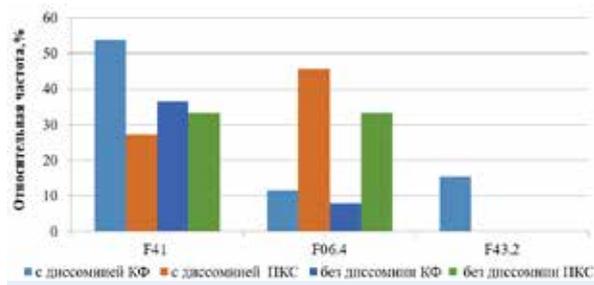


Рисунок 3 — Нозологическая характеристика в группах

как постковидный синдром на разных стадиях — острой и хронической.

Клинический анализ выявляет абсолютное преобладание тревожной феноменологии в подгруппе КФ (рисунок 3). В нозологической структуре тревожных невротических расстройств (F41) преобладает вариант генерализованной тревоги (ГТР, F41.1) — 53,8 процента. Иные варианты тревоги (панический, фобический) клинически не развернуты и их радикалы поглощаются в структуре ГТР. Преобладание невротических расстройств в КФ согласуется с их ситуационным и психореактивным происхождением.

Наряду с ведущей тревожной симптоматикой в КФ имели место отдельные случаи с депрессивными симптомами, которые поглощались тревогой. В подгруппе с ПКС встречаются единичные случаи с очерченной депрессией. Сравнение клинических форм в подгруппах КФ и ПКС с диссомнией показывает существенное превышение случаев невротической тревоги с вариантом диссомнии в сравнении с её отсутствием (53,8% против 27,3%, $p=0,083$). Суммарный вес невротических расстройств (F41) с учётом реакций на стресс и преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики (F43.2 — 17%), делает различие ещё выше.

Тревожные расстройства органического происхождения (F06.4 — 11,5%) сходны по модальности с невротической формой и в известной мере содержат реактивно-личностную компоненту.

При органическом тревожном расстройстве (F06.4) число случаев в подгруппе

пе ПКС с диссомнией (45,5%) выше, чем в подгруппе КФ (11,5%) ($p=0,011$).

При рассмотрении в динамике (ПКС) доля случаев F41 заметно уменьшается (с 53,8% в КФ до 36,4%, $p=0,258$). Кратно выше (в 3 раза), чем в КФ, определяется накопление случаев с органическим тревожным расстройством. Следовательно, в отставленном периоде пандемии имеет место рост расстройств органического генеза.

Анализ синдромов, составляющих в клинике диссомнии в разных подгруппах (КФ и ПКС) совпадает с тенденциями, выявленными на разных временных этапах становления постковидного синдрома (рисунок 4). Тревожные симптомы преобладают в подгруппе КФ (85% против 73% в подгруппе с ПКС, $p=0,178$). В динамике (ПКС) растёт число случаев с астенической феноменологией (ПКС — 41% против КФ — 23%, $p=0,368$, симптомов когнитивных расстройств ПКС — 27% против КФ — 8%, $p=0,119$).

С учётом высокой коморбидности тревожных расстройств с диссомнией подлежит изучению вопрос о характере связи последней с тревогой. Есть предположения о независимой роли диссомнии в патогенезе тревожных расстройств, либо её случайной, факультативной роли в структуре синдрома. В связи с высокой частотой диссомнии в синдромальной структуре тревожных состояний предпринято исследование её патогенетической роли и вкладе в совокупную тяжесть расстройств.

В подгруппе КФ встречались случаи соматической патологии на уровне клинических находок, тогда как в подгруппе с ПКС в большинстве случаев определялись клинически очерченные соматические заболевания в субкомпенсированной форме (артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа).

В исследовании определяется преобладание невротических тревожных расстройств в подгруппе КФ, как преимущественно реактивно обусловленных, с уменьшением их доли на последующем этапе, когда возрастает частота тревожных расстройств органического генеза.

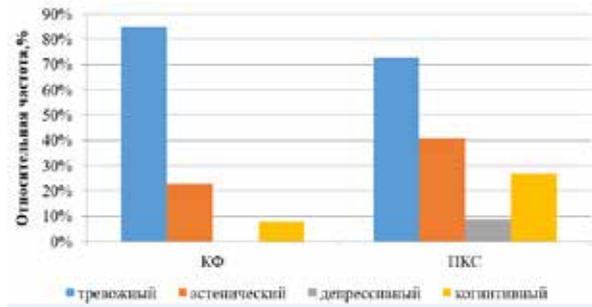


Рисунок 4 — Анализ дискретных синдромов в подгруппах с диссомнией

В динамике (ПКС) наблюдается ослабление тревожных симптомов в структуре синдромов при росте случаев с астенией и когнитивных дисфункций, что согласуется с формированием церебрастенического варианта психоорганического синдрома (таблица).

Различия параметров между подгруппами статистически недостоверны. В связи с небольшой численностью в группах и подгруппах более информативны клинические характеристики.

В группе сравнения только в двух случаях определялась диссомния у пациентов с депрессивным вариантом приспособительных реакций (F43.2). У них же (мужчина 23 лет, женщина 31 года) существенно снижено восприятие фактора коронавирусной инфекции — 2,5 балла, отмечается невысокий уровень тревожности — 8,5 балла, уровень вегетативной дисфункции — 28,5 балла. У остальных пациентов в группе сравнения диссомния не регистрировалась в результате проводимой терапии. Изначально по всем показателям группа НПР была легче по всем изучаемым показателям [6].

Обсуждение

Клиника ковидной фобии на ранних этапах характеризуется проходящими не-

Таблица — Шкалы тревожности и вегетативной дисфункции в группах, баллы ($M \pm m$)

	С диссомнией		Без диссомнии	
	КФ	ПКС	КФ	ПКС
Тревожность	11,8±1,0	9,5±1,4	9,1±1,2	11±5,0
Вегетативная дисфункция	43,4±3,2	37,6±3,8	41±3,2	41,7±10,2

развёрнутыми невротическими симптомами. На первом этапе исследования в группе КФ (до её разделения на подгруппы с наличием диссомнии и без таковой) преобладали тревожные и тревожно-депрессивные расстройства невротического регистра (F41.1) с тенденцией к затяжному течению. В единичных случаях имели место расстройства, связанные со стрессом (F43). Как формы с транзиторным течением они носили кратковременный характер (в прежнем значении невротических реакций). Реже встречались тревожные расстройства органического генеза (F06.4). На отставленном этапе пандемии (подгруппа с ПКС) намечился рост тревожных расстройств органического генеза с протрагированным течением соматической патологии и её декомпенсацией. При анализе дискретных симптомов в структуре психопатологических синдромов в группе ПКС нарастает численность симптомов собственно астении, депрессии, когнитивной дисфункции. Это свидетельствует об утяжелении клиники на отставленном этапе наблюдения.

Сравнение клинических форм в подгруппах с диссомнией и её отсутствием показывает существенное увеличение численности тревоги с сопутствующей диссомнией (53,8% — в КФ, 36,4% — без диссомнии).

Для органического тревожного расстройства численность случаев с диссомнией (45,5%) также превышает число расстройств без диссомнии (33,3%). Можно предположить самостоятельную роль диссомнии в формировании клиники и утяжеления синдромов.

Социально-психологическая обстановка пандемии, представляющая реальную угрозу жизни, порождает феномен ковидной фобии. При социометрической оценке окружения снижается значимость социально-экономического и производственного факторов при повышении актуальности семейно-бытового фактора. Такой сдвиг психологически понятен с защитных позиций, консолидации ближайшего окружения. Снижение восприятия фактора коронавирусной инфекции не согласуется с

явлением ковидной фобии. Значение этого феномена подлежит доизучению.

Однотипные тенденции наблюдаются и в отставленный период пандемии, когда ранг семейно-бытового фактора стал максимальным. Заметное повышение ранга производственного и экологического факторов в подгруппе с ПКС подразумевает тенденцию к нормализации социальной перцепции.

Представляет интерес связь рангов перцептивных факторов с наличием и отсутствием диссомнии. В подгруппе ПКС с диссомнией ранг фактора коронавирусной инфекции оказался существенно ниже, чем в подгруппе ПКС без диссомнии. Это согласуется с ослаблением когнитивного функционирования при нарастании астении и снижением опасности восприятия эпидемической обстановки.

В подгруппе ПКС с диссомнией вырос ранг семейно-бытового фактора как защитного и консолидирующего уклада. Среди контингента в подгруппах без диссомнии в группе ПКС отмечен рост значимости фактора коронавирусной инфекции и заметное снижение выраженности семейно-бытового фактора.

На отставленном этапе пандемии изучалось состояние здоровья пациентов, у которых терапевты выявили постковидный синдром. Рост численности соматогенных и соматовегетативных расстройств в ПКС свидетельствует о затяжном течении диссомнии.

Заключение

В результате исследования определена доля диссомнии. В основной группе она составила 66,6% (в подгруппе коронофобии — 54,1%, постковидного синдрома — 78,6%), в группе сравнения — 4 процента. Установлено утяжеление расстройств при сопутствующей диссомнии на разных этапах становления постковидного синдрома в группах с невротической и органической патологией и в подгруппах. Отсюда подтверждаются представления об известной самостоятельности диссомнии, усложняющей психопатологический регистр с появлением депрессивных включений, ростом численности симптомов когнитивной дис-

функции, органической трансформацией неврозоподобных расстройств. Наблюдаемые тенденции последовательно проявляются в динамике от начальной до развёрнутой стадий постковидного синдрома. Одним из причинных факторов этого феномена является ослабление когнитивных функций.

Из настоящего вытекает необходимость оптимизации лечения за счёт включения препаратов нейрометаболического свойства, оптимизации нейроиммунного звена с использованием ноотропных препаратов и иммунокорректоров.

Показательным примером реабилитации явилась изученная нами группа сравнения (НПР), где проводилась систематическая психофармакотерапия и не определялась диссомния. Наличие тревожных и тревожно-депрессивных расстройств предполагает назначение анксиолитиков и антидепрессантов. Наибольший анксиолитический эффект оказывают бензодиазепиновые транквилизаторы в краткосрочном купирующем периоде с ограничением курсового лечения из-за риска развития зависимости. Оптимальным вариантом для курсового лечения представляются небензодиазепиновые анксиолитики (атадекс, спитомин), для пациентов с органическим тревожным расстройством — фенибут. Антидепрессанты для курсовой терапии тревожных расстройств предполагают выбор из СИОЗС: сертралин и др., предпочтительно — флювоксамин (седирующий аспект).

Для лечения органического тревожного расстройства, в особенности у пациентов со снижением когнитивных функций, предпочтительны препараты с прокогнитивными и противовоспалительными свойствами (вортиксен, агомелатин). Важным условием является профильное лечение имеющейся соматической патологии, предотвращение декомпенсаций, и совместимое с обозначенной фармакотерапией. Расстройство сна усугубляет тяжесть любого синдрома и соматической патологии и, наряду с купированием основной, тревожной симптоматики, предполагает лечение собственно диссомнии. Действие легких гипнотиков (зопиклон), потенциру-

ется антидепрессантами с прокогнитивными свойствами (вальдоксан, бринтелликс). Психотерапия предполагает когнитивную коррекцию внутренней картины болезни, иррациональных установок и расхожих стереотипов, информирование пациентов о патогенных механизмах болезни, саногенное просвещение, выработку приёмов совладания.

Библиографический список

1. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact / H.E. Davis, G.S. Assaf, L. McCorkell [et al.] // *EclinicalMedicine*. – 2021. – № 38.
2. Ariel. Insomnia, depression, and anxiety symptoms interact and individually impact functioning (UK): A network and relative importance analysis in the context of insomnia / H.A. Bard, C. an O’Driscoll, C.B. Miller [et al.] // *Sleep Med*. – 2023. – Jan:101. – P. 505-514.
3. Insomnia is a key risk factor for persistent anxiety and depressive symptoms: A 12-month longitudinal cohort study during the COVID-19 pandemic / H. Meaklim, W.J. Saunders, M.L. Byrne [et al.] // *J Affect Disord*. – 2023. – Vol. 1(322). – P. 52-62.
4. Robert, N. Glidevell. Insomnia and anxiety: Diagnostic and Management implications of complex interaction / R.N. Glidevell, E.Vc.P. Botts, W.C. Orr // *Sleep Med Clin*. – 2015. – Vol. 10(1). – P. 93-99.
5. Воробьев, П.А. Постковидный синдром: образ болезни, концепция патогенеза и классификация / П.А. Воробьев, А.П. Воробьев, Л.С. Краснова // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2021. – № 5-6. – С. 3-10.
6. Бронский, В.И. Постковидный синдром с позиции экологической психиатрии / В.И. Бронский, С.В. Толканец, К.В. Бронская, Е.Н. Гаврилюк // *Медико-биологические проблемы жизнедеятельности*. – 2024. – № 1(31). – С.88-94.
7. Хайбуллина, Д.Х. Астенический постковидный синдром / Д.Х. Хайбуллина, Ю.Н. Максимов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2023. – Т. 123, №3. – С. 61-69.
8. Круглый стол «Возможности терапии нарушений сна». *Медицинский вестник*. – 2024. – № 12. – С. 12-14.
9. Менделевич, В.Д. Диссомнические (инсомнические) расстройства психоневрологическая дилемма в диагностике и терапии / В.Д. Менделевич // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. – 2016. – Т. 116, №11-2. – С. 18-23.
10. Опросник ГТР-7 (GAD-7) и рекомендации WFSBP по терапии генерализованного тревожного расстройства // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. – 2013. – № 2. – С. 78-85.
11. Вейн, А.М. Вегетативная дистония / А.М. Вейн, Н.А. Яковлев, Т.А. Слюсарь. – Москва, 1996. – 373 с.

V.I. Bronsky, S.V. Tolkanets, K.V. Bronskaya, E.N. Gavrilyuk

DYSSOMNIA IN THE STRUCTURE OF POST-COVID SYNDROME

126 patients were examined at out-patient department of Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology. Two groups were formed. The main group (48 people) are anxious patients with signs of coronaphobia and a suspicion of having the consequences of coronavirus infection (examined in the first half of 2022). The average age is 42 years. 28 people with post-COVID syndrome (examined in the first half of 2023). The average age is 49 years. The comparison group (50 people) — patients with neuropsychiatric disorders, observed by a psychotherapist in a counseling group, fell ill before the COVID-19 pandemic (examined in the first half of 2022). The average age is 48 years. All patients were examined by a psychotherapist and a general practitioner. The methodology of ecological psychiatry was used. The author's quantified card was filled in, including the following sections: socio-demographic; perception of socio-environmental factors; anamnestic; clinical with verification according to ICD-10 criteria with the identification of the syndromic structure; psychometric assessment of anxiety according to the GAD-7 scale and vegetative support according to A.M. Wayne. All examined patents were divided according to the presence of dyssomnia and its absence. As a result of the study, the prevalence of dyssomnia in the main group was 63,5% and increased dynamically: 51% in the covid phobia subgroup, 88% in the post-COVID syndrome subgroup, and 4% in the comparison group. A complication of the structure of anxiety disorders with associated dyssomnia was defined at the early stage of the study (with a neurotic anxiety register) and at the late stage, in the subgroup with post-COVID syndrome, with a predominantly organic genesis. It follows the idea of a well-known independent role of dyssomnia, which aggravates the psychopathological register with an increase in depressive inclusions; organic transformation of neurosis-like disorders and symptoms of cognitive dysfunction. The increase in the incidence of cognitive dysfunction is consistent with a decrease in the perception of the coronavirus infection factor, especially in the subgroup with post-COVID syndrome. In the comparison group receiving psychopharmacotherapy, dyssomnia was practically absent. And according to all other studied indicators, the comparison group is lighter than the main group. Based on the study, approaches to psychopharmacotherapy of post-COVID syndrome, including dyssomnia, were identified.

Key words: *dyssomnia, anxiety-depressive disorders, post-COVID syndrome, psychopharmacotherapy, coronaphobia*

Поступила 27.03.25