

Ірина Миколаївна Круковська, кандидат педагогічних наук, доцент, спеціаліст вищої категорії, викладач-методист, викладач, завідувач кафедри, кафедра природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» ЖОР, вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, Україна, 10002

E-mail: kosenkost@gmail.com

Валентина Миколаївна Косенко, кандидат медичних наук, старший викладач, спеціаліст вищої категорії, викладач-методист, викладач, кафедра природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» ЖОР, вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, Україна, 10002

E-mail: kosenkost@gmail.com

УДК: 618.3-06:[616.972:616.988:578.828.6]-022.363-032:618.33:616-053.31]-082(477)

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119389

ЛИКВИДАЦИЯ ПЕРЕДАЧИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СИФИЛИСА В УКРАИНЕ: ПРОГРЕСС И ВЫЗОВЫ

© Л. А. Деревянко, В. А. Марциновская

Цель этого исследования – проанализировать индикаторы воздействия и процессов ликвидации передачи матери ребенку (ПМР) ВИЧ инфекции и сифилиса в системе профилактики врожденного сифилиса и программе профилактики ПМР ВИЧ в Украине на основе данных ретроспективного исследования, способствуя, таким образом, подготовке к двойной валидации этих процессов в соответствии с целями и критериями ВОЗ

Ключевые слова: беременные, ВИЧ, сифилис, передача от матери ребенку, врожденный сифилис, ликвидация, валидация

1. Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2008 г. после серии публикаций по активизации действий по профилактике врожденного сифилиса (ВС) приняла глобальную стратегию его ликвидации [1]. Спустя два года была опубликована стратегия профилактики новых случаев инфицирования ВИЧ у детей грудного и раннего возраста [2]. Согласно определению ВОЗ, ликвидация означает сокращение до нуля числа новых случаев заболевания на определенной территории [3]. Однако в силу того, что ВИЧ-инфекция и сифилис остаются проблемой общественного здравоохранения, а эффективность мероприятий по профилактике передачи от матери ребенку (ЛПМР) инфекций является хотя и высокой, но в настоящее время невозможно сократить ее до нуля. Поэтому цель инициатив в отношении ликвидации передачи матери ребенку (ЛПМР) заключается в сокращении передачи от матери ребенку (ПМР) ВИЧ-инфекции и сифилиса до такого крайне низкого уровня, при котором они не являются проблемой общественного здравоохранения.

Термин «врожденный сифилис» традиционно используется для описания неблагоприятных последствий заражения сифилисом во время беременности. Однако в соответствии с консенсусом, достигнутым экспертами в результате глобальных консультаций, проведенных в 2012 г., было предложено использовать, по возможности, вместо термина «врожденный сифилис» термин «передача сифилиса от матери ребенку», чтобы углубить понимание все-

го спектра неблагоприятных последствий, включающих мертворождения, случаи неонатальной смерти, рождение детей до срока и низкую массу тела при рождении, а также родовые травмы [4].

Двойная ликвидация передачи матери ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса мотивируется тем, что такой интегрированный подход повышает качество услуг по охране здоровья матерей и детей, способствует более эффективной ЛПМР этих двух инфекций, а также является непосредственным вкладом в достижение Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), а именно ЦТР 4 и 5, которые предусматривают сокращение детской смертности и улучшение состояния здоровья матерей, а также ЦТР 6, которая нацелена на сокращение распространения ВИЧ-инфекции, малярии и других болезней [5].

Для подтверждения ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса ВОЗ разработал критерии валидации с целевыми показателями, которым должны отвечать страны независимо от их эпидемиологических особенностей, уровня развития или моделей предоставления услуг беременным.

2. Обоснование исследования

Украина, как и большинство стран Европейского региона ВОЗ и Центральной Азии, поддерживает инициативу ВОЗ по двойной ликвидации ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса, а также долгосрочные глобальные цели по устранению новых случаев заболеваний среди детей до 2030 г. [6]. Кроме того, Украина приняла краткосрочную цель – достижение целевого показа-

теля частоты ПМР ВИЧ до 1 % в рамках выполнения Общегосударственной целевой программы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИД на 2014–2018 гг. [7].

В связи с тем, что ГУ «Центр медицинской статистики МЗ Украины» (ЦМС) не имел достаточно данных для оценки показателей воздействия и процессов ЛПМР сифилиса в соответствии с целевыми ориентирами ВОЗ [8], авторами было проведено ретроспективное эпидемиологическое и клиническое исследование беременных с положительными серо-реакциями на сифилис и рожденных ими детей.

3. Цель исследования

Изучить возможность ликвидации передачи ВИЧ-инфекции и сифилиса от матери ребенку в Украине в рамках подготовки страны к процессу валидации ЛПМР в соответствии с целевыми показателями и критериями ВОЗ.

4. Материал и методы

В работе представлены результаты ретроспективного клинко-эпидемиологического исследования 237 женщин, которые заболели сифилисом до или во время беременности и 238 рожденных ими детей за период с 1999 по 2007 гг. Анализ результатов базировался на данных о матерях и детях, которые находились на обследовании, профилактическом лечении и клинко-серологическом контроле лечения в городской клинической кожно-венерологической больнице, национальной детской специализированной больнице «Охматдет» и детской клинической больнице №1 г. Киева (163 матери и 164 ребенка) и данных ЦМС г. Киева и 14 областей Украины, полученных из типовых временных карточек случаев ВС о 74 случаях ВС [9].

Авторы распределили матерей, у которых родились дети с подозрением на ВС на три группы: группа I – 102 матери, детям которых был диагностирован ВС (группа I-BC); группа II – 78 матерей, дети которых получили так называемое профилактическое лечение (группа II-PL); группа III – 52 матери, дети которых находились на клинко-серологическом контроле в Киевской городской дерматовенерологической больнице (группа III – КСК). Пять детей, чьи матери были надлежащим образом пролечены перед родами, были исключены из исследования, поскольку диагноз не соответствовал определению случая ВС принятого в рамках глобального эпиднадзора [5].

Кроме того, в статье были использованы статистические формы ЦОЗ и ЦМС по заболеваемости сифилисом и ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста, беременных и рожденных ими детей, в том числе тех, кому были установлены диагнозы ВС и ВИЧ-инфекция.

Статистическая обработка эпидемиологических и клинко-серологических данных о матерях, заболевших сифилисом, и тех, у которых данное заболевание было в анамнезе, а также рожденных ими детей, проведена на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 та MS Excel XP.

5. Результаты исследования

Средний возраст матерей из группы ВС составил $25,8 \pm 0,6$ года, большая часть из них проживала в городской местности (69,6 %), хотя 19,6 % из них были нерезидентами городов, в которых они рожали. В исследовательской когорте большая половина матерей были незамужние (57 %), остальные женщины имели постоянного партнера в официальном или гражданском браке. Каждая пятая женщина (21,5 %) практиковала рискованное поведение, а именно злоупотребляла алкоголем, употребляла наркотические вещества (инъекционные, неинъекционные), имела полового партнера – потребителя инъекционных наркотиков, представляла секс-услуги или относилась к трудовым мигрантам. Матери 22 новорожденных (9,2 % от всех женщин) отказались от материнских прав: в группах I-BC и II-PL поровну.

Кроме диагностированного сифилиса у 13,7 % беременных были выявлены сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) – гонорея, хламидиоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз, у трех женщин была выявлена ВИЧ-инфекция и у одной – туберкулез. Уведомление партнера было сделано только в 18,6 % случаях (19 беременных с активным сифилисом). Было установлено, что 44,1 % беременных из группы I-BC не получали дородовую помощь и не посещали женские консультации, в 96,1 % таких случаев не было проведено пренатальное лечение. У остальных шести женщин имели место неадекватное лечение (4 беременных), серорецидив (1) и реинфекция во время беременности (1). В группе II-PL 34 женщины (43,6 %) не посещали женские консультации и соответственно не получили пренатальное лечение.

ВС с симптомами был обнаружен у большинства детей – 85 (83,3 %), бессимптомный – только в 13 (12,7 %) случаях.

У авторов были ограниченные данные о 15 случаях мертворождения за период с 2004 по 2006 гг., семь детей (6,9 %) умерли в возрасте от 0,5 до 42 дней в связи с различными тяжелыми осложнениями ВС на фоне полисистемной недостаточности.

Новорожденные из группы I-BC рождались в гестационном возрасте $35,6 \pm 0,3$ недели, что значительно раньше в сравнении с группой II-PL ($p < 0,05$). Госпитализация детей с подозрением на ВС проводилась в среднем очень поздно ($24,9 \pm 4,5$ дня), и более того, их диагностика и лечение начались позже. В неонатальном периоде диагноз ВС был установлен у 75 (73,5 %) новорожденных, а у 23 (22,5 %) детей – в неонатальном периоде, когда у подавляющего большинства детей уже развиваются симптомы полиорганной недостаточности.

Анализ причин ВС свидетельствует о том, что основными факторами риска развития ВС в Украине является отсутствие пренатального наблюдения в 44 % случаях и отсутствие лечения у 99 % беременных женщин с серопозитивным сифилисом. Кроме того, задержка с пренатальной диагностикой и лечением, позднее инфицирование, качество диа-

гностики, ятрогенные ошибки, отказ женщин от госпитализации, реинфекция, роды на дому были дополнительными факторами риска ВС.

Данные ЦМС о заболеваемости ВС в Украине с момента его пика в 1998 г. от 83 до единичных случаев в последние годы (2013 – 5, 2014 – 2, 2015 – 1, 2016 – 1), свидетельствуют о соответствии показателей страны минимальному индикатору в отношении воздействия ЛПМР сифилиса. Однако данные исследования показывают, что статистические данные по ВС не отражают реальной заболеваемости. Так, 34 (43,6 %) детей из 78 группы П-ПЛ, получили лечение по схеме раннего ВС, как рожденные от матерей, не прошедших лечение сифилиса до родов, однако диагноз ВС не был им установлен в соответствии с определением случая ВС ВОЗ.

Кроме того, были проанализированы 4 целевых показателя в отношении процессов ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса.

1. Охват дородовой медицинской помощью (по крайней мере одно посещение) ≥ 95 %. В ЦМС поступают данные о беременных, находящихся под наблюдением в дородовых учреждениях в абсолютных цифрах, что не позволяет иметь достоверную картину о реальном охвате беременных пренатальным наблюдением. Это подтверждают данные исследования авторов: без пренатального наблюдения были 33,3 % беременных из группы П-ПЛ и 44,1 % женщин, у которых впоследствии родились дети с ВС.

2. Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ-инфекцию и/или сифилис ≥ 95 %. По данным ЦМС, в Украине на протяжении последнего десятилетия обследуется более 95 % беременных на сифилис и ВИЧ-инфекцию, что соответствует целевым ориентирам в отношении процессов валидации ЛПМР (табл. 1).

Уровень распространения сифилиса и ВИЧ инфекции у беременных в Украине, как и в большинстве стран имеет стойкую тенденцию к снижению, начиная с 2010 г. (табл. 2).

Таблица 2
Уровень распространения сифилиса и ВИЧ-инфекции среди беременных

Годы	Уровень распространения сифилиса			Уровень распространения ВИЧ		
	количество обследованных до 30 недели	из них позитивные	%	количество обследованных	из них позитивные (новые случаи)	%
2007	449700	1305	0,29	598836	3085	0,52
2008	477842	1380	0,29	643149	3563	0,55
2009	486 348	1502	0,31	585941	3234	0,55
2010	474 840	1235	0,26	579000	2797	0,48
2011	475 434	945	0,20	592836	2792	0,47
2012	495 405	778	0,16	585478	2633	0,45
2013	477 939	549	0,11	585544	2262	0,39
2014*	430 012	382	0,09	522021	1872	0,36
2015*	388 632	383	0,10	442766	1482	0,33
2016*	367 776	365	0,10	412653	1314	0,32

Примечание: * – без учета данных АР Крым, г. Севастополь с 2014 г., части территории проведения антитеррористической операции – с 2015 г.

Обращает на себя внимание меньшее количество женщин, обследованных на сифилис в сравнении с ВИЧ инфекцией. Это можно объяснить тем фактом, что в ЦМС поступают данные о количестве обследованных на сифилис беременных только до 30 недель беременности в отличие от аналогичных данных по ВИЧ, которые включают результаты обследования на поздних сроках беременности и экспресс-диагностики в родах. Таким образом, из-за отсутствия данных по серологическому обследованию на сифилис в родах, статистические показатели по уровню распространения сифилиса среди беременных не охватывают женщин с поздним обращением в женскую консультацию (группы повышенного и социального риска), а также тех, кто выявлен в роддоме.

3. Охват ВИЧ-позитивных беременных женщин антиретровирусным лечением ≥ 90 %. По данными ЦОЗ ВИЧ-позитивных беременных женщин антиретровирусным лечением на протяжении последних десяти лет превышает 95 %, что соответствует целевым ориентирам ВОЗ. С 2016 г. в Украине, согласно Унифицированному клиническому протоколу первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку», утвержденному приказом МЗ Украины № 449 от 16.05.2016 г., всем беременным незави-

Таблица 1
Показатели процесса ЛПМР ВИЧ и сифилиса в Украине*

Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% беременных протестированных на ВИЧ	96,9	99,2	99,2	99,3	99,2	97,6**	99,1
% беременных, позитивных на ВИЧ***	1,0	0,87	0,82	0,85	0,83	0,75	0,71
% беременных протестированных на сифилис	96,2	96,0	96,6	96,6	96,9	97,8	97,3
% беременных позитивных на сифилис	0,25	0,19	0,15	0,11	0,09	0,10	0,10

Примечание: * – без учета данных АР Крым, г. Севастополь с 2014 г., части территории проведения антитеррористической операции – с 2015 г.; ** – не было достаточно диагностических тест-систем; *** – не зависимо от момента установления диагноза ВИЧ-инфекции

симо от клинической стадии ВИЧ-инфекции назначается трехкомпонентная антиретровирусная терапия, которая продолжается на протяжении всей жизни.

4. Лечение беременных женщин с серопозитивным сифилисом $\geq 95\%$. В ЦМС МОЗ Украины не собираются данные об охвате беременных женщин лечением на сифилис. В тоже время анализ 102 подтвержденных случаев ВС показал, что 99 % матерей не получили адекватного лечения до родов.

6. Обсуждение результатов

Анализ индикаторов ЛПМР ВИЧ и сифилиса в Украине показал, что они отвечают минимальным целевым ориентирам (≤ 50 случаев заражения детей на 100 000 живорожденных), но показатель частоты передачи ВИЧ от матери к ребенку в Украине еще превышает минимально допустимый критерий ЛПМР ВОЗ ($\leq 2\%$) и составил 3,7 % по данным когорты детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, в 2015 году, что еще не отвечает критериям ВОЗ для валидации этого процесса.

О серьезных нарушениях в системе оказания медицинской помощи беременным с серопозитивным сифилисом свидетельствуют те факты, что в данном исследовании на учет в женскую консультацию в I–III триместрах стали 57 (55,9 %) женщин из тех, детям которых в дальнейшем было установлено ВС, но своевременное пренатальное обследование и лечение им не было проведено. В Украине согласно действующему протоколу лечения введение бензатин пенициллина для профилактики ВС рекомендуется только в первой половине беременности в отличие от рекомендаций ВОЗ [1], но в большинстве случаев проводится инъекциями водорастворимого бензилпенициллина короткого действия. Кроме того сохраняется устаревшая практика проведения во время беременности дополнительного профилактического лечения двухнедельным курсом бензилпенициллина, что не отвечает современным требованиям [10].

В Украине, беременные женщины госпитализируются для проведения лечения сифилиса, хотя это условие не является обязательным согласно рекомендаций ВОЗ и нарушает их права по получению амбулаторного лечения. В действующих протоколах по ИППП отсутствуют модели организации диагностики и лечения сифилиса у беременных с информацией по клиническому ведению случаев на всех уровнях оказания медицинской помощи, в том числе у беременных женщин из групп повышенного риска инфицирования ВИЧ.

Как известно из руководящих документов ВОЗ, одним из важных принципов приверженности страны целям ликвидации ВИЧ и сифилиса, является наличие в ней соответствующих программ [1].

Программа ППМР ВИЧ-инфекции в Украине работает с 2001 г. и стала одной из наиболее успешных в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции, кроме того в сфере ВИЧ/СПИДа постоянно обновляется нормативно-правовая база, в том числе клинические протоколы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку [11].

В тоже время программы профилактики ВС, как ИППП в целом, в Украине, нет [12]. В 2009 г. группой экспертов ВОЗ была проведена оценка наличия и доступности услуг по диагностике и лечению ИППП для групп повышенного риска инфицирования ВИЧ. По мнению экспертов, некоторые нормативные документы службы ИППП устарели и требуют пересмотра, обновления и включения новых данных, а также акцентирования на правах человека. В тоже время программы профилактики ВС, как ИППП в целом, в Украине, нет.

Учитывая, что в Украине резко возрос половой путь передачи ВИЧ-инфекции с 51,1 % в 2008 г. до 73,3 % в 2016 г. [7], международные и национальные эксперты в сфере ППМР считают, что обеспечение универсального доступа к мероприятиям по ППМР для всех ВИЧ-позитивных беременных, в том числе по профилактике ВС, особенно среди женщин, принадлежащих к уязвимым и социально незащищенным группам населения, может сыграть важную роль в ЛПМР ВИЧ от матери к ребенку [7].

7. Выводы

1. В последние десятилетие в Украине значительно снизилась заболеваемость ВИЧ-инфекцией и сифилисом среди беременных, а некоторые показатели воздействия ЛПМР отвечают минимальным целевым ориентирам ВОЗ.

2. Результаты исследования свидетельствуют о том, что показатель ПМР ВИЧ-инфекции в Украине превышает целевой ориентир ВОЗ, необходимый для валидации ЛПМР ВИЧ.

3. Отсутствие данных об охвате пренатальным наблюдением беременных женщин, в том числе групп риска, их устаревшие схемы лечения, отсутствие национальной программы по ИППП/ВС, пассивная система эпиднадзора не позволяют в настоящее время достичь поставленных целей двойной ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса.

Литература

1. Глобальная ликвидация врожденного сифилиса: обоснование и стратегия действий [Текст]. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 50 с.
2. Глобальный план устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых [Текст]. – Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2011. – 44 с.
3. Обратный отчет до нуля. Глобальный план устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтоб они смогли оставаться в живых, 2011-2015 [Текст]. – ЮНЭЙДС, 2011. – 44 с.
4. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems [Text]. – Geneva: World Health Organization, 2012. – 30 p.

5. Глобальное руководство по критериям и процессам валидации ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса [Текст]. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. – 32 с.
6. WHO Regional technical consultation on monitoring progress and supporting capacity building to validate dual elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis [Text]: report. – Astana, 2015. – 48 p.
7. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 47 [Текст]. – К., 2017. – С. 64–69.
8. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними та венеричними захворюваннями в Україні в 2016 р. [Текст]. – К.: ДЗ «Центр медичної статистики», 2017.
9. Наказ МОЗ України № 14 від 17.01.2002. «Про заходи щодо профілактики випадків раннього вродженого сифілісу» [Електронний ресурс]. – Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=59>
10. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2009. – № 312. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/MOZ9474.html
11. Про затвердження уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2016. – № 449. – Режим доступу: <http://akusherstvo.ltd.ua/files/449.pdf>
12. Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні [Текст]. – Звіт місії ВООЗ, 2009. – 43 с.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Доан С. І.
Дата надходження рукопису 26.10.2017*

Людмила Андреевна Деревянко, ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», пер. Волго-Донский, 3, г. Киев, Украина, 02099
E-mail: dludmyla@gmail.com

Виолетта Анатольевна Марциновская, старший научный сотрудник, ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л. В. Громашевского Национальной академии медицинских наук Украины», ул. Амосова, 5, г. Киев, Украина, 03680
E-mail: marcynetta@ukr.net

УДК: 616.895.8-085.85:73/79

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.118987

РІВЕНЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЯК МІШЕНЬ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

© О. О. Кришталь

У ході дослідження запропонована система арт-терапії в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію та доведено її ефективність. Під впливом арт-терапії у комплексному лікуванні шизофренії відмічається швидка редукція психопатологічної симптоматики, підвищення тривалості та якості ремісії. Встановлена висока результативність арт-терапії в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо підвищення якості життя у хворих на шизофренію

Ключові слова: арт-терапія, хворі на шизофренію, соціальне функціонування, позитивні, негативні, загальні психопатологічні синдроми

1. Вступ

Лікування хворих на ендogenous захворювання, зокрема, шизофренії, є однією з найскладніших проблем сучасної психіатрії. Це обумовлено, насамперед, важкістю наслідків хвороби, яка призводить до стійкої соціальної дезадаптації, втрати працездатності [1].

За даними ВООЗ на шизофренію страждають 45 млн. осіб в усьому світі, при цьому реєструється 4,5 млн. нових випадків [2]. Шизофренія посідає одне з провідних місць серед причин, які обумовлюють інвалідність: більше 60 % пацієнтів з шизофренією працездатного віку стають інвалідами [3]. Інвалідизація осіб з цією патологією обумовлена клініко-психопатологічними та соціальними наслідками захворювання, до яких належать переважання негативних та когнітивних порушень, хронічний рецидивуючий перебіг, високий суїцидальний ризик, агресивність,

безробіття, зниження соціального функціонування та якості життя пацієнтів [4].

Реабілітація психічно хворих не обмежується усуненням психопатологічної симптоматики і повинна бути націлена на створення для них оптимальних умов соціального функціонування, підвищення якості життя, здатності до самостійної активної діяльності – в сучасних умовах ця проблема набуває особливої важливості. [5]. Арт-терапія є одним із сучасних методів психотерапевтичного впливу, який використовує можливості образотворчого мистецтва в поєднанні з лікувальними факторами, пов'язаними з відносинами пацієнта з фахівцем і групою [6].

2. Обґрунтування дослідження

Сучасна стратегія розвитку вітчизняної психіатрії наголошує на необхідності розвитку форм до-