

УДК 616.7

DOI 10.24412/2312-2935-2023-4-510-521

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПУТЁМ НОРМАЛИЗАЦИИ СНА

*Я.А. Некрашевич¹, А.Н. Блинков², С.Г. Горелик¹, К.А. Звягина³, К.С. Багдасарян¹,
О.Н. Курганская¹, С.М. Савастьянов¹*

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

²Московский научно-исследовательский онкологический институт им.П.А.Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ Радиологии Минздрава РФ», г.Москва

³ФКУЗ «МСЧ МВД России по Липецкой области», г.Липецк

Введение. Паллиативная медицинская помощь это важная составляющая здравоохранения была выделена в качестве самостоятельного вида медицинской помощи Министерством Здравоохранения Российской Федерации в 2011 году. Она представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на облегчение страданий и боли, а также улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан. Основные принципы паллиативной помощи заключаются в приоритете качества жизни перед продолжительностью. Вместо того, чтобы сосредотачиваться на продлении жизни пациента, основное внимание уделяется уменьшению страданий и достижению максимального комфорта и самостоятельности для пациента.

Цель исследования. Уменьшить степень депрессивных расстройств, инсомнии у паллиативных пациентов. Оценить эффективность методики по улучшению сна и эмоционального состояния.

Материалы и методы. Поскольку этиопатогенетическое лечение паллиативных пациентов нецелесообразно, возникла необходимость в разработке альтернативных методов улучшения качества жизни таких больных. Представляется актуальным сравнительная характеристика уровня тревоги и стресса у паллиативных пациентов. В статье рассмотрены общие аспекты оказания паллиативной помощи в Российской Федерации, сравнительная характеристика пациентов по нозологиям, а также приведено исследование на базе отделения паллиативной помощи ОГБУЗ «Большетроицкая районная больница».

Результаты. Основные проблемы, с которыми сталкиваются сотрудники паллиативной помощи при уходе за больными: внутренние отравления, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, ухудшение состояния органов, запор, кахексия, депрессия, инсомния. В результате было отмечено снижение общего балла по шкале депрессии в когорте участников исследования.

Выводы. Психотерапевтическая помощь, основанная на улучшении сна пациентов в паллиативных отделениях, является востребованной и результативной для оказания помощи неизлечимым пациентам.

Ключевые слова: принципы паллиативной помощи; паллиативный пациент; гериатрия; пожилой пациент; качество жизни; бессонница; депрессия

IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PALLIATIVE PATIENTS BY NORMALIZING SLEEP

*Nekrashevich Y.A.¹, Blinkov A.N.², Gorelik S.G.¹, Zvyagina K.A.³, Bagdasaryan K.S.¹,
Kurganskaya O.N.¹, Savastyanov S.M.¹*

¹*Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Professional Education "Belgorod State National Research University"*

²*P.A. Herzen Moscow Research Oncological Institute, branch of the Federal State Budgetary Institution "NMIC of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation"*

³*Federal Medical Institution of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Lipetsk Region*

Introduction. Palliative care is an important component of healthcare and was designated as an independent type of medical care by the Ministry of Health of the Russian Federation in 2011. It is a complex of medical interventions aimed at alleviating suffering and pain, as well as improving the quality of life of terminally ill citizens. The basic principles of palliative care are the priority of quality of life over duration. Instead of focusing on prolonging the patient's life, the focus is on reducing suffering and achieving maximum comfort and independence for the patient.

The purpose of the study. To reduce the degree of depressive disorders, insomnia in palliative patients. Evaluate the effectiveness of the methodology in improving sleep and emotional state.

Materials and methods. Since etiopathogenetic treatment of palliative patients is impractical, it has become necessary to develop alternative methods to improve the quality of life of such patients. It seems relevant to compare the level of anxiety and stress in palliative patients. The article discusses the general aspects of palliative care in the Russian Federation, comparative characteristics of patients by nosology, and also provides a study based on the department of palliative care OGBUZ "Bolshetroitskaya District Hospital".

Results. The main problems faced by palliative care staff in caring for patients are: internal poisoning, cardiovascular and respiratory failure, organ deterioration, constipation, cachexia, depression, and insomnia. As a result, there was a decrease in the total depression scale score in the study cohort.

Conclusions. Psychotherapeutic care based on improving patients' sleep in palliative care units is in demand and effective for the care of terminally ill patients.

Keywords: principles of palliative care; palliative patient; the quality of life; insomnia; depression

Введение. Целью интенсивной терапии является излечение пациентов или, по крайней мере, увеличение продолжительности жизни, иногда вплоть до потери её качества. Основная же задача паллиативной помощи — достижение, поддержка, сохранение и повышение, насколько это возможно, качества жизни пациента [1]. Внимание к физическим, психологическим, социальным и духовным потребностям неизлечимо больных пациентов и их семей широко известно, как "паллиативный уход". Качество жизни - это термин, используемый так, как будто это абсолютный показатель, который можно измерить, но это не так. Не существует "золотого стандарта" оценки, который был бы универсально приемлемым, универсально применимым и универсально надежным. На сегодняшний день не существует

согласованного определения термина "качество жизни". Бытует предположение, что ухудшение качества жизни - это дефицит между желаемым и фактическим уровнями благополучия человека. Большинство авторов признают, что хорошее качество жизни - это индивидуальное суждение, определяемое одним человеком, может резко отличаться от хорошего качества, определяемого другим. Ключевые показатели качества жизни больного часто изменяются в процессе динамического прогрессирования болезни [2].

Для оценки основных показателей качества жизни применяют стандартные опросники и тесты.

Паллиативная помощь оказывается амбулаторно (кабинет паллиативной помощи при в поликлинике либо выезд врача на дом), и в условиях стационаров.

Цели и задачи стационарной паллиативной помощи:

1. Адекватное обезболивание, в том числе и сильнодействующими / наркотическими обезболивающими препаратами.

2. Обеспечение надлежащего ухода и проведение психосоциальной реабилитации паллиативных больных.

3. Поддержание нутритивного баланса пациента, обучение родственников принципам питания тяжелобольного на дому.

4. Обучение родственников уходу за паллиативным пациентом перед выпиской домой.

5. Привлечение внимания общественных организаций к проблемам больных, нуждающихся в паллиативной помощи.

6. Содействие в оформлении документов на медико-социальную экспертизу при необходимости, перевод в учреждения долговременного ухода [3].

Принципы оказания паллиативной помощи в отделении:

1. Бережное отношение к больным (отзывчивость, сочувствие, сострадание);

2. Объединение в команду: пациента, его родственников, врачей, среднего медицинского персонала;

3. Обучение умению избегать стрессовых ситуаций;

4. Психологическая поддержка пациентов и их семей [4].

Паллиативная медицинская помощь в отделении оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

- пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- лица с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения и нуждающиеся в симптоматическом лечении и уходе при оказании медицинской помощи;
- пациенты, столкнувшиеся с серьезными и необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении сестринского ухода при оказании медицинской помощи;
- лица с поздними стадиями онкологического профиля.

Подводя черту, считаем обоснованным и необходимым поиск альтернативных методов помощи паллиативным больным.

На стационарное лечение пациента направляет врачебная комиссия медицинской организации. Для этого комиссия изучает медицинскую документацию, полученную ретроспективно, сопоставляет полученные данные с возможностью отделения, учитывая срочность госпитализации [5].

Цель исследования: уменьшить степень депрессивных расстройств, инсомнии у паллиативных пациентов. Оценить эффективность методики по улучшению сна и эмоционального состояния.

Материалы и методы. Наше исследование проводилось в отделении паллиативной медицинской помощи ОГБУЗ «Большетроицкая районная больница».

Отделение паллиативной помощи ОГБУЗ «Большетроицкая районная больница» было организовано 01.01.2023г на основании приказа «О совершенствовании организации паллиативной медицинской помощи Белгородской области №1335» В соответствии с №323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослым», для улучшения качества жизни пациентов, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые приводят к преждевременной смерти, когда исчерпаны возможности иного лечения. Мощность данного отделения 31 койка круглосуточного пребывания.

Сама госпитализация осуществляется исключительно в плановом порядке. Средняя продолжительность пребывания больных в отделении паллиативной медицинской помощи

определяется государственным заданием и составляет от 20 до 30 койко-дней. В течение года повторная госпитализация в отделение паллиативной медицинской помощи требуется в среднем 18-25% пациентов. Основные причины повторной госпитализации в отделение паллиативной медицинской помощи приведены на рисунке 1.

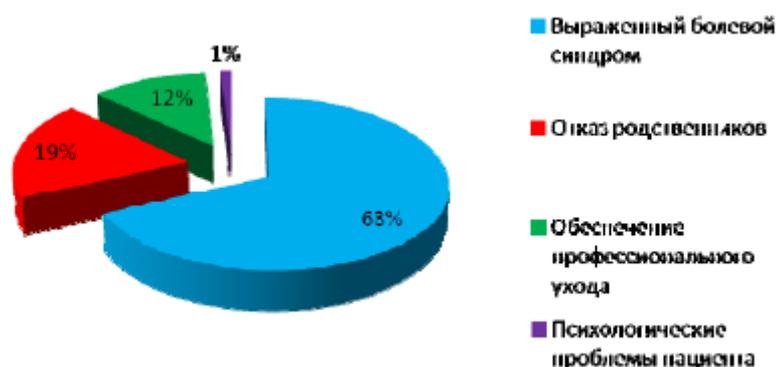


Рисунок 1. Основные причины повторной госпитализации в отделение паллиативной помощи (в%)

Наше исследование проводилось в два последовательных этапа.

Первый этап носил характер ретроспективного исследования. В первую очередь проводилась выкопировка данных медицинских историй, где выявлялись основные проблемы, возникающие у паллиативных пациентов. Используются данные объективных источников, включая сведения о жалобах и анамнезе пациентов пожилого и старческого возраста, анализированных на основе историй болезней. Для выявления наиболее частых жалоб поступивших больных на начальном этапе мы проанализировали истории болезней 454 лиц, которые получали лечение в условиях отделения в течение 8 месяцев работы.

Во втором этапе исследования приняли участие эти 20 пациентов, поступивших на стационарное лечение. Средний возраст в этой группе составил 67,7 лет. Максимальный возраст участников составил 87 лет. Подавляющее большинство опрошенных - женщины.

Для диагностики расстройств депрессивного спектра используются инструменты краткого скрининга, которые позволяют оценить уровень эмоционального дистресса пациентов, они позволяют выявить уязвимые группы пациентов и сосредоточить внимание медиков на больных, нуждающихся в дополнительном содействии психотерапевтов [7].

Учитывая данные факторы, нами было принято решение провести исследование уровня тревоги и стресса у пациентов терапевтического профиля, которые не принимали наркотических анальгетиков, антидепрессантов, снотворных препаратов.

Испытуемым в ежедневном формате выдавались индивидуальные текстильные маски для сна, которые обеспечивали полную темноту, соответственно на радужную оболочку исключалось попадание света, а также предлагались к прослушиванию адаптированные релаксационные аудиофайлы из методики по схеме: в первый день исследования после подготовки к ночному сну пациентам предлагался к прослушиванию 15-минутный аудиофайл, во второй день 30-минутный, и по нарастанию каждый день на 15 минут до шестого дня, когда длительность предлагаемого аудиофайла составляла 1 час 30 минут. Оценка уровня показателей была повторена в день выписки пациента, а именно на 20 сутки на фоне проводимого исследования, и через 10 дней после выписки из стационара.

На данном этапе выбранным участникам применялась запатентованная методика лечебного сна–отдыха Александра Николаевича Блинкова, кандидата психологических наук, представителя Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева [8].

Метод лечебного сна-отдыха основан следующим образом: перед засыпанием человек прослушивает специальную аудиопрограмму, а затем засыпает. Метод приводит к улучшению самого последующего сна и уменьшает силу негативных эмоций, а также приводит к нормализации многих функций организма, проводится в 2 вариантах: короткого дневного сна-отдыха и длительного лечебного сна, переходящего в ночной сон.

Пациент располагается лежа в удобной позе, максимально расслаблен.

Через портативную колонку подаются следующие команды, с применением определенных характеристик тембра речи [8].

Для тестирования мы использовали классические опросники депрессии:

- Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) – подход к диагностике депрессивных состояний, который был разработан психотерапевтом А. Беком с использованием клинических наблюдений для выявления ограниченного числа наиболее актуальных и значимых симптомов депрессии и жалоб пациентов[9].

- Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) способ оценки степени тревоги в данный момент (реактивная тревожность), так и психические характеристики индивидуума [9].

Результаты. При выкопировке данных нами обнаружены следующие проблемы у паллиативных пациентов, приведенные на рисунке 2.



Рисунок 2. Проблемы и жалобы паллиативных больных (в %)

Проведённый анализ выявил основные проблемы, возникающие у пациентов. Практически все из опрошенных (89 %) испытывали слабость; 77,3 % – жаловались на боль, у 41,5 % отмечалась тошнота, у 29,7 % была рвота или позывы; у 56,4 % больных наблюдалось снижение аппетита; у 34,5 % – одышка различной интенсивности; у 31,7 % – кахексия; у 24,5% больных копростаз, у 39,8 % – расстройства сна; у 14,7 % – нарушения пищеварения; у 5 % больных была дисфагия. Без сомнений, спектр симптомов зависел от локализации процесса, характера проводимого лечения, эффективности симптоматического лечения и других факторов. Полученные результаты отражают превалирующую тенденцию в частоте встречаемости симптомов.

Основные проблемы, с которыми сталкиваются сотрудники паллиативной помощи при уходе за больными: внутренние отравления, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, ухудшение состояния органов, запор, кахексия [5]. Кроме того, большинство пациентов пожилые, с сердечно-сосудистыми заболеваниями, многие страдают хронической обструктивной болезнью легких. У 35 % опрошенных больных присутствовала спутанность сознания, у 40 % депрессивные расстройства, у 25 % инсомнии.

Депрессия приводит к усугублению течения основного заболевания, снижению качества жизни, причем в обоих случаях возникает длительный и/или тяжелый стресс, активирующий

нейроэндокринную и иммунную системы [6,7]. Поэтому в рамках второго этапа исследовался уровень депрессии и инсомнии у паллиативных пациентов.

При оценке уровня депрессии из 20 пациентов, поступивших на стационарное лечение, в 75 % случаев была выявлена депрессия, нарушение сна.

После проведения исследования на протяжении 20 дней в ходе общения с участниками второго этапа была отмечена явная благосклонность при беседе, граждане с удовольствием отвечали на вопросы, рассказывали о своём самочувствии, характере сна. В 65 % случаев было отмечено снижение общего балла по шкале депрессии более 15 %.

Конкретный клинический пример исследования: Пациентка Ольга Х., 47 лет. Признана паллиативной в соответствии с приказом Минздрава. Госпитализирована в отделение паллиативной помощи ОГБУЗ «Большетроицкая РБ» 02.11.2023 года с диагнозом: ВПС. Декстрапозиция сердца. Дефект МПП, единое предсердие (814 мл), дефект МЖП, двустворчатый АОК. Недостаточность МК III степени, недостаточность ТК III степени, стеноз клапана ЛА. Перманентная фибрилляция предсердий, брадикардическая форма. ХСН с ФВ (55%) ПБ. ФК III. Сердечная астма. Кардиогенный цирроз печени. При первичном анкетировании у женщины по шкале депрессии Бека суммарный результат 26 баллов, что соответствует умеренной депрессии. По шкале тревоги Спилбергера-Ханина результат 46 баллов, что соответствует высокому уровню тревожности. Пациентка участвовала в исследовании на протяжении 21 суток, перед сном прослушивала релаксационные аудиофайлы согласно методике. В день выписки из стационара пациентке предложено повторно пройти тестирование. По шкале депрессии Бека суммарный результат составил 18 баллов, что соответствует лёгкой депрессии. По шкале тревоги Спилбергера-Ханина результат 31 балл, что соответствует умеренному уровню тревожности. Субъективно пациентка отметила облегчение засыпания, увеличение длительности сна, отчасти стабилизацию эмоционального фона.

Выводы.

Данное исследование указывает на то, что психотерапевтическая помощь, основанная на улучшении сна пациентов в паллиативных отделениях, является востребованной и результативной для оказания помощи неизлечимым пациентам, что заслуживает внимания при оказании паллиативной помощи. Одним из ключевых мероприятий в рамках паллиативного ухода для таких пациентов является сокращение уровня тревоги и стресса, и как следствие, улучшение качества жизни.

Стоит отметить, что представленный метод снижения уровня тревоги, стресса не являются сложным и может быть использован в повседневной практике здравоохранения. Следовательно, большее внимание следует обратить на диагностику тревоги, депрессии у паллиативных пациентов, как амбулаторных, так и стационарных, имеющих проблемы с нарушением сна, эмоциональной нестабильностью. Это позволит улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Гош А., Дзенг Е., Ченг М.Дж. Взаимодействие паллиативной помощи и первичной медико-санитарной помощи. *Clin Geriatr Med.* 2015;31(2): 207-18. doi: 10.1016/j.cger.2015.01.001. Epub 2015, 18 февраля. PMID: 25920056.
2. Адлер К., Шлипер Д., Киндген-Миллес Д., Мейер С., Шварц Дж., ван Кастер П., Шефер М.С., Нойкирхен М. Интеграция паллиативной помощи в интенсивную терапию : систематический обзор. *Анестезиолог.* 2017;66(9): 660-666. Немецкий. doi: 10.1007/s00101-017-0326-0. Epub 2017, 6 июня. PMID: 28589374.
3. Сан В., Бацитас М. Паллиативная и поддерживающая терапия: конец начала. *West J Nurs.* 2019;41(10): 1343-1346. doi: 10.1177 / 0193945919861017. Epub 2019, 4 июля. PMID: 31271114.
4. Хиггинсон И. Паллиативная помощь: обзор прошлых изменений и будущих тенденций. *J Общественное здравоохранение, Med.* 1993;15(1):3-8. doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042817. PMID: 7682424.
5. Von Gunten CF. Эволюция и эффективность паллиативной помощи. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;20(4): 291-7. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182436219. PMID: 22367161.
6. Пастрана Т, Джинджер С, Остгате С, Эльснер Ф, Радбрух Л. Вопрос определения — ключевые элементы, выявленные в дискурсивном анализе определений паллиативной помощи. *Паллиат Мед* 2008; 22: 222232
7. Бернабеу-Виттель М, Гарсия-Морильо С, Гонсалес-Бесерра С, Ольеро М, Фернандес А, Куэльо-Контрерас Дж. Влияние паллиативной помощи и клинический профиль неизлечимо больного пациента в области внутренней медицины. *Rev Clin Esp.* 2006;206(4): 178-81. Испанский. doi: 10.1157/13086797. PMID: 16750088.

8. Блинков А.Н. Депрессия и рак: основные направления международных исследований. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2020;(2):16-25. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-16-25>

9. Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Павленко Е.В., Старцева О.Н., Кривцунов А.Н. Опросник и шкалы в геронтологии и гериатрии. Геронтология. 2021; 9 (1). <https://gerontology.su/files/pdf/332-pdf.pdf>

References

1. Ghosh A, Dzung E, Cheng MJ. Interaction of palliative care and primary care. *Clin Geriatr Med.* 2015;31(2):207-18. doi: 10.1016/j.cger.2015.01.001. Epub 2015 Feb 18. PMID: 25920056.

2. Adler K, Schlieper D, Kindgen-Milles D, Meier S, Schwartz J, van Caster P, Schaefer MS, Neukirchen M. Integration der Palliativmedizin in die Intensivmedizin: Systematische Übersichtsarbeit. *Anaesthesist.* 2017;66(9):660-666. German. doi: 10.1007/s00101-017-0326-0. Epub 2017 Jun 6. PMID: 28589374.

3. Sun V, Bakitas M. Palliative and Supportive Care: ...End of the Beginning. *West J Nurs Res.* 2019;41(10):1343-1346. doi: 10.1177/0193945919861017. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31271114.

4. Higginson I. Palliative care: a review of past changes and future trends. *J Public Health Med.* 1993 Mar;15(1):3-8. doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042817. PMID: 7682424.

5. von Gunten CF. Evolution and effectiveness of palliative care. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;20(4):291-7. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182436219. PMID: 22367161.

6. Pastrana T, Ginger S, Ostgate S, Elsner F, Radbruch L. The question of definition — the key elements identified in the discursive analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med* 2008; 22: 222232

7. Bernabeu-Vittel M, Garcia-Morillo S, Gonzalez-Becerra S, Ollero M, Fernandez A, Cuello-Contreras J. The impact of palliative care and the clinical profile of a terminally ill patient in the field of internal medicine. *Rev Clin Esp.* 2006; 206(4): 178-81. Spanish. doi: 10.1157/13086797. PMID: 16750088.

8. Blinkov A.N. Depression and Cancer (literature review). V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2020;(2):16-25. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-16-25>

9. Gorelik S. G., Ilnitsky A. N., Proschaev K. I., Pavlenko E. V., Startseva O. N., Krivtsunov A. N. Oprosnik i shkaly v gerontologii i geriatrii. Gerontologija [Gerontology]. 2021; 9 (1) (In Russian). <https://gerontology.su/files/pdf/332-pdf.pdf>

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Некрашевич Яна Алексеевна - аспирант, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015 Россия, Белгород, улица Победы, 85; e-mail: yanulya141@yandex.ru, ORCID 0000-0003-1364-879X

Блинков Александр Николаевич - кандидат психологических наук, доцент. Заведующий научно-исследовательской лабораторией Сна и Изменённых Состояний Сознания в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им.П.А.Герцена, филиала ФГБУ «НМИЦ Радиологии Минздрава РФ»; blinkov@nmicr.ru, Радиологический корпус 2-й Боткинский пр-д, 3, Москва, 125284

Горелик Светлана Гиршевна - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015 Россия, Белгород, улица Победы, 85; e-mail: sggorelik@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5288-9874, SPIN-код: 8545-5175

Звягина Ксения Александровна - начальник терапевтического отделения госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Липецкой области», 398043, г. Липецк, ул. Циолковского, д.20, E-mail: ksuy.ksyu@mail.ru

Багдасарян Карен Самвелович - аспирант, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015 Россия, Белгород, улица Победы, 85; e-mail: karen.md@list.ru; ORCID 0009-0006-6123-2915

Курганская Ольга Николаевна - аспирант, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015 Россия, Белгород, улица Победы, 85; e-mail: blondi87nochka@mail.ru, ORCID 0000-0002-7705-7959

Савастьянов Сергей Михайлович – аспирант, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015 Россия, Белгород, улица Победы, 85, г. Белгород, ул. Победы 85; e-mail: zombi-zombi777@mail.ru, SPIN: 9281-9970

Information about the authors

Nekrashevich Yana Alekseevna - Postgraduate student, Belgorod State National Research University, Belgorod, 85 Pobedy Street, 308015 Russia; e-mail: yanulya141@yandex.ru, ORCID 0000-0003-1364-879X

Blinkov Alexander Nikolaevich - Candidate of Psychological Sciences, Associate professor. Head of the Scientific Research Laboratory of Sleep and Altered States of Consciousness at the P.A. Herzen Moscow Research Oncological Institute, branch of the Federal State Budgetary Institution "NMIC of Radiology of the Ministry of Health of the Russian Federation"; blinkov@nmicr.ru, Radiological building 2nd Botkin ave., 3, Moscow, 125284

Gorelik Svetlana Girshevna - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Health Organization and Public Health, Belgorod State National Research University, Belgorod, 85 Pobedy Street, 308015 Russia; e-mail: sggorelik@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5288-9874, SPIN code: 8545-5175

Zvyagina Ksenia Aleksandrovna - head of the therapeutic department of the hospital, Federal Medical Institution of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Lipetsk Region, 398043, Lipetsk, st. Tsiolkovsky, 20, E-mail: ksuy.ksyu@mail.ru,

Bagdasaryan Karen Samvelovich - Postgraduate student, Belgorod State National Research University, Belgorod, 85 Pobedy Street, 308015 Russia; e-mail: karen.md@list.ru; ORCID 0009-0006-6123-2915

Kurganskaya Olga Nikolaevna - Postgraduate student, Belgorod State National Research University, 85 Pobedy Street, Belgorod, 308015 Russia; e-mail: blondi87nochka@mail.ru, ORCID 0000-0002-7705-7959

Savastyanov Sergey Mikhailovich - Postgraduate student, Belgorod State National Research University, 85 Pobedy Street, Belgorod, 308015 Russia; e-mail: zombi-zombi777@mail.ru, SPIN: 9281-9970

Статья получена: 28.09.2023 г.
Принята к публикации: 25.12.2023 г.