

серотонина практично у всіх больних був достовірно збільшений, екскреція його основного метаболіта, 5-ОИУК, також була підвищена. У рівень мелатоніну у підлітків з ДНР був в межах вікової норми. Зниження рівня β-ендорфінів виявлено у 71,4 % больних.

С позиції доказової медицини визначена висока ефективність психотропної терапії малими дозами згонила в поєднанні з когнітивною психотерапією, арт-терапією і альтернативний метод терапії кортексінном в поєднанні з аероіонотерапією і поведінковою психотерапією. Виділені критерії оцінки терапевтичного втручання у підлітків з ДНР. Серед них: динаміка психопатологічних симптомів і психологічних показників (рівень депресії, стресу, тривоги, якість соціального функціонування), аналіз динамічної ентропії Колмогорова — Сіная, ЕЕГ (яка дозволяє оцінити кількість інформації, необхідної для прогнозу поведінки динамічної системи мозку в майбутньому).

УДК 616.899.2-053.2/.5+159.922.73

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ РАНОГО ВІКУ

Н. Г. Міхановська

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Ключові слова: психіатрія, допомога, діти

За останні 20—30 років в країнах дальнього зарубіжжя поступово розширюється сфера надання психіатричної допомоги дітям раннього віку із порушеннями когнітивного, мовного, емоційного, соціального розвитку. В Україні на цей час не існує достатньо ефективної і своєчасної системи психіатричної допомоги, внаслідок чого обмежується можливість отримання дітьми та сім'ями, що їх виховують, належного професійного втручання.

Результати дослідження щодо вивчення психопатологічних розладів у 475 дітей із перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням мозку віком від 3-х місяців до 3-х років життя довели, що психічні порушення у них становлять багатоконпонентну систему, яка поєднує дизрегуляторні розлади формування фізіологічних процесів сну/неспання і харчування, емоційно-афективні порушення у вигляді емоційно-лабільного, тривожно-апатичного і емоційно-недиференційованого клінічних варіантів перебігу, десинхронізація формування основних організаторів психіки — соціальної поведінки, страху стороннього і жести «ні», і мотиваційних систем афіліації, дослідження/оволодіння, страху і настороженості, сепарації/індивідуалізації. Специфічність і вираженість ознак цих компонентів залежать від тяжкості неврологічного дефіциту, сформованого внаслідок перинатального ушкодження мозку. Крім того, психопатологічні розлади у дітей обумовлюють і залежать від особливостей материнської поведінки у відносинах з дітьми — тривожно-депресивного та маніпулятивно-унікаючого варіантів поведінки, їх емоційних девіацій — тривожності із відчуття провини і образи, з векторами, спрямованими на сімейне оточення або на себе, депресивності, пригніченості, а також типів прив'язаності в діадах — амбівалентної, унікаючої та дезорганізованої.

Порушення дитячо-материнської взаємодії спостерігається при низькому рівні інформованості, чутливості матерів, порушенні адекватності відгуку на потреби дітей та здатності до формування емоційно-позитивного, розвиваючого середовища, стимуляції активності дітей.

Для профілактики формування тяжких і стабільних психопатологічних розладів пропонується методологія їх діагностики та корекції у дітей раннього віку з перинатальним ураженням нервової системи, яка базується на системному психодинамічному підході.

Первинна профілактика може здійснюватися дільничним педіатром, сімейним лікарем і неврологом. Вона передбачає оцінку перинатальних (біологічних і соціально-

психологічних) факторів, скринінг рівня розвитку за сферами (когнітивного, соціального, моторного, самообслуговування з використанням батьківських оцінок в межах опитувальників KID та RCDI). При виявленні відхилень необхідно скерування подальшого спостереження із залученням дитячого психіатра, що є об'єктивним у вікових особливостях розвитку в ранньому віці та має навики сімейної інтерактивної терапії.

Вторинна профілактика здійснюється дитячим психіатром первинної ланки системи медичної допомоги дитячому контингенту (за умовами введення до поліклінічних закладів фахівців відповідної спеціальності) або центрів раннього втручання. Вона передбачає використання інтерактивної діагностично-психотерапевтичної моделі допомоги, яка спрямована на покращання емоційно-афективного, сенсомоторного, регуляторного стану дитини завдяки заходам фізичної терапії, сенсорної інтеграції, гармонізації взаємодії між матір'ю та дитиною, формуванню надійної прив'язаності і розвиваючого оточення для дитини, підвищенню батьківської компетентності у стосунках із хворою дитиною.

Позитивний ефект запропонованих заходів отримано у 88—92 % випадках за всіма показниками психопатологічних розладів у дітей, якості дитячо-материнської взаємодії, емоційного стану матерів.

УДК: 616.839-053.6: 616.89-008.47-008.484.3

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ФОРМУВАННІ КОГНІТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПОДРОСТКІВ С РАСТРОЙСТВАМИ ПОВЕДІННЯ

Т. П. Мозгова

Харківський національний медичний університет

Ключевые слова: подростки, нарушения поведения, вегетативная дисфункция

Вегетативная нервная система обеспечивает различные формы психической и физической деятельности. Наиболее часто вегетативные расстройства возникают у подростков в период нейроэндокринной перестройки.

Цель исследования — изучить специфику когнитивной деятельности подростков с расстройствами поведения.

Было обследовано 202 подростка мужского пола в возрасте от 11 до 15 лет, госпитализированных в стационар по поводу расстройств поведения. В работе использовали метод исследования вегетативного обеспечения деятельности посредством проведения ортоклиностатической, умственной и эмоциональной проб.

В процессе исследования вегетативной нервной системы было установлено, что основными типами вегетативного функционирования у подростков являлись инвертированное и пониженное вегетативное обеспечение деятельности, при этом интеллектуальная деятельность и эмоциональное реагирование являются для подростков наиболее сложной формой психической деятельности. Нарушение вегетативного обеспечения деятельности у подростков вследствие дисрегуляции системного кровотока способствует угнетению церебральной гемодинамики и ухудшению когнитивных функций.

УДК 616-001:159.96:616-003.96-036.66

ЖИТТЕСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ ЯК ЧИННИК У СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ З ФІЗИЧНОЮ ТРАВМОЮ

К. І. Москаленко, О. О. Хаустова

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: особистість, адаптаційні резерви, життєстійкість, медико-психологічна реабілітація

В Україні на сьогодні практично неопрацьованою є тема медико-психологічної реабілітації з урахуванням актуальних резервів пацієнта (біологічних, соціальних, психологічних) та реагування особистості на стресову ситуацію, що виникає в результаті травми. Життєстійкість (ЖС) є інтегральним

показником, що охоплює фактори впливу на перебіг реабілітації соматичного хворого, в т. ч. з травмами опорно-рухового апарату — преморбідна особистість, ставлення пацієнта до хвороби, адаптаційні резерви особистості, що корелюють з рівнем тривожності, фрустраційної стійкості, локусом контролю, креативністю, ін. ЖС складається з трьох основних компонентів: включеність, контроль та прийняття ризику.

Мета: покращання якості реабілітації пацієнтів з фізичною травмою шляхом скорочення терміну госпіталізації та зменшення питомої ваги ускладнень та інвалідизації.

Методологія: розроблений діагностичний комплекс (карта хворого), що включає: структуроване інтерв'ю в рамках клініко-феноменологічного підходу; клініко-анамнестичні методи; експериментально-психологічні:

- скринінгова методика ЖС Мадді С. (в адаптації Леонтьєва Д. А.);

- визначення соціально-економічних та психосоціальних факторів, що є потенційно небезпечними для здоров'я (за МКХ-10 — клас 21 (фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до заходів охорони здоров'я, блок Z 55—65);

- визначення якості життя психосоматичних хворих;
- визначення рівня суб'єктивного стресу.

Для дослідження була обрана група пацієнтів віком від 20 до 65 років, з травмами опорно-рухового апарату легкого та середнього ступеня важкості. Проведене пілотне дослідження, в якому продіагностовано 56 пацієнтів (40 чоловіків — 71,4%; 16 жінок — 28,6%) з травмами кінцівок легкого та середнього ступеня важкості. Виявлена позитивна кореляція низького рівня ЖС та важкості травми, відповідно тривалості перебування у стаціонарі. У жодного з пацієнтів не був визначений високий рівень ЖС, за рахунок зниження кількох або усіх її компонентів. Виявлена тенденція більш суттєвого впливу включення як компонента, однак для статистичною оброблення даних кількість досліджуваних не є достатньою.

За скринінговою методикою Мадді були отримані такі результати: в усіх досліджуваних рівень ЖС знижений, у 32 (57,1%) досліджуваних — за рахунок показників контролю та включеності, у 8 (14,3%) пацієнтів — за рахунок контролю та прийняття ризику, у 16 (28,6%) пацієнтів — за рахунок зниження рівнів усіх трьох складових ЖС. За гендерним показником не було виявлено суттєвих відмінностей. Найкращі показники відносно інших вікових груп були виявлені у досліджуваних віком 31—40 років, найнижчі — у групі 51—60 рр.

При середніх показниках рівня якості життя психосоматичних хворих, психосоціальних та соціально-економічних факторів, показники суб'єктивного стресу завищені в усіх досліджуваних.

Пацієнти з високим показником життєстійкості мають перевагу над людьми з низьким показником, однак численні дослідження показали, що можна успішно досліджувати в собі компоненти життєстійкості і таким чином посилювати та розвивати їх.

УДК 616.89-008

КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА — КАК ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ

А. А. Педак, Е. В. Пинчук, А. А. Педак

Николаевская областная психиатрическая больница № 2

Ключевые слова: качество жизни, концепция, психиатрическая помощь

На современном уровне развития психиатрии общепринятым является понимание того, что когнитивные нарушения занимают важное место в психиатрической клинике, особенно расстройств психотического уровня, поскольку они наиболее четко проявляются после выхода пациента из психоза, требуя проведения адекватного терапевтического вмешательства. В связи с этим следует привести данные из зарубежной медицинской библиографии, где все чаще

появляется информация об отсутствии достоверных преимуществ в эффективности влияния типичных и атипичных нейролептиков на когнитивную сферу больных с первичным психотическим эпизодом, в т. ч. и больных шизофренией. Так, результатами 18 исследований (1999—2007), охватывающих 1808 больных, которым проводилась оценка нейропсихологических тестов и общего когнитивного индекса, установлено, что по влиянию на когнитивную сферу преимущество атипичных нейролептиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин и др.) в сравнении с типиками (галоперидол) незначительно и недостоверно (Guilera G., Pino O., Gomes-Benito J., Rojo J. E., 2009). Данные других исследований, в которых больные с первым приступом психоза были разделены на 4 группы в зависимости от особенностей проводимой терапии: лечение оланзапином, рисперидоном, другими нейролептиками и без применения нейролептиков. Было установлено, что под влиянием терапии на когнитивные нарушения эти группы не различались, а улучшение по общему когнитивному индексу отмечались только к 6 мес. лечения (Cuesta M. J., Garsia de Jalou, M. S. Campos, Peraia V. 2009). В противовес приведенным данным существуют многочисленные литературные данные (в большинстве своем корпоративного характера) свидетельствующие о значительных преимуществах и эффективности по влиянию на когнитивную сферу пациентов атипичных нейролептиков разного поколения над типиками. Таким образом, имеющиеся явные противоречия ставят вопрос о надежности качественных инструментов и критериев определения эффективности антипсихотических препаратов, а соответственно, и индикаторов качества терапевтической тактики и стратегии. В связи с чем возникает необходимость поиска более современных и информативных исследовательских инструментов. В качестве такого инструмента оценки влияния заболеваний, в т. ч. и терапевтической тактики, предлагается «Концепция качества жизни» — как главнейшая цель любой деятельности, направленная на оказание помощи, в противоположность простому устранению симптомов и профилактике рецидивов болезни. Следует отметить, что по своей сути, критерий — «качество жизни» является объективным показателем удовлетворения личных потребностей человека в процессе жизнедеятельности, отражающим степень комфортности индивидуума — как внутри себя, так и в рамках окружающего его социума и объединяющим в себе такие феномены как — «инсайт», «комплаенс», «критика», а значит, может быть и соотношен с такими представлениями как — «полный инсайт» или «положительный комплаенс» (характеризующими максимальным уровнем как когнитивной, так и эмоциональной составляющей качества жизни) — в одном случае, а также — «нонкомплаенс», «неполный инсайт», «низкий уровень качества жизни» пациента — в другом.

УДК 616.89-008+616.441

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

О. М. Пітик

Івано-Франківський національний медичний університет

Ключові слова: якість життя, неспсихотичні психічні розлади, гіпотиреоз

Психічне здоров'я є найважливішим елементом людського, соціального та економічного капіталу нації, що визначає економічне та соціальне благополуччя суспільства. Провідні критерії психічного здоров'я ґрунтуються на таких поняттях як адаптація, соціалізація та індивідуалізація. Адаптація включає здатність людини усвідомлено ставитися до функцій власного організму (виділення, травлення та інші), а також регулювати свої психічні процеси (керувати власними думками, почуттями, бажаннями). Соціалізація визначається за трьома критеріями, що пов'язані зі здоров'ям: здатність людини реагувати на іншу людину як на рівну собі; реакція на факт існування певних норм у відносинах з іншими та прагнення слідувати їм; переживання власної залежності