

УДК: 616.89-008-053+615.838

**Л.В. Пипа, А.В. Філик, І.Л. Лук'янович,
Н.В. Пілюйко, М.П. Мурдид, Ю.М. Лисиця, Ж.Ф. Астахова, В.М. Заборока**

Вплив санаторно-курортного лікування дітей школи-інтернату на їх психологічні та соматичні параметри

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна
Санаторій «Південобережний», м. Алушка, Україна

Мета: дослідити вплив на психоемоційний стан вихованців школи-інтернату з порушеннями дихальної системи психофармакорекції та санаторно-курортного лікування.

Пацієнти і методи. Під спостереженням знаходилися 40 дітей віком 10–14 років. Усім дітям проводили дослідження тривожності, виснажливості психічних процесів, самооцінки стану та лабораторно-інструментальні дослідження. 20 дітей отримували фармакологічну підтримку ноофеном протягом 15 днів.

Результати. У підлітків із сімейною депривацією, які мали дихальні розлади у вигляді псевдоастматичних та астматичних нападів, виявлено ознаки розвитку психосоматичних (виразна тривога, виснажливість психічних процесів, знижена самооцінка) та функціональних порушень. Проведені реабілітаційні заходи зменшили хворобливі прояви у 72% досліджуваних. Доповнення реабілітаційних заходів ноофеном показало кращу відповідь на лікування. Дані психологічних досліджень підтверджувались змінами у загальному аналізі крові, дихальних пробах, ЕКГ.

Висновки. Комбінація реабілітаційних заходів з фармакологічною корекцією ноофеном суттєво ефективніша, проте потребує продовження курсу лікування, оскільки повного відновлення порушених функцій за період дослідження не було досягнуто.

Ключові слова: психосоматичні порушення, тривожність, реабілітація, діти.

Вступ

Значні та тривалі емоційні навантаження, що виникають при різних життєвих ситуаціях, викликають психосоматичні явища — тілесне віддзеркалення душевного життя людини. За даними ВООЗ, від 38% до 42% усіх пацієнтів, що відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматичних хворих [11].

Вплив емоцій на фізіологічні процеси та поведінкові реакції пов'язаний із психологічними механізмами і пояснює поширеність психосоматичних розладів, їх соціальну зумовленість, зв'язок з культурними традиціями та умовами життя.

Психосоматичні розлади — це тілесні прояви емоцій, віддзеркалення підсвідомих процесів, тілесний канал свідомо-підсвідомої комунікації, дисбаланс яких і обумовлює розвиток психосоматичних хвороб. У цьому контексті тіло представляється як екран, на який проєктуються символічні послання підсвідомості. Взаємозв'язок тіла («соми») і психіки завжди двобічний. Численні соматичні розлади мають своє психологічне «коріння», і будь-які психологічні проблеми завжди приносять психосоматичні «плоди». Істотний вплив мають особистісні особливості, різниця лише в тому, який орган виходить на перший план при такому дисбалансі [20].

Ще в 1950 р. відомий американський психоаналітик Франц Александер (1891–1964 рр.) назвав сім класичних психосоматичних хвороб: есенціальна гіпертонія, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, ревматоїдний артрит, гіпертиреоз (тіреотоксикоз), бронхіальна астма, виразковий коліт і нейродерміт. Цей список постійно доповнюється, було проведено величезну кількість досліджень, але належність цієї сімки до психосоматики вважається доведеною.

За спостереженнями Н. Пезешкіана (2006), у пацієнтів з симптомами астми вирішальну роль грають такі особистісні властивості, як відповідальність і пунктуальність. На думку Braeutgam і Christian (1973), вони вкрай залежні від думки людей, що їх оточують.

Психосоматичні прояви можуть залежати від віку дитини, її темпераменту і взаємин з матір'ю. Реагування дітей на різні неадекватні взаємини з матір'ю можуть проявлятися шлунковими кольками, відхиленням харчової поведінки, раптовим сильним плачем, що виникає у присутності особи, яка може проявити жалість до дитини. Л. Крейслер і Р. Шпіца (1994), досліджуючи реагування дитини на неадекватні взаємини з матір'ю, відмічали, що відмова матері від дитини може зумовити кому немовляти або стати причиною повторної блювоти. І навпаки — тривожна гіперопіка матері сприяє розвитку у дитини шлункових кольок, дитячої екземи, і у дитини може закріпитися психосоматичний спосіб реагування на емоційний дискомфорт.

Емоції, як складові, що супроводжують усі психічні процеси, є універсальним індикатором змін внутрішнього світу дитини. Будь-яка депривація порушує внутрішню гармонію особистості, необхідну для соціалізації, перешкоджає успішному входженню дитини в соціум і провокує додатковий поштовх до відчуття нестабільності, незахищеності перед складностями оточуючого світу, афективно насиченого неадекватними уявленнями про вплив захворювань на життя і майбутнє. Переживання емоційного дискомфорту, розходження між рівнем самооцінки і реаліями формують тривожність, як емоційний стан або стійку рису особистості, що особливо актуально в умовах сімейної депривації.

Прояви тривожності виявляються в неадекватностях поведінки, часто з афективними спалахами, деструктивною поведінкою та різноманітними вегетативними порушеннями. Поширеність феноменів тривожності в дитячій популяції, її негативна роль у розвитку є темою численних робіт психологів, клінічних психологів, педагогів, лікарів. Інтерес до даної проблеми з боку представників різних областей практики обумовлений впливом тривоги на багато аспектів розвитку дитини: фізичне і психічне здоров'я, розвиток емоційної сфери і спілкування, учбову діяльність.

Актуальність даної проблеми обумовлена поширеністю невротичних і психосоматичних розладів (Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер, 2005; А.І. Захаров, 2004), явищ шкільної дезадаптації в дитячій популяції. Переважна більшість дослідників вказують на роль сім'ї у генезі і закріпленні дитячої тривожності. Поширеність і важкість перебігу розладів, пов'язаних з підвищеною тривожністю, а також тягар їх наслідків для фізичного і психічного здоров'я дітей, обумовлюють необхідність створення системи психологічної допомоги дітям, спрямованої на діагностику, профілактику і корекцію підвищеної тривожності і пов'язаних з нею особливостей родинної системи.

Проте відмічається виразна тенденція розглядати тривожність як не суто патологічне явище. У низці досліджень (А.В. Лукасик, 2000; А.М. Прихожан, 1996; Е.І. Погорелова, 2002; О.В. Фролова, 2001) зазначається, що існує певний оптимальний рівень тривожності, необхідний для ефективного функціонування, тоді як надмірно низькі і високі значення свідчать про неблагополуччя і можуть бути патогенними. Таким чином, постає питання про диференціацію нормальних і патологічних механізмів включення тривожності в психічний розвиток, визначення кола нормальних і патологічних феноменів, що відображають дію тривожності.

Сучасний погляд на роль сім'ї у розвитку дитячої тривожності включає аналіз механізмів опосередкованої дії тривожності на психічний розвиток, відображаючи ідею про те, що здатність упоратися з нормальною, конструктивною тривогою є необхідною умовою нормального особистісного розвитку. Нездатність усвідомлювати і приймати тривогу призводить до витіснення тривоги, вживання невротичних захистів, що визначають перехід нормальної тривоги у патологічну [21].

З точки зору М. Кляйн, С. Айзекс, Дж. Райвері, П. Хайманн (2001), фундаментальним значенням для розвитку є не факт наявності тривоги, а особливості динаміки її переживання, які визначаються ресурсами особистості, що дозволяють упоратися з тривогою шляхом маніпуляції іншими членами системи тощо.

На сучасному етапі в основі пояснення психосоматичних захворювань лежить багатфакторність — сукупність причин, які взаємодіють між собою, а саме:

1) неспецифічна спадкова і природжена обтяженість соматичними порушеннями (поломки хромосом, генні мутації);

2) спадкова схильність до психосоматичних порушень;

3) нейродинамічні порушення, пов'язані зі зміною діяльності ЦНС, — передбачається накопичення афективного збудження — тривоги і напруженої вегетативної активності;

4) особистісні особливості — інфантилізм, алекситимія (нездатність сприймати і позначати словом відчуття), недорозвиненість міжособових стосунків, трудоголізм;

5) риси темпераменту, наприклад низький поріг чутливості до подразників, труднощі адаптації, високий рівень тривожності, замкненість, стриманість, недовірливість, переважання негативних емоцій над позитивними;

6) фон родинних та інших соціальних чинників;

7) події, що призводять до серйозних змін у житті (особливо у дітей);

8) особистість батьків (за Віннікотом) — діти з психосоматикою мають межових матерів; родинну дезінтеграцію.

Біологічними посередниками між емоційно забарвленими сприйняттями, психікою і соматичним симптомоутворенням виступають медіатори. Клінічна картина психосоматичної патології у дітей і підлітків в її соматичній

демонстрації, за даними Л.С. Чутко (2010), значною мірою пов'язана з певним періодом онтогенезу у вигляді переважно функціональних (психовегетативних) розладів: до 7 років — переважно в травній системі і шкіри, з 8 років — у руховій сфері з міалгіями і артралгіями, а також з алгічними (цефалгічними) проявами, з 10 років — порушеннями в ендокринній системі.

У дослідженні Д.Н. Ісаєва (2005) саме тривога найчастіше є супутником (а деколи й індикатором) різних преневротичних, вегетодистонічних і власне соматичних відхилень у дітей і підлітків. Отже, тривога може виявлятися у вигляді як психосоматичних, так і соматопсихічних симптомів [8].

Чинники, які сприяють розвитку такої клінічної картини, часто включали тривогу, а також опозиційні установки і поведінкові розлади, подібні до таких у дітей молодшого віку. Крім того, до такого роду вегето-вісцеральних проявів тривоги (так званих «органних неврозів») відносилися школярі зі звичною блювотою, що виникає перед виходом в школу або як реакція на якесь неприємне переживання (F45.31). У дослідженнях молодших підлітків досить часто спостерігалися реакції із синдромом нервового кашлю, який спочатку мав функціональний характер (F45.33). У старших підлітків типовими були симптоми порушення з боку серцево-судинної (F45.30) і дихальної систем, запаморочення, слабкість, задуха.

Метою роботи було дослідити вплив на психоемоційний стан вихованців школи-інтернату з порушеннями дихальної системи психофармакорекції та санаторно-курортного лікування в санаторії «Південобережний» шляхом дослідження їх тривожності, виснажливості психічних процесів, функціональних розладів (загальний аналіз крові, ЕКГ, дослідження функції зовнішнього дихання) та самооцінки свого стану.

Матеріал і методи дослідження

Під спостереженням знаходилися 40 дітей — вихованців Вовковинської школи-інтернату (Хмельницька область) віком 10–14 років. Групи формувалися методом випадкової вибірки.

Засоби реабілітації в санаторії «Південобережний» включали клімато-, бальнео-, гало-, фіто-, ароматерапію та масаж. Досліджувана група (20 дітей) додатково отримувала фамакологічну підтримку у вигляді ноофену по 1 порошку двічі на добу протягом 15 днів.

Ноофен, як відомо, покращує біоенергетику мозку, тим самим стимулюючи когнітивні функції мозку, знімає страх, тривогу, підвищує мотивацію до активної діяльності, покращує самопочуття. Показаний при порушенні пам'яті, зниженні концентрації уваги, інтелектуальної активності, психічної і фізичної астенії, при підвищеній емоційній збудливості і напрузі, вегетативній дисфункції [12].

До початку санаторно-курортного лікування та після його закінчення дітям проводили кардіографію, загальний аналіз крові, дихальні проби; вивчали психоемоційний стан шляхом визначення ситуативної та реактивної тривожності (тест Спілбергера), визначення концентрації уваги, психічної стійкості та виснажливості психічних процесів за методикою Шульте, диференціальної самооцінки функціонального стану (САН).

Результати дослідження та їх обговорення

Особистісна тривожність (ОТ) є стійкою індивідуальною характеристикою, що відображає схильність суб'єкта сприймати ситуацію як загрозливу, відповідаючи на неї певною реакцією, характерною для даної особистості. При сприйнятті стимул-реакції, що розцінюються людиною як

Таблиця 1

Рівні реактивної та особистісної тривожності дітей контрольної групи до і після реабілітаційних заходів

РТ початкова		РТ після реабілітації		ОТ початкова		ОТ після реабілітації	
Середнє значення	50,2	Середнє значення	46,4	Середнє значення	48,6	Середнє значення	44,5
Стандартне відхилення	4,09	Стандартне відхилення	6,7	Стандартне відхилення	6,7	Стандартне відхилення	6,7
Мінімум	41	Мінімум	34	Мінімум	34	Мінімум	32
Максимум	59	Максимум	58	Максимум	58	Максимум	58
Рівень значущості	0,05	Рівень значущості	0,05	Рівень значущості	0,05	Рівень значущості	0,05

Таблиця 2

Рівні реактивної та особистісної тривожності дітей досліджуваної групи до і після реабілітаційних заходів

РТ початкова		РТ після реабілітації		ОТ початкова		ОТ після реабілітації	
Середнє значення	49	Середнє значення	42,95	Середнє значення	48,5	Середнє значення	44,25
Стандартне відхилення	3,41	Стандартне відхилення	6,59	Стандартне відхилення	3,88	Стандартне відхилення	6,76
Мінімум	43	Мінімум	26	Мінімум	40	Мінімум	29
Максимум	59	Максимум	55	Максимум	57	Максимум	60
Рівень значущості	0,05	Рівень значущості	0,05	Рівень значущості	0,05	Рівень значущості	0,05

Таблиця 3

Стан самопочуття, активності та настрою у дітей контрольної групи до і після реабілітаційних заходів

САН	С (поч.)	С1 (кінц.)	А (поч.)	А1 (кінц.)	Н (поч.)	Н1 (кінц.)
Середнє значення	2,6	5,1	4,8	4,8	3,35	5,8
Стандартне відхилення	0,8	1,04	0,9	1,2	0,7	1,31
Мінімум	1,9	3,4	2,37	3,29	2,4	3,3
Максимум	5	7	6,41	7,58	4,9	8,1
Рівень значущості	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05

Таблиця 4

Стан самопочуття, активності та настрою у дітей досліджуваної групи до і після реабілітаційних заходів

САН	С (поч.)	С1 (кінц.)	А (поч.)	А1 (кінц.)	Н (поч.)	Н1 (кінц.)
Середнє значення	2,8	5,6	4,1	6,2	3,69	6,9
Стандартне відхилення	0,88	0,85	0,99	0,68	1,4	1,03
Мінімум	1,8	3,6	3,14	4,38	2	4,4
Максимум	5,2	6,8	6,86	7,07	6,8	8,1
Рівень значущості	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05

небезпечні для самооцінки, самоповаги, особистісна тривожність активізується.

Реактивна тривожність (РТ) характеризується суб'єктивними відчуттями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, знервованістю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різної виразності, інтенсивності та динамічності в часі.

Високотривожні особистості схильні реагувати досить виразним станом тривожності у різних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки їх компетенції і престижу.

При дослідженні тривожності за тестом Спілберґера в інтерпретації показників використовувалась орієнтовна оцінка: до 30 балів – тривожність низька, 31–44 бали – помірна; 45 і більше балів – висока.

Як свідчать дані таблиць 1 і 2, в обох групах дітей спостерігались високі рівні як реактивної, так і особистісної тривожності. Після проведення корекції середній рівень реактивної тривожності в контрольній групі, залишаючись високим, зменшився на 7,56% (з 50,2 до 46 балів та розмахом значень з 41–59 до 34–58 балів). У досліджуваній групі (з психофармакорекцією) рівень реактивної тривожності зменшився до помірної – на 12,34% (з 49 до 42,95 бала та розмахом значень з 43–59 до 26–55).

Після проведення корекції середній рівень особистісної тривожності у контрольній групі зменшився до помірної – на 3,6% (з 46,2 до 44,5 бала та розмахом значень

з 34–58 балів до 32–58). У досліджуваній групі (з психофармакорекцією) рівень особистісної тривожності зменшився на 8,76% (з 48,5 до 44,25 бала та розмахом значень з 40–57 до 29–60 балів).

На початку дослідження у дітей обох груп спостерігались погане самопочуття, дещо знижена активність та настрої (С=2,6, А=4,8, Н=3,35). У процесі реабілітації в контрольній групі показники наблизились до нормальних – С=5,1, А=4,8, Н=5,8 бала, але суттєво відставали від таких у досліджуваній групі, де на початку дослідження спостерігались близькі до контрольної групи показники (С=2,8, А=4,1, Н=3,69), але надалі відбулося суттєве покращення самопочуття, активності, настрою (С1=5,6, А1=6,2, Н1=6,9) (табл. 3, 4).

За методикою «Таблиці Шульте» визначали особливості стійкості уваги, динаміки працездатності, ефективності роботи, ступеня впрацьованості, тобто особливості виснажливості нервової системи. Дітям по черзі пропонується п'ять таблиць, на яких у довільному порядку розташовано числа від 1 до 25. Досліджуваний відшукує, показує і називає числа в порядку їх зростання. Проба повторюється з п'ятьма різними таблицями. Основний показник – час виконання і кількість помилок окремо за кожною таблицею. За результатами виконання кожної таблиці може бути побудована «крива виснажливості (стомлюваності)», стійкості уваги і працездатності, що відображається

Таблиця 5

Динаміка показників ефективності, врацьованості та психічної стійкості у дітей контрольної групи

Контрольна група	ЕР	СВ	ПС	Кількість помилок
До оздоровлення (П/Л)	46	0,906	1,04	14
Через 14 днів	47 (-1%)	0,89 (+1%)	1,04 (-)	13,2 (↓5%)
До оздоровлення (Л)	58	0,94	0,96	16
Через 14 днів	54 (+6%)	0,98 (-4%)	0,98 (-2%)	14,28 (↓7,5%)
До оздоровлення (П)	62	0,94	1,03	16
Через 14 днів	59 (+4%)	0,94 (-)	1,027 (+0,2%)	15,4 (↓3%)

Примітка: П – права півкуля, Л – ліва півкуля.

Таблиця 6

Динаміка показників ефективності, врацьованості та психічної стійкості у дітей досліджуваної групи

Контрольна група	ЕР	СВ	ПС	Кількість помилок
До оздоровлення (П/Л)	58,33	0,9	1,093	4,6
Через 14 днів	57,89 (+0,75%)	0,9 (-)	1,08 (+0,6%)	2,6 (+46%)
До оздоровлення (Л)	60,68	1,05	0,939	4
Через 14 днів	59,68 (+1,6)	0,98 (+6%)	0,99 (-5%)	2,9 (+27%)
До оздоровлення (П)	63,3	0,99	1,038	4,2
Через 14 днів	61,8 (+2%)	0,985 (+0,5%)	1,01 (+2%)	3,3 (+21%)

Примітка: П – права півкуля, Л – ліва півкуля.

Таблиця 7

Динаміка ефективності роботи (за методикою таблиці Шульте) у дітей обох груп до та після реабілітації

Ер	Ер2		
Середнє	58,3	Середнє	57,9
Стандартна помилка (середнього)	4,65	Стандартна помилка (середнього)	4,29
Мінімум	38	Мінімум	41,2
Максимум	116,4	Максимум	109,6
Рівень значущості	0,05	Рівень значущості	0,05
Ер(ЛП)	Ер2		
Середнє	60,68	Середнє	59,68
Стандартна помилка (середнього)	5,01	Стандартна помилка (середнього)	4,39
Мінімум	38,4	Мінімум	40,8
Максимум	130,2	Максимум	124,4
Ер(ПП)	Ер2		
Середнє	62,6	Середнє	61,86
Стандартна помилка (середнього)	5,50	Стандартна помилка (середнього)	5,55
Мінімум	40,8	Мінімум	44
Максимум	141,8	Максимум	142,2
Рівень значущості	0,05	Рівень значущості	0,05

Примітка: Ер – показник до реабілітації, Ер2 – після реабілітації.

у динаміці. Діти обох груп виконували завдання в дещо уповільненому темпі, зі значною кількістю помилок. За допомогою цього тесту можна обчислити ще і такі показники:

Ефективність роботи (ЕР) обчислюється за формулою: $ЕР = (T1+T2+T3+T4+T5)/5$, де T1–5 – час роботи з кожною таблицею; ЕР дорівнює сумарному часу роботи з таблицями, діленому на кількість таблиць.

Ступінь врацьованості (СВ) обчислюється за формулою: $СВ = T1/ЕР$. Результат менше 1,0 – показник доброї врацьованості, чим вищий за 1,0 даний показник, тим більше випробовуваному потрібна підготовка до основної роботи.

Психічна стійкість (ПС) (витривалість) обчислюється за формулою: $ПС = T4/ЕР$. Показник результату менше 1,0 свідчить про добру психічну стійкість. Чим вищий даний показник, тим гірша психічна стійкість випробовуваного до виконання завдань.

У табл. 5, 6 та 7 відображено показники ефективності роботи, ступінь врацьованості та психічної стійкості. Дані таблиці 5 свідчать, що в процесі реабілітації у дітей контрольної групи за середніми показниками спостерігалось незначне зменшення ефективності роботи, не відбулось змін у психічній стійкості, покращились показники

ступеня врацьованості, увага (зменшилась кількість помилок), збільшилась величина півкульової асиметрії при незначній перевазі роботи лівої півкулі.

У досліджуваній групі покращились показники ефективності роботи, психічної стійкості, збільшилось ліво-півкульове переважання з більш вираженою півкульовою асиметрією. Це свідчить про адаптуючий вплив на осіб досліджуваної групи комбінованих реабілітаційних заходів.

У процесі реабілітації показники ефективності роботи, ступеня врацьованості, психічної стійкості у 25% дітей наблизилась до норми, і в досліджуваній, і в контрольній групах, проте у контрольній групі зберігалось порушення концентрації уваги, про що свідчила наявність помилок при виконанні завдання. Лише 15% досліджуваних успішно упорались із завданням за всіма показниками.

Реабілітаційні заходи мали позитивний вплив не тільки на психологічні характеристики, але й на соматичні параметри досліджуваних пацієнтів. У переважній більшості дітей обох груп до початку реабілітаційних заходів спостерігалось зниження кількості сегментоядерних лейкоцитів зі збільшенням кількості лімфоцитів, еозинофілів та моноцитів. У процесі реабілітації у 75% дітей контрольної і досліджуваної груп відбувались зміни в крові, що

Таблиця 8

Загальний аналіз крові у дітей досліджуваної і контрольної груп до і після проведення реабілітаційних заходів

Період	Еритр.	Гем.	КП	Лейк.	Пал./яд.	Сег./яд.	Еозин.	Лімфоц.	Мон.
Основна група									
Початковий	4,3	134	0,89	4,96	2,88	42,7	2,563	45,2	5,88
Кінцевий	4,6	140	0,9	5,93	3,38	47,4	2,125	40,4	4,75
Різниця	-0,3 +6,95	-6 +4,4%	-0,01	-0,97 +19,5%	-0,5 +17%	-4,69 +11%	0,44 -20,6%	5,2 -11,8%	1,1 -23%
Контрольна група									
Початковий	4,4	133	0,84	5,14	3,19	45,6	2,167	46,8	5,03
Кінцевий	4,5	135	0,9	5,86	3,27	47,2	2,081	43,5	4,7
Різниця	-0,1 +2,2%	-2 +1,5%	-0,06	-0,72 +14%	-0,18 +2,5%	-1,6 +4,4%	0,086 -4,1%	3,3 -7,5%	0,33 -7%

Таблиця 9

Показники функції зовнішнього дихання у дітей досліджуваної та контрольної груп після проведених реабілітаційних заходів

Групи	ЧД	ДО	ХОД	РОВД	РОВИД	ЖЕЛ	ФЖЕЛ	ПОШ	МОШ 25	МОШ 50	МОШ 75	СОШ 25-75	ОФВ1	ПРОБА ТІФФНО	МВЛ	РЕЗ. ДИХ
Дослідна	22,65	431,9	9784,7	1475	628,86	2656	1748,6	357	4259	3788,4	2661	3564	1740	70,21	58,8	80,1
Контр.	26,41	441	10771	1318	563,128	2564	1883,3	4238	4132,51	3704,82	2783,1	3577	1792	75,97	59,6	78,6
	-3,76	-9,1	-986,3	156,7	65,732	92	-134,7	119	126,49	83,58	-122,1	-13,0	-52,4	-5,764	-0,77	1,5

Примітка: ЧД – частота дихання, ДО – дихальний об’єм, ХОД – хвилинний ДО, РОВД – резервний об’єм вдишу, РОВИД – резервний об’єм видиху, ЖЕЛ – життєва ємність легень, ФЖЕЛ – форсована життєва ємність легень, ПОШ – піковий об’єм швидкості, МОШ – максимальний об’єм швидкості, СОШ – середній об’єм швидкості, ОФВ – об’єм форсованого видиху, МВЛ – максимальна вентиляція легень, РЕЗ.ДИХ. – резервне дихання.

характеризувались: збільшенням кількості еритроцитів (на 4,75% порівняно з контрольною), зростанням гемоглобіну (на 2,9%), збільшенням кількості лейкоцитів (на 5,5%) із збільшенням сегментоядерних (на 6,6%) та зменшенням кількості лімфоцитів (на 4,3%), моноцитів (на 16%), еозинофілів (на 15,5%), однак у досліджуваній групі ці зміни були більш виразними (табл. 8). У 18% досліджуваних відбувався ріст кількості лімфоцитів та моноцитів із зменшенням кількості сегментоядерних лейкоцитів, що супроводжувався високою тривожністю, виснажливостю, низькими показниками за самопочуттям, активністю та настроєм, проте жоден з них зі скаргами чи за допомогою не звертався.

Вивчення функції зовнішнього дихання вказує на більш виразні порівняно з контрольною групою позитивні зміни в процесі реабілітації у дітей основної групи, що виражались у зменшенні частоти дихання та збільшенні його об’єму.

У 25% дітей досліджуваної групи та 20% контрольної групи спостерігались порушення ритму у вигляді одиничних шлуночкових екстрасистол при початковому дослідженні та їх відсутність при повторному обстеженні.

Висновки

Дослідження груп підлітків із сімейною депривацією, які мали дихальні розлади у вигляді псевдоастматичних та астматичних нападів, виявило у них ознаки розвитку психосоматичних порушень, що проявлялися виразною тривогою, виснажливостю психічних процесів, зниженою оцінкою свого стану та рядом порушень функціональних проб і особливостей у загальному аналізі крові, які вказують на необхідність продовження реабілітаційних заходів. Проведені реабілітаційні заходи зменшили хворобливі прояви у 72% досліджуваних.

Доповнення реабілітаційних заходів психофармакотерапією ноофеном показало кращу відповідь на проведені втручання, що проявлялось у суттєвішому зменшенні тривожності, асенізації, покращенні самопочуття, активності, настрою. Дані психологічних досліджень підтверджувались змінами у загальному аналізі крові, дихальних пробах, ЕКГ. Комбінація реабілітаційних заходів з фармакологічною корекцією ноофеном суттєво ефективніша, проте потребує продовження курсу реабілітаційних заходів, оскільки повного відновлення порушених функцій за період дослідження не було досягнуто.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антропов Ю. Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю. Ф. Антропов, С. В. Бельмер. — М., 2005.
2. Арина Г. А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клиничко-психологического анализа / Г. А. Арина, В. В. Николаева // Материалы межведомственной научно-практической конференции [«Междисциплинарные проблемы психологии телесности»] (Москва, 20—21 окт. 2004 г.). — М., 2004.
3. Беяева О. Е. Особливості когнітивної сфери дітей, що навчаються за програмою «Інтелект України» / О. Е. Беяева, Г. М. Даниленко // Когнітивні розлади у дітей : матеріали наук. симп. — Х., 2012. — С. 8—9.
4. Гринберг Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. — 7-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — 496 с.
5. Золотова Т. Н. Психология стресса / Т. Н. Золотова. — М.: Книголюб, 2008. — 192 с.
6. Ковалева О. Н. Механизмы развития и нейрофармакологическая коррекция вегето-сосудистых нарушений у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом / О. Н. Ковалева // Ліки України. — 2011. — № 2 (6). — С. 11—16.
7. Кондаков И. М. Психология. Иллюстрированный словарь / И. М. Кондаков. — СПб.: Прайм-ЕВРОзнак, 2007. — 783 с.
8. Кукурудза Г. В. Дитяче-батьківські відносини як фактор розвитку дітей раннього віку з психомоторними порушеннями / Г. В. Кукурудза // Когнітивні розлади у дітей : матеріали наук. симп. — Х., 2012. — С. 16—17.
9. Леонтьев Д. А. Экзистенциальная тревога и как с ней не бороться / Д. А. Леонтьев // Московск. психотерапевтич. журн. — 2003. — № 2. — С. 107—119.
10. Маклаков А. Г. Общая психология : учебн. для вузов / А. Г. Маклаков. — СПб.: Питер, 2007. — 583 с.
11. Малкина-Пых И. Г. Телесная терапия / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2005. — 752 с.
12. Нагорна Н. В. Психовегетативний синдром у дітей та шляхи його усунення / Н. В. Нагорна, Г. В. Дубова, О. В. Бордюгова // Таврич. медико-біологіч. вестн. — 2013. — Т. 16, № 3. — Ч. 1 (63). — С. 110—117.
13. Николаева В. В. Клиничко-психологические проблемы психологии телесности / В. В. Николаева, Г. А. Арина // Психологич. журн. — 2003. — Т. 24, № 1. — С. 119—126.
14. Опыт применения «Ноофена» в лечении больных нейроциркуляторной дистонией / Монастырский Ю. И., Серкова В. К., Кузьмина Н. В., Домбровская Ю. В. Укр. терапевт. журн. — 2007. — № 4. — С. 83—86.
15. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. — М.: Ин-т позитивной психотерапии, 2006. — 464 с.
16. Перова Е. И. Стресс и психические расстройства в спортивной травматологии / Е. И. Перова // Спортивный психолог. — 2005. — № 1 (4). — С. 56—58.
17. Прихожан А. М. Психология сиротства : учебн. пособ. для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии / А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2005.
18. Проскурина Т. Ю. Когнитивные нарушения у подростков с невротическими расстройствами / Т. Ю. Проскурина, Е. А. Михайлова // Когнітивні розлади у дітей : матеріали наук. симп. — Х., 2012. — С. 48—49.
19. Проскурина Т. Ю. Социальные и клинические предпосылки школьной неуспеваемости и ее коррекция у учеников младших классов с аффективной патологией / Т. Ю. Проскурина // Когнітивні розлади у дітей : матеріали наук. симп. — Х., 2012. — С. 45—47.
20. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практич. рук-во / М. Е. Сандомирский. — М.: Класс, 2005. — 592 с.
21. Хухлаева О. В. Тропинка к своему Я.: как сохранить психологическое здоровье дошкольников / О. В. Хухлаева, О. Е. Хухлаев, И. М. Первушина. — М.: Генезис, 2004. — 175 с.
22. Examining the relationship between attentiondeficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents obesity / M. Erhart [et al.] // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. — 2012. — Vol. 21 (1). — P. 39—49.
23. Hebebrand J. Psychological and psychiatric aspects of pediatric obesity / J. Hebebrand, B. herpertz-Dahlmann // Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. — 2009. — Vol. 18 (1). — P. 49—65.
24. Matthews G. Emotional intelligence: science and myth / G. Matthews, M. Zeidner, R. D. Roberts. — Mil, 2004.
25. Silber T. J. Somatization Disorders in Children and Adolescents / T. J. Silber // Pediatrics in Review. — 2003. — Vol. 24, № 8. — P. 255—264.
26. Vander Wal J. S. Psychological complication of pediatric obesity / J. S. Vander Wa, E. R. Mitchell // Pediatr. Clin. North Am. — 2011. — Vol. 58 (6). — P. 1393—1401.

Влияние санаторно-курортного лечения детей школы-интерната на их психологические и соматические параметры

Л.В. Пипа, А.В. Филик, И.Л. Лукьянович, Н.В. Пилюйко, М.П. Мурдид, Ю.М. Лисица, Ж.Ф. Астахова, В.М. Заморока

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Украина

Санаторий «Южнобережный», г. Алушка, Украина

Цель: исследовать влияние на психоэмоциональное состояние воспитанников школы-интерната с нарушениями дыхальной системы психофармакоррекции и санаторно-курортного лечения.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 40 детей в возрасте 10—14 лет. Всем детям проводили исследование тревожности, истощенности психических процессов, самооценки состояния и лабораторно-инструментальные обследования. 20 детей получали фармакологическую поддержку ноофеном в течение 15 дней.

Результаты. У подростков с семейной депривацией, имевших дыхательные расстройства в виде псевдоастматических и астматических приступов, обнаружены признаки развития психосоматических (выраженная тревожность, истощение психических процессов, сниженная самооценка) та функциональных нарушений. Проведенные реабилитационные мероприятия уменьшили болезненные проявления у 72% исследуемых. Дополнение реабилитационных мероприятий ноофеном показало лучший ответ на лечение. Данные психологических исследований подтверждались изменениями в общем анализе крови, дыхательных пробах, ЭКГ.

Выводы. Комбинация реабилитационных мероприятий с фармакологической коррекцией ноофеном существенно более эффективна, но требует продления курса лечения, поскольку полного восстановления нарушенных функций за период исследования не было достигнуто.

Ключевые слова: психосоматические нарушения, тревожность, реабилитация, дети.

Effect of health and spa treatment on psychological and somatic parameters of children from the boarding school*L.V. Pipa, A.V. Filik, I.L. Lukyanovich, N.V. Pilyuiko, M.P. Murdid, Yu.M. Lysytsia, Gh.F. Astakhova, V.M. Zamoroka*

N.I. Pirogov Vinnitsa National Medical University, Ukraine

Sanatorium «Yuzhnoberezhnyi», Alupka, Ukraine

Objective: To investigate the effect on the psycho emotional state of children from the boarding school with the respiratory system disorders during the psychopharmacological correction and health and spa treatment.**Patients and methods.** A total of 40 children in the age 10–14 years were under observation. All children underwent such examinations as study of anxiety, exhaustion of mental processes, self-estimation of state and laboratory and instrumental examination. The 20 children from them had received pharmacological support by noofen within 15 days.**Results.** In adolescents with a family deprivation, who had respiratory disorders such as pseudoasthmatic and asthmatic attacks have been found the signs of psychosomatic development (expressed anxiety, exhaustion of mental processes and reduced self-estimation) and functional disorders. Rehabilitation measures have reduced the painful manifestations in 72 % of patients. Supplement rehabilitation measures by noofen had shown the best response to treatment. The data of psychological researches confirms the changes in the general blood analysis, respiratory samples and ECG.**Conclusions.** The combination of rehabilitation measures with pharmacological correction by noofen significantly more efficient, but requires extending the course of treatment, because the full restoration of the functions disorders during the study period was not achieved.**Key words:** psychosomatic disorders, anxiety, rehabilitation, children.**Сведения об авторах:****Пипа Лариса Владимировна** — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии ФПО Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, внештатный детский инфекционист Хмельницкой обл. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.**Фильк Анатолий Владимирович** — к.мед.н., доц. каф. педиатрии ФПО Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.**Пиллюйко Наталья Васильевна** — к.мед.н., доц. каф. педиатрии ФПО Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.

Статья поступила в редакцию 27.02.2014 г.

НОВОСТИ**Ученые подтверждают, что шизофрения формируется в период утробного развития**

Шизофрения — хроническое заболевание, характеризующееся нарушениями мыслительных процессов, смещением восприятия и проявления эмоций. Симптомы шизофрении — бред, галлюцинации, отсутствие желания формировать социальные отношения и угнетенность эмоций.

Специалисты, опубликовавшие результаты исследования в журнале *Molecular Psychiatry*, утверждают, что их заключение поможет выявлять и лечить психическое расстройство на ранней стадии.

Ученым удалось заставить образцы стволовых клеток, взятых у больных шизофренией, вернуться к более ранней форме развития и преобразовать их в

нейронные клетки-предшественники (NPC). Далее специалисты исследовали, насколько далеко клетки могут перемещаться и взаимодействовать с удельной поверхностью, путем визуализации митохондрий был оценен стресс клеток. Оказалось, что нейронные клетки NPC людей с шизофренией значительно отличались от клеток здоровых людей. Примерный возраст экспериментальных нейронов соответствовал нейронам первого триместра беременности.

Таким образом, авторы исследования теоретически презентовали возможность создания диагностических тестов для определения шизофрении на ранней, внутриутробной стадии развития человека.

Источник: <http://medexpert.com.ua>