

«Медико-соціальні аспекти діагностики, лікування і реабілітації захворювань у дітей»

19–20 апреля 2015 г.
г. Киев

Н.Г. Гойда, Г.І. Корицький

Оптимізація організаційно-структурної моделі обласної дитячої лікарні

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2015.2(66):129-131

На сьогодні в Україні простежуються негативні тенденції у стані здоров'я матерів та дітей з одночасним скороченням чисельності дитячого населення, неефективність медичної галузі щодо збереження та поліпшення стану здоров'я дітей, що підтверджує необхідність реформування сфери охорони здоров'я, зокрема педіатричної служби, оптимізації надання медичної допомоги дітям на всіх рівнях.

Системне дослідження основних показників здоров'я дитячого населення в Тернопільській області показало погіршення стану здоров'я дітей за низкою показників. Поширеність захворювань за період з 1997 по 2013 рік зросла на 58,7%, зокрема частота новоутворень збільшилась на 72%, хвороб системи кровообігу – у понад двічі, хвороб органів дихання – на 93%. Рівні захворюваності й пошире-

ності хвороб та дитячої інвалідності свідчать про важливість, водночас, не до кінця вирішені питання ефективності й якості лікувально-діагностичних заходів на всіх рівнях надання медичної допомоги дітям у Тернопільському регіоні. Це зумовило необхідність наукового обґрунтування пропозицій щодо оптимізації організаційно-структурної моделі обласної дитячої лікарні як центру високоспеціалізованої медичної допомоги дітям в регіоні, що і визначило **мету** дослідження.

З метою підвищення доступності та якості надання медичної допомоги, концентрації ресурсного забезпечення та його ефективного використання на рівні обласної дитячої лікарні запропоновано організацію спеціалізованих центрів – об'єднання вузькоспеціалізованих відділень за профілем органної патології. Структура спеціалізованого

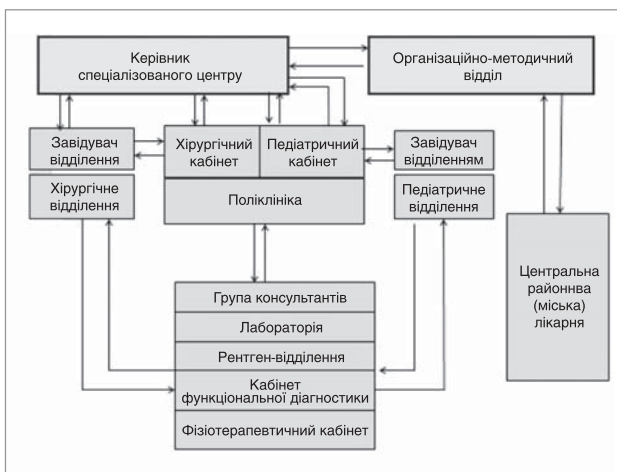


Рис. 1. Функціональна модель спеціалізованого центру



Рис. 2. Функціонування спеціалізованих центрів на базі Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні

центру порівняно із структурою відділення більше відповідає завданню підвищення ефективності використання ліжкового фонду, покращення лікувально-діагностичного процесу, прийняття раціональних управлінських рішень (рис. 1). Таке об'єднання відділень та служб у спеціалізовані відділення за профілем сприяє підвищенню координуючої та контролюючої роботи управління, ще більшій мобільності та оперативності у прийнятті рішень.

У контексті реформування педіатричної служби області доцільно створювати педіатричні центри як соматичного, так і хірургічного профілю, з блоком інтенсивної терапії, виїзною педіатричною бригадою та експрес-лабораторією.

На сьогодні на базі Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні організовано та успішно функціонують такі центри: неонатальний, медичної реабілітації, дитячої хірургії (рис. 2).

Структурними підрозділами неонатального центру є педіатричне відділення для новонароджених дітей, педіатричне відділення для недоношених дітей, відділення інтенсивної терапії для новонароджених з виїзною неонатологічною бригадою та експрес-лабораторією.

Центр реабілітації включає діагностичний підрозділ (електроенцефалографія, електроенцефалографія, реєстрація викликаних зорових та слухових потенціалів, нейросонографія, доплерографія судин головного мозку), лікувальний підрозділ (забезпечується фахівцями – лікар-невролог, педіатр, лікувальної фізкультури), підрозділ логопедичної корекції та основний реабілітаційний підрозділ, який включає гідрокінезіотерапію, масаж, ЛФК, фізіотерапію, сенсорну інтеграцію.

У структуру центру дитячої хірургії увійшли підрозділи абдомінальної, торакальної хірургії, хірургії новонароджених, урології, онкології, нейрохірургії, комбустології, підліткової гінекології та центр інтенсивної терапії з дитячою анестезіологією та виїзною бригадою, експрес-лабораторією.

Аналіз роботи реорганізованих педіатричних відділень у спеціалізовані центри багатопрофільної обласної лікарні підтверджує їх ефективність, доцільність та соціально-економічні переваги. Зокрема відзначається збільшення хірургічної активності на третинному рівні надання медичної допомоги та зменшення загальної кількості оперативних втручань у регіоні, що пов'язано із важкістю патології, складністю хірургічних операцій, зростанням професійної та удосконаленням хірургічної майстерності спеціалістів з відповідним анестезіологіч-

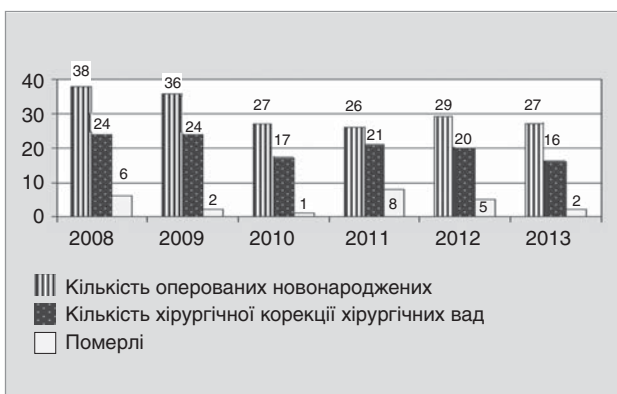


Рис. 3. Окремі результати роботи хірургічного центру з надання медичної допомоги новонародженим

Показник	Рік					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Рання неонатальна	5,5	4,0	4,1	3,4	3,9	3,3
Неонатальна смертність, ‰	6,5	4,8	5,4	5,0	5,0	4,7
Робота виїзних транспортних бригад	283	278	273	258	236	203

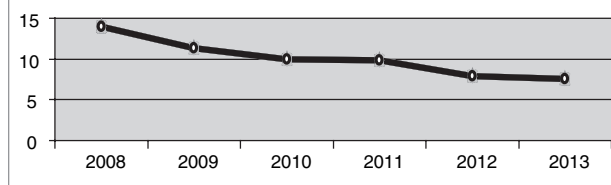


Рис. 4. Показники роботи неонатального центру

ним забезпеченням. У центрі дитячої хірургії створено сучасне операційне відділення європейського зразка з операційною для новонароджених, де проводиться хірургічна корекція природжених вад розвитку (верхніх дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту, черевної стінки, нервової трубки), впроваджуються сучасні методи лікування та виходжування новонароджених з хірургічною патологією різного терміну гестації. Водночас протягом функціонування центру знизилась показники післяопераційної летальності, покращилась виживаність цієї категорії пацієнтів, що свідчить про надання висококваліфікованої медичної допомоги дітям та підтверджує ефективність запропонованого проекту реформування педіатричних відділень та створення спеціалізованих центрів (рис. 3).

Аналіз роботи неонатологічного центру засвідчує зниження показників неонатальної (2010 р. – 5,4; 2013 р. – 4,7 на 1000 народжених) та ранньої неонатальної (2010 р. – 4,1; 2013 р. – 3,3 на 1000 народжених) смертності у регіоні, що зумовлено як відповідними організаційними змінами в наданні медичної допомоги новонародженим, так і покращанням матеріально-технічного обладнання неонатологічного центру, забезпечення ефективної роботи виїзних консультативних неонатологічних бригад.

Функціонування центру реабілітації дітей з ураженням нервової системи забезпечує відновлення практичних, фізичних навиків у цієї категорії пацієнтів

Показник	2008	2010	2011	2013	Динаміка
Абсолютне число дітей-інвалідів	4688	4572	4578	4490	-4,22% (-198)
Показники дитячої інвалідності на 10 тис. дит. нас.	209,6	212,5	216,8	215,5	+2,81% (+5,9)
У звітному році стали інвалідами	593	504	509	454	-23,4% (-139)
Показник первинної інвалідності на 10 тис. дит. нас.	26,5	23,4	24,1	21,8	-17,73% (-4,7)

Рис. 5. Динаміка дитячої інвалідності у Тернопільській області

за допомогою комплексу реабілітаційних заходів — масаж, рефлексотерапія, водолікування, індивідуальні заняття з лікувальної фізкультури, використання тренажерів — та успішного впровадження програми «Тандем» — співпраця лікаря, батьків та соціальних педагогів. Пріоритет надається роботі з дітьми першого року життя, що значно покращує показники функціонального стану центральної та периферичної нервової системи і, відповідно, виходжування, соціальну адаптацію, відновлення порушених функцій. Основними принципами відновного лікування у центрі є ранній початок, індивідуальність, комплексність та наступність, що дозволяє досягти позитивних зрушень, зокрема зменшити прощарок соціально дезадаптованих та дітей з обме-

женими можливостями здоров'я, у яких інвалідність пов'язана з патологією нервової системи. Зважаючи на активне функціонування центру реабілітації, останніми роками показник захворюваності на дитячий церебральний параліч стабільно знижується, що сприятиме можливості зниження показника первинної інвалідності у дітей (рис. 5).

Таким чином, результати роботи спеціалізованих центрів підтверджують доцільність їх створення та функціонування, підвищення ефективності та якості надання високоспеціалізованої медичної допомоги дітям завдяки впровадженню сучасних досягнень медичної науки і техніки, концентрації ресурсного забезпечення та відповідним соціально-економічними перевагами.

УДК 615.84:004.9

В.І. Козявкін, О.О. Качмар

Застосування крокових комп'ютерних ігор для тренування рухових функцій

Міжнародна клініка відновного лікування, Трускавець

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2015.2(66):131-132

Для тренування рівноваги та крокових рухів розроблено реабілітаційні ігри, які керуються через танцювальний килимок. Для управління грою необхідно наступати ногою на відповідний сектор килимка, приєднаного до комп'ютера. Для кожного пацієнта індивідуально налаштовуються параметри складності ігор.

Попередня оцінка реабілітаційних ігор була проведена на п'яти пацієнтах з дитячими церебральними паралічами, які щоденно тренувалися вдома протягом двох тижнів. Стан пацієнтів оцінювався до та після курсу за допомогою таких тестів: дитяча шкала рівноваги; тест «Встань та йди»; степ-тест «4-квадрати»; стабілометрія. Попередні результати вказують на вдосконалення рівноваги у хворих з церебральним паралічем після курсу реабілітаційних ігор.

Ключові слова: віртуальна реабілітація, церебральний параліч, крокові ігри, тренування рівноваги.

Добре відомо, що відновлення рухових функцій залежить від пластичності нервової системи, яку стимулює багаторазове повторення необхідних рухів, інтенсивність тренувань та позитивна мотивація до тренувань.

Зацікавити дитину в процесі реабілітації, мотивувати її до активного включення у процес фізичної реабілітації допомагають спеціально розроблені реабілітаційні комп'ютерні ігри. Виконуючи ту чи іншу вправу, пацієнт одночасно грає в комп'ютерну гру, яка мотивує його до тренування рухів, сприяє розвитку швидкості реакції, координації і рівноваги.

Реабілітаційні ігри можуть застосовуватися як в умовах лікувального закладу, так і вдома. Вони не потребують дорогого обладнання, а комп'ютер з доступом до Інтернету є у більшості сімей.

Важливо, що всі реабілітаційні ігри мають можливість індивідуального налаштування параметрів складності для кожного пацієнта відповідно до рівня його моторного розвитку. Адже ігрове тренування може бути ефективним лише при адекватній складності завдань.

Для тренування рівноваги та крокових рухів розроблено реабілітаційні ігри, які керуються через танцювальний мат. Танцювальний мат (Dance Mat) — це ігровий контролер у вигляді килимка, розділеного на 9 секторів зі сенсором дотику у кожному з них. Для керування грою необхідно наступати ногою на відповідний сектор. Килимок можна вільно придбати в Інтернет-магазинах комп'ютерних ігор.

Під час гри необхідно слідувати за зображенням на екрані та наступати на відповідні квадрати на килимку. Танцювальний килимок широко використовується для танцювальних ігор, проте наявні у продажу ігри занадто складні для пацієнтів з руховими порушеннями. Саме тому було розроблено ряд спеціальних реабілітаційних степ-ігор для осіб з обмеженими можливостями.

Метою даного дослідження було оцінити вплив домашніх занять спеціальними комп'ютерними іграми із використанням танцювального килимка. Попереднє оцінювання розроблених степ-ігор для тренування рівноваги проводили на п'яти пацієнтах віком 9–13 років з дитячими церебральними паралічами. Більшість пацієнтів були віком 9–10 років, переважно зі спастичним тетрапарезом та за моторним розвитком відповідали II рівню за GMFCS.

Усі пацієнти дали попередню згоду на участь у дослідженні. Реабілітаційні заняття проводилися вдома, усі учасники грали у спеціальні комп'ютерні ігри на танцювальному килимку впродовж двох тижнів щоденно 15–20 хвилин. Реабілітаційні заняття передбачали попередній детальний інструктаж батьків щодо правильності вихідних положень, відповідності рухових дій та техніки безпеки під час проведення занять. Надавалась повна технічна підтримка із відповідним обладнанням (танцювальний килимок).

Дослідження включало двохетапне обстеження: до застосування спеціальних комп'ютерних ігор вдома

та через два тижні після домашніх реабілітаційних занять. Оцінка результатів застосування реабілітаційних ігор проводилася на основі аналізу даних стабілометрії пацієнта, дитячої шкали рівноваги (Pediatric Balance Scale); тесту для визначення функції ходьби «Встань та йди» («Up and go»); степ-тесту «4-квадрати» («Four Square step test»).

Після двох тижнів щоденних тренувань вдома спостерігалось значне покращання рівноваги у чотирьох із п'яти пацієнтів. Результати оцінювання за дитячою шкалою рівноваги покращились в середньому на 1,6 бала; час виконання тесту «Встань та йди» знизився

в середньому на 2,2 секунди. Показники степ-тесту «4-квадрати» також знизились у середньому на 1,8 секунди. За даними стабілометрії, площа стабілограми знизилася в середньому на 4 одиниці під час курсу занять реабілітаційними іграми вдома.

Висновки

Розроблені степ-ігри є корисним ігровим реабілітаційним компонентом для осіб з руховими порушеннями. Попередні результати вказують на покращання рівноваги у хворих з церебральними паралічами після курсу реабілітаційних ігор.

Применение шаговых компьютерных игр для тренировки двигательных функций

В.И. Козьякин, О.А. Качмар

Для тренировки равновесия и шаговых движений разработаны реабилитационные игры, которые управляются при помощи танцевального коврика. Для управления игрой необходимо наступать ногой на соответствующий сектор коврика, подключённого к компьютеру. Для каждого пациента индивидуально настраиваются параметры сложности игр.

Оценка эффективности предложенных игр осуществлялась на пяти пациентах с детскими церебральными параличами, которые на протяжении двух недель занимались дома. Состояние пациентов оценивалось до и после курса с помощью таких тестов: детская шкала равновесия; тест «Встань и иди»; степ-тест «4-квадрата»; стабилметрия. Первые полученные результаты указывают на усовершенствование равновесия у пациентов с церебральными параличами после курса реабилитационных игр.

Ключевые слова: виртуальная реабилитация, церебральный паралич, шаговые игры, тренировка равновесия.

Stepping Computer Games for Motor Training

V.I. Koz'yavkin, O.O. Kachmar

Special rehabilitation games controlled using Dance Mat were developed for training stepping movements and balance. Games are played by stepping on the relevant sector of the mat, connected to computer. Game parameters were adjusted individually for every patient.

Preliminary assessment of these games was performed on five patients with cerebral palsy who followed daily home training sessions for a period of two weeks. The patients were assessed before and after the training course with following tests: Timed Up and Go test, Pediatric Balance Scale, Four Square Step test, and Stabilometry. Preliminary results indicate balance improvement in patients with cerebral palsy after home training course.

Key words: virtual rehabilitation, cerebral palsy, stepping games, balance training.

Ю.А. Крамар

Предиктори маніфестації та первинна профілактика шизофренії у підлітків

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» у м. Києві, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2015.2(66):132-134

Мета: вивчити вплив середовищних факторів на розлади спектра шизофренії (F20-F29).

Пацієнти і методи. У дослідження було включено 93 особи віком 14–24 років (48 хлопців та 45 дівчат) з розладами спектра шизофренії. Вивчалися фактори зовнішнього середовища, які мали місце у дитячому віці. Вивчення хворих на шизофренію включало: оцінку наявної психопатологічної симптоматики за допомогою шкали PANSS, оцінку соціального функціонування за допомогою шкали GAF, оцінку впливу середовищних факторів з використанням Формалізованої карти, розробленої у відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології.

Результати. За результатами дослідження, найбільш впливовими щодо ризику розвитку шизофренії виявлено наступні: перинатальні інфекції та фактори в період зачаття та перинатальний період (37,6%), психологічна травма (33,3%), вживання психоактивних речовин (29,0%). У понад 50% випадків захворювання з маніфестацією у підлітковому віці відмічалось поєднання двох і більше факторів.

Висновки. Розвитку шизофренії сприяють середовищні фактори, які впливають на матір протягом вагітності та безпосередньо на дитину протягом її життя. Важлива первинна профілактика шляхом попередження впливу факторів зовнішнього середовища, особливо в осіб групи ризику.

Ключові слова: шизофренія, середовищні фактори, психотравма, канабіноїди.

Вступ

На шизофренію хворіє близько 1% населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на початку ХХІ ст. у світі нараховувалося понад 45 млн хворих на шизофренію. Найчастіше хвороба уражає людей молодого

віку. Рання маніфестація у підлітковому віці зумовлює більш несприятливий перебіг та зростання рівня інвалідизації. Виявити причину захворювання неможливо, однак яскраво простежуються фактори зовнішнього середовища, які грають роль тригерних механізмів у патогенезі зах-

ворювання. Природно виникає питання: чи можливо уникнути маніфестації захворювання, навіть у генетично передиспонуєчих випадках, шляхом усунення дії несприятливих факторів?

Мета дослідження: вивчити вплив середовищних факторів на розлади спектра шизофренії (F20–F29), зокрема перенесеної матір'ю під час вагітності інфекцій, психологічної травми дитини та вживання психоактивних речовин.

Матеріал і методи дослідження

Об'єктом дослідження були 93 особи віком 14–24 років (48 хлопців та 45 дівчат) з розладами спектра шизофренії. Вивчалися фактори зовнішнього середовища, які мали місце у дитячому віці. Пацієнти були розподілені на три групи: першу групу склали 35 пацієнтів з випадками перенесеної матір'ю під час вагітності вірусної інфекції; другу — 31 пацієнт з перенесеними психологічними травмами у ранньому дитячому віці; третю — 27 пацієнтів, які вживали психоактивні речовини до маніфестації шизофренії. Групу порівняння становили 48 пацієнтів без вищевказаних факторів. Критерієм включення у вибірку при первинній рандомізації була відповідність діагностичним критеріям шизофренічних розладів F20–29 за МКХ-10.

Вивчення хворих на шизофренію в ході відкритого контрольованого дослідження включало: оцінку наявної психопатологічної симптоматики за допомогою шкали PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale), оцінку соціального функціонування за допомогою шкали GAF (Global Assessment of Function), оцінку впливу середовищних факторів з використанням Формалізованої карти, розробленої у відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами вивчення анамнезу встановлено, що перинатальні інфекції та фактори в період зачаття та перинатальний період відмічалися у 37,6% рандомізованих випадків шизофренії. Серед них: ознаки гіпоксично-ішемічного ураження головного мозку, перенесені інфекційні та бактеріальні захворювання матір'ю під час вагітності (грип, краснуха, токсоплазмоз, герпес людини, генітальні та респіраторні інфекції), особливо у першому триместрі; дефіцит вітаміну D3 та фолієвої кислоти під час вагітності матері; вживання матір'ю протівірусних, протиепілептичних препаратів та антидепресантів; вживання алкоголю та наркотичних речовин матір'ю під час вагітності, а батьком — у рік запліднення; пізній вік обох батьків при зачатті (понад 40 років)

та короткий інтервал між вагітностями (менше двох років). Значущим є вплив перенесеної внутрішньоутробної інфекції, переважно протягом другого триместру вагітності (саме в цей період відбувається закладка структур нервової системи, що відповідають розвитку психічних розладів). Цікаво, що не відмічалось різниці між впливом лікованої і нелікованої вірусної та бактеріальної інфекції (табл.).

Хворі на шизофренію частіше мають епізоди перенесеної психотравмуючої ситуації у дитячому віці порівняно зі здоровими. Так, перенесення психотравмуючої ситуації в ранньому дитячому віці відмічалось у 33,3% випадків — емоційна депривація, кризові взаємовідносини в сім'ї, порушення формування батьківсько-материнської прив'язаності, жорстоке поводження з дітьми, наявність соціальної депривації та психічної травми в ранньому віці. І чим раніше перенесена психічна травма, тим раніше буде маніфестація захворювання і, відповідно, важчим перебіг. Серед кризових взаємовідносин у сім'ї найвпливовішим фактором є насильство над дитиною. Факторами, які впливають на важкість симптоматики шизофренії (галюцинаторна, негативна симптоматика та соціальна дезадаптація), є антисоціальні члени сім'ї та неповна сім'я.

Вживали психоактивні речовини у дитячому та підлітковому віці, зокрема канабіноїди, 29,0% хворих з розладами спектра шизофренії. Водночас не було відмічено взаємозв'язку між вживанням алкоголю та маніфестацією шизофренії. Таким чином, вживання канабіноїдів корелює з ранньою маніфестацією, ускладнюючи симптоматику, клінічний перебіг, та сприяє соціальній дезадаптації.

Дослідження показало, що у понад 50% випадків захворювання з маніфестацією у підлітковому віці відмічалось поєднання двох і більше факторів. Особливо несприятливим фактором є поєднання психічної травми в ранньому дитячому віці із вживанням психоактивних речовин у підлітковому віці.

Висновки

Розвитку шизофренії сприяють середовищні фактори, які впливають на матір протягом вагітності, провокуючи ранню маніфестацію, більш несприятливий перебіг, часті рецидиви, беземісійний перебіг та соціальну дезадаптацію пацієнтів у суспільстві. За умови виключення дії даних факторів можливо вплинути на перебіг захворювання.

Важливою задачею для лікарів медичної практики, педіатрів є своєчасне виявлення осіб груп ризику щодо розвитку важких психічних розладів. Особливої уваги потребують діти та підлітки, які знаходяться під впливом факторів зовнішнього середовища, мають обтяжений

Таблиця

Провідні фактори ризику розвитку шизофренії

Фактор	Хлопці (n=48)	Дівчата (n=45)
	абс. (%)	абс. (%)
Пренатальна інфекція	18 (10,7)	17 (9,6)
II триместр вагітності матері	16 (9,0)	15 (8,5)
Вірус грипу	10 (5,6)	9 (5,0)
Краснуха	6 (3,4)	4 (2,3)
Проводилось лікування	6 (3,4)	8 (4,5)
Лікування не проводилось	6 (3,4)	9 (5,0)
Психологічна травма	13 (7,3)	18 (10,7)
Депривація	4 (2,3)	5 (2,8)
Жорстоке поводження з дітьми	4 (2,3)	6 (3,4)
Неповна сім'я	8 (4,5)	10 (5,6)
Вживання психоактивних речовин	17 (9,6)	10 (5,6)
Алкоголь	2 (1,1)	2 (1,1)
Канабіноїди	15 (8,5)	8 (4,5)

семейный анамнез, зокрема психозами, аутизмом, залежністю від психоактивних речовин. Первинна профілактика шляхом попередження впливу факторів зовнішнього середовища в осіб групи ризику можлива і може бути ефективною. Вона дозволить знизити захворюваність на шизофренію, кількість випадків ранньої маніфестації та рівень інвалідизації.

З іншого боку, якщо маніфестація шизофренії значною мірою залежить від того, чи впливатимуть несприятливі фактори на генетично схильних осіб, то вплив факторів захисту зміг би значно скоротити ризик розвитку шизофренії у даних осіб. Наразі невідомо, що саме може стати фактором захисту. Це становитиме перспективи подальших досліджень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Brown A. S. Exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia / Brown A. S. // Front Psychiatry. — 2011. — Vol. 23 (2). — P. 63.
2. Brown A. S. Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies / A. S. Brown, E. J. Derkits // Am. J. Psychiatry. — 2010. — Vol. 167 (3). — P. 261—80.
3. Environmental Risk and Protective Factors and Their Influence on the Emergence of Psychosis / Schlosser D. A., Pearson R., Perez V. B., Loewy R. L. // Adolescent psychiatry. — 2012. — Vol. 2 (2). — P. 163—171.
4. Environmental risk factors for schizophrenia: a review / Vilain J., Galliot A. M., Durand-Roger J. [et al.] // Encephale. — 2013. — Vol. 39 (1). — P. 19—28.

Предикторы манифестации и первичная профилактика шизофрении у подростков

Ю.А. Крамар

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в г. Киеве

Цель: изучить влияние факторов внешней среды на расстройства спектра шизофрении (F20–F29).

Пациенты и методы. В исследование были включены 93 лица в возрасте 14–24 лет (48 юношей и 45 девушек) с расстройствами спектра шизофрении. Изучались факторы внешней среды, имевшие место в детском возрасте. Изучение больных с шизофренией включало: оценку психопатологической симптоматики при помощи шкалы PANSS, оценку социального функционирования при помощи шкалы GAF, оценку влияния факторов внешней среды с использованием Формализованной карты, разработанной в отделе медико-социальных проблем терапии психических расстройств Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии.

Результаты. По результатам исследования, наиболее влиятельными относительно риска развития шизофрении определены следующие: перинатальные инфекции и факторы в период зачатия и перинатальный период (37,6%), психологическая травма (33,3%), употребление психоактивных веществ (29,0%). В более 50% случаев заболевания с манифестацией в подростковом возрасте отмечалась комбинация двух и более факторов.

Выводы. Развитию шизофрении способствуют факторы внешней среды, влияющие на мать в течение беременности и непосредственно на ребенка в течение его жизни. Важна первичная профилактика путем предупреждения влияния факторов внешней среды, особенно у лиц группы риска.

Ключевые слова: шизофрения, факторы внешней среды, психотравма, канабиноиды.

Предикторы манифестации и первичная профилактика шизофрении у подростков

Ю.А. Крамар

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в г. Киеве

Цель: изучить влияние факторов внешней среды на расстройства спектра шизофрении (F20–F29).

Пациенты и методы. В исследование были включены 93 лица в возрасте 14–24 лет (48 юношей и 45 девушек) с расстройствами спектра шизофрении. Изучались факторы внешней среды, имевшие место в детском возрасте. Изучение больных с шизофренией включало: оценку психопатологической симптоматики при помощи шкалы PANSS, оценку социального функционирования при помощи шкалы GAF, оценку влияния факторов внешней среды с использованием Формализованной карты, разработанной в отделе медико-социальных проблем терапии психических расстройств Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии.

Результаты. По результатам исследования, наиболее влиятельными относительно риска развития шизофрении определены следующие: перинатальные инфекции и факторы в период зачатия и перинатальный период (37,6%), психологическая травма (33,3%), употребление психоактивных веществ (29,0%). В более 50% случаев заболевания с манифестацией в подростковом возрасте отмечалась комбинация двух и более факторов.

Выводы. Развитию шизофрении способствуют факторы внешней среды, влияющие на мать в течение беременности и непосредственно на ребенка в течение его жизни. Важна первичная профилактика путем предупреждения влияния факторов внешней среды, особенно у лиц группы риска.

Ключевые слова: шизофрения, факторы внешней среды, психотравма, канабиноиды.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Правила подачи материала для публикации:

- Структура материала: введение (состояние проблемы по данным литературы не более 5–7-летней давности); цель, основные задания и методы исследования; основная часть (освещение статистически обработанных результатов исследования); выводы; перспективы дальнейшего развития в данном направлении; список литературы, рефераты на русском, украинском и английском языках.
- Материал должен сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором он был выполнен, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, и экспертным заключением о возможности в открытой печати.
- На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов, **фамилия, имя и отчество (полностью)**, почтовый адрес, номера телефонов (служебный, домашний) автора, с которым редакция будет общаться.
- Авторский текстовый оригинал должен состоять из двух экземпляров на украинском или русском языке:
 - текста (объем оригинальных статей, в том числе рисунков, литературы, рефератов, не более 8 страниц, обзоров литературы, лекций, проблемных статей — не более 12 страниц, кратких сообщений, рецензий — не более 7 страниц);
 - списка литературы (если в статье есть ссылки, не более 20 литературных источников, в обзорах — не более 50),
 - таблиц;
 - рисунков (не более 4) и подписей к ним.
- К статье прилагаются рефераты на украинском, русском и английском языках с обязательным указанием фамилий и инициалов авторов на этих языках. Объем резюме не должен превышать 200–250 слов. Обязательно указываются «ключевые слова» (от 3 до 8 слов) в порядке значимости, способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Резюме является независимым от статьи источником информации. Оно будет опубликовано отдельно от основного текста статьи и должно быть понятным без ссылки на саму публикацию. Резюме является кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам и должно отражать основное содержание статьи, следовать логике изложения материала и описания результатов в статье с приведением конкретных данных.
- Резюме к оригинальной статье должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материал и методы; в) результаты; г) заключение. Все разделы в резюме должны быть выделены в тексте жирным шрифтом. Для остальных статей (обзор, лекции, обмен опытом и др.) резюме должно включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.
 - Статьи набираются на компьютере в программе Word и подаются распечатанными с CD-диск (дискеты приниматься не будут). Текст реферата следует набирать шрифтом 12 пунктов с межстрочным интервалом — 1,5, придерживаясь таких размеров полей: верхний и нижний — 20 мм, левый — 25 мм, правый — 10 мм. Иллюстрации (диаграммы, графики, схемы) строятся в программах Word или Excel и в виде отдельных файлов и вместе с текстовым файлом подаются на диск.
 - На первой странице указываются: индекс УДК слева, инициалы и фамилии авторов, город в скобках, название статьи, название учреждения, где работают авторы.
 - Список литературы подается сразу же за текстом. Авторы упоминаются по алфавиту — сначала работы отечественных авторов, а также иностранных, опубликованных на русском или украинском языках, далее иностранных авторов, а также отечественных, опубликованных на иностранных языках. Все источники должны быть пронумерованы и иметь не более 5–7-летнюю давность.
 - Ссылки в тексте обозначаются цифрами в квадратных скобках, должны отвечать нумерации в списке литературы. В библиографическом описании книги нужно указать фамилии и инициалы авторов, ее название (если четыре и более авторов — название книги, а потом за косой чертой инициалы и фамилии всех авторов или, если более четырех, трех авторов и слова «и др.»), город, издательство, год издания, общее количество страниц; статьи — фамилии и инициалы авторов, название периодического издания (журнала, сборника научных работ), год, номер (том, выпуск) и страницы (начальная и последняя); автореферата диссертации — фамилия и инициалы автора, название автореферата, далее с заглавной буквы после двоеточия указывают, на соискание какой степени защищается диссертация и в какой отрасли науки, когда и где защищалась (в каком научном учреждении), город и год издания, общее количество страниц. Сокращения слов и их соединений приводят согласно с ГСТУ 3582 97 «Сокращения слов в украинском языке в библиографическом описании. Общие требования и правила».
 - Количество иллюстраций (рисунки, схемы, диаграммы) должно быть минимальным. Таблицы и рисунки помещают в текст статьи сразу после первого упоминания их. В подписи к рисунку приводят его название, пояснение всех условных обозначений (цифр, букв, кривых и т.д.). Таблицы должны быть компактными, пронумерованными, иметь название. Номера таблиц, их заголовки и цифровые данные, обработанные статистически, должны точно отвечать приведенным в тексте.
 - Обозначения разных мер, единицы физических величин, результаты клинических и лабораторных исследований следует приводить согласно Международной системы единиц (СИ), медицинские термины согласно Международной анатомической и Международной гистологической номенклатурам, названия заболеваний по Международной классификации заболеваний 10-го пересмотра, лекарственные средства по Державной Фармакопее (X, XI). Названия фирм и аппаратов необходимо подавать в оригинальной транскрипции.
 - Сокращения в тексте слов, имен, терминов (кроме общеизвестных) не допускается. Аббревиатура расшифровывается после первого упоминания и остается неизменной во всем тексте.
 - Ответственность за достоверность и оригинальность поданных материалов (фактов, цитат, фамилий, имен, результатов исследований и т.д.) полагается на авторов. Статьи, оформленные без соблюдения правил, не рассматриваются и не возвращаются авторам.
 - Редакция обеспечивает рецензирование статей, выполняет специальное и литературное редактирование, оставляет за собой право сокращать объем статей. Отказ авторам в публикации статей может осуществляться без объяснения его причины и не считается негативным заключением относительно научной и практической значимости работы.

Редакционный совет