

(К. F. Rudestam, 1990) та сімейної (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицький, 1999) психотерапії.

Результати оцінки ефективності розробленої психопрофілактики свідчать про її перевагу при порівнянні з такими заходами, які використовуються традиційно.

УДК 612.821+616.89

Михайлов Б. В., Кудинова Е. И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины (г. Харьков)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста показателей заболеваемости и распространенности соматических и невротических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический либо психогенный механизмы. В их структуре значительное место занимают заболевания, клинические синдромальные проявления которых относятся к сердечно-сосудистой системе.

Это обусловило проведение нашего исследования, целью которого была разработка системы психокоррекционных мероприятий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВДССС).

Было проведено изучение 72 больных ИБС и 97 больных с СВДССС. Клинико-психопатологическое исследование позволило определить структуру клинических проявлений и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у исследуемых больных.

У больных ИБС клиническая симптоматика формировалась в виде следующих основных синдромов: гипотимный ($43,9 \pm 4,5$ %); астено-ипохондрический ($25,2 \pm 3,9$ %); ипохондрический ($23,6 \pm 3,8$ %); сенесто-ипохондрический ($7,3 \pm 2,4$ %).

У больных с СВДССС клиническая симптоматика формировалась в виде следующих основных синдромов: неврастенический ($15,8 \pm 1,6$ %); тревожно-фобический ($23,1 \pm 1,7$ %); астено-депрессивный ($18,2 \pm 1,9$ %); астено-ипохондрический ($23,1 \pm 3,3$); астено-тревожный ($19,5 \pm 2,1$ %). У больных с СВДССС особенностью синдромов невротического регистра было значительное преобладание соматосенсорных и соматовегетативных компонентов с яркой аффективной окраской.

Полученные результаты послужили основой для разработки дифференцированной системы психотерапевтической коррекции относительно изучаемых групп больных.

Основным психотерапевтическим методом для больных ИБС была когнитивно-бихевиоральная терапия в модификации А. Бека и А. Эллиса. Терапия обычно проводилась на индивидуальной основе 2—4 раза в неделю, общей длительностью 4—6 недель.

Основным методом психотерапии для больных с СВДССС была рациональная психотерапия, гипнотерапия и аутогенная тренировка (АТ) в модификации Г. Клейнзorge и Г. Клюбмаса. Проводилось 8—10 сеансов гипносуггестивной терапии с последующим переходом на АТ в стационаре и продолжением в амбулаторных условиях в течение месяца.

В результате проведенных психотерапевтических программ удалось достигнуть следующих результатов. В группе больных с ИБС произошла полная редукция психопатологической симптоматики у 76 % больных, частичное улучшение — у 13 % больных, отсутствие субъективного улучшения — у 11 % больных. В группе больных с СВДССС полная редукция психопатологической симптоматики достигнута у 69 % больных, частичное улучшение — у 15 % больных, отсутствие субъективного улучшения — у 16 % больных.

УДК 616-071:616.89-008.454-053.2/5

Михайлова Е. А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

В Украине распространённость депрессии среди детей и подростков составляет 10—20 %. Трудность диагностики депрессии у детей связана с тем, что у них аффективные расстройства часто проявляются в атипичной, «маскированной» форме и редко соответствуют классическим описаниям.

Обследованы дети 7—11 лет — 125 пациентов с депрессией. Для определения депрессии нами был применен метод дискриминантных функций, обладающий рядом преимуществ: учитывается вариабельность, рассматривается совокупность всех принимаемых во внимание признаков, взятых со своими коэффициентами, которые указывают удельный вес признака в постановке диагноза (его информативность), и позволяет осуществить выбор существенного для диагностики депрессии подмножества параметров [Клюев, С. А., 2009]. Метод включает сбор информации: социодемографические данные ребенка и его семьи; актуальные клинико-психопатологические показатели (регистр симптомов и синдромов депрессии), анамнез, уровень соматоневрологического здоровья ребенка, наследственная отягощенность психическими заболеваниями. Регистрируются данные клинической шкалы оценки депрессий у детей CDRS-R (суммарный балл) и определенные психологические показатели с вычислением коэффициентов (ЦТВ) — адаптации, тревоги, утомления и уровня стабильности ВНС (коэффициент Шипоша). Вычисляется скорость и точность выполнения теста ММД (тест Тулуз-Пьерона); память и динамика запоминания (тест Лурия); наличие акцентуации характера (тест Шмишека). Определяются нейрофизиологические и нейрогормональные (уровень серотонина, мелатонина) корреляты депрессии у детей 7—11 лет. Далее осуществляется модификация и отбор данных и проводится кодирование качественных и количественных показателей. Построение линейных распределений показателей включает следующие этапы: а) расчет средней величины диагностических параметров; б) расчет моды (величина признака, который наиболее часто встречается в данной совокупности, и медианы (варианта, находящаяся в середине ряда распределения); в) построение графика ряда распределения и определение на нем значения моды и медианы. С помощью графического изображения возможны изучение закономерностей развития явления, установление существующих взаимосвязей. Затем производится расчет предельной ошибки выборки Δ_{ω} канонических коэффициентов дискриминантных функций и определение количества дискриминантных функций. На заключительном этапе проводится построение графика распределения пациентов с различными типологическими вариантами депрессии и формирование диагностического заключения. В дифференциации клинических вариантов депрессии было проанализировано 88 признаков. Все признаки были закодированы и поставлены в соответствие 88-мерному вектору, который учитывает отсутствие, наличие, направленность и величину каждого признака. В 88-мерном пространстве при диагностике клинических вариантов депрессии получили 6 областей, характеризующие астенический, тревожный, фобический, соматический, поведенческий типы и промежуточная область. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 17.0 с использованием t-критерия Стьюдента. Разработанный метод корректно классифицирует 95,8 % всех больных с различными типологическими вариантами депрессии. Разработанная информационная система определения клинических вариантов депрессии у детей, является новым средством ранней диагностики аффективной патологии и позволяет поднять на новый уровень качество медицинского обслуживания детей с депрессией. Система имеет удобный и простой в использовании интерфейс, что важно в работе детского психиатра.

УДК 613.25-053.2/5:616.1

Михайлова Е. А., Мителев Д. А., Беляева Е. Э.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОЖИРЕНИЯ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ И ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ

В последние годы во многих странах мира наблюдается неуклонный рост ожирения у детей и подростков. Инсулинорезистентность и сопровождающая ее компенсаторная гиперинсулинемия составляют основу патогенеза метаболического синдрома и являются самостоятельными факторами риска не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и психических расстройств. Учитывая, что ожирение и метаболический синдром включают и выраженный психосоматический компонент, следует отметить немногочисленность исследований, посвященных изучению психосоматического

и нейropsychиатрического аспекта ожирения у детей и программ реабилитации.

Цель исследования: Изучить структуру психопатологии у детей с различными вариантами ожирения и на их основе разработать программу медико-психологического сопровождения. Под наблюдением находилось 304 больных детей — 186 с нейроэндокринным ожирением (НЭО): 125 с НЭО и инсулино-резистентностью (ИР) и 61 ребенок с НЭО без ИР; 118 больных с экзогенно-конституциональным ожирением (ЭКО), из них 12 с ЭКО и ИР, и 106 детей с ЭКО без ИР. Возраст пациентов 7—18 лет. Превалировали мальчики (197) по сравнению с девочками (107). Использован клиничко-психопатологический, психодиагностический (шкала тревоги и депрессии, тест Люшера, тест Тулуз-Пьерона, исследование внимания — таблицы Шульце, памяти — тест «Заучивание 10 слов», проективные рисуночные тесты) методы. Для оценки частоты инсулинорезистентности (ИР) использовали индекс ИР НОМА. Синдром ИР диагностировался при уровне НОМА выше 3,5 у. е. Установлено, что частота ИР у детей зависит от пола, степени полового созревания, клинического типа ожирения. ИР чаще встречалась у мальчиков старшего пубертатного возраста с НЭО и у девочек младшего школьного возраста с ЭКО. Исследованиями установлено, что достоверно чаще у пациентов с НЭО и ИР регистрирована психопатология в виде депрессивных расстройств легкой и умеренной тяжести, соматоформной вегетативной дисфункции. Такая же закономерность прослежена и в группе пациентов с ЭКО и ИР. Установлено, что психологические показатели депрессии и тревоги были максимально выражены у детей с ожирением и ИР (НОМА — $R > 4$). Ведущей характеристикой психологического состояния детей, пациентов с ожирением явилось снижение психологической их стойкости, которая касается познавательной и эмоциональной сферы. Легкие когнитивные нарушения зарегистрированы у 41,7 % пациентов, снижение скорости переработки информации зарегистрировано у 33,0 % детей с ожирением.

Предложена модель медико-психологического сопровождения детей с ожирением и ИР, которая включает диагностику эмоциональных, поведенческих и когнитивных расстройств, определение психологических проблем больного ребенка, психообразовательные программы для ребенка и его семьи. При наличии у ребенка уровня депрессии и тревоги в зоне патологического функционирования, снижения самооценки, снижения скорости сенсомоторных реакций, фрустрации потребности в глубокой эмоциональной привязанности необходимо проводить психообразовательные интервенции — мотивационное интервьюирование, метод гештальт-терапии и семейной психотерапии. Предложенный метод медико-психологического сопровождения детей с различными вариантами ожирения позволяет дифференцировать модальность и глубину психопатологии, определить тактику психотерапевтического вмешательства на разных этапах эндокринного заболевания.

УДК 616.899.2-053.2/.5+159.922.73

Міхановська Н. Г.

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України» (м. Харків)*

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ В КОМПЛЕКСІ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Серед різноманітних терапевтичних заходів корекції психопатологічних розладів внаслідок перинатального ураження мозку у дітей, що складають більше 60 % усієї патології нервової системи дитячого віку та безпосередньо беруть участь у розвитку дезадаптуючих неврологічних й психічних захворювань, найбільш розповсюдженим є медикаментозне лікування й фізична терапія, до яких недостатньою мірою приєднуються психотерапевтичні втручання у контексті сімейних дитячо-материнських відносин. До цього часу залишається найменш розробленою сферою реабілітації новонароджених та дітей раннього віку саме соціально-психологічні заходи, дефіцитарними є резерви сімейного рівня терапії, супровід сім'ї для профілактики психопатологічних ускладнень у дитини.

Використання «біологічної» моделі терапії, абілітації та корекції, призводить до втрати суттєвого компонента для підвищення їх ефективності, а саме психотерапевтичного і соціально-педагогічного втручання. У більшості випадків ці

ланки терапевтично-реабілітаційного процесу існують відокремлено одна від іншої внаслідок недостатності використання біопсихосоціального підходу до розуміння розвитку психічних розладів, не створюють єдину площину мультидисциплінарної системної допомоги дитині із психічним розладом та сім'ї, що її виховує, здійснюються фахівцями, але не стають комплексом життєво необхідних правил та дій, які створюють у сім'ї адекватний до проблем дитини розвиваючий та емоційно позитивний простір.

З метою створення системної моделі допомоги дітям раннього віку із перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням мозку, було обстежено 352 дитини перших 5 років життя, у тому числі: 97 малюків від 3-х місяців до 18 місяців, 132 та 123 дитини віком від 18 місяців до 3-х років й 3—5 років відповідно та їх матері. За провідною клініко-психопатологічною симптоматикою нами було виділено емоційно-лабільний, тривожно-апатичний та емоційно-недиференційований клінічні варіанти, вивчення еволюції яких на етапах постнатального онтогенезу довело, що вони мають тенденцію до персистенції протягом перших 3-х років життя із подальшим формуванням психічної патології, яка відповідає рубрикам МКХ-10: гіперкінетичного розладу поведінки (F 90.0; F 90.1; F 90.8; F 90.9), розладу поведінки, обмеженого рамками сім'ї (F 91.0), емоційних розладів, специфічних для дитячого віку (F 93.0), розладу прив'язаності дитячого віку (F 94.2) при емоційно-лабільному клінічному варіанті; гіперактивного розладу, що сполучається із розумовою відсталістю і руховими стереотипами (F 84.4), специфічного розладу розвитку рухових функцій (F 82), дитячого аутизму (F 84.0), розладу прив'язаності дитячого віку (F 94.2) при тривожно-апатичному та емоційно-недиференційованому клінічних варіантах. У випадках використання психотерапевтичних інтерактивних заходів з урахуванням біологічної складової розладів спостерігалася тенденція до подолання психопатологічних розладів за рахунок дитячої і батьківської ланок впливу, нівелювання ознак глибоких порушень дитячо-батьківських відносин.

Таким чином, результати, що було отримано, свідчать про необхідність суттєвих змін, як з точки зору концептуально-теоретичного підходу, так й практичного впровадження. Саме використання психотерапевтичних інтерактивних моделей заходів, поєднаних, у разі необхідності, із медикаментозною терапією, впровадження мультидисциплінарної позаастанційної допомоги, на цей час може стверджуватися як прогресивний напрямок у формуванні спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із перинатальним ураженням мозку.

УДК: 616.89-008.444-008.481-053.6-084

Мозговая Т. П., Мозговая С. В.***

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьковская медицинская академия последипломного
образования***

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Цель: Усовершенствование эффективности профилактических мероприятий у подростков с гиперкинетическими расстройствами и расстройствами поведения.

Было обследовано 202 подростка мужского пола в возрасте от 11 до 15 лет, госпитализированных в стационар по поводу гиперкинетических расстройств и расстройств поведения. В работе использован комплекс диагностических методов и результаты мультимодального исследования.

В процессе исследования были выявлены факторы риска и прогностические критерии формирования гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков, которые являются основой психопрофилактических мероприятий. Основными векторными направлениями являются оптимизация социума подростков, гармонизация физического и полового развития, сохранение резерва адаптационных возможностей организма и нервно-психической деятельности, борьба с вредными привычками и формирование стрессоустойчивости подростков. Существенная роль принадлежит предупреждению соматоневрологической патологии и обеспечению сбалансированного функционирования вегетативной нервной системы.

Таким образом, эффективность профилактики гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков определяется ее целенаправленностью, дифференцированным подходом, длительностью и динамичностью.