основної групи додатково отримували реамберин по 400 мл 2 рази на день внутрішньовенно крапельно (800 мл на добу) протягом 1—2 днів, після чого препарат призначали по 400 мл 1 раз на день ще 3—5 днів (всього від 5 до 7 днів поспіль).

Під час вивчення стану системи перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у хворих на шизофренію, які перенесли фебрильний напад, до початку медичної реабілітації були виявлені однотипні зсуви, а саме — підвищення концентрації метаболітів ліпопероксидації — малонового діальдегіду (МДА) і дієнових кон'югатів (ДК). Так, концентрація кінцевого продукту ПОЛ — МДА в основній групі до початку медичної реабілітації була в середньому в 1,8 рази вище за норму ($P < 0,001$), складаючи 6,3±0,18 мкмоль/л, в групі порівняння — в 1,7 рази ($P < 0,001$), дорівнюючи 6,0 ± 0,2 мкмоль/л. Вміст в крові хворих основної групи проміжних продуктів ПОЛ — ДК було підвищене в середньому в 1,7 рази щодо норми ($P < 0,001$), в групі порівняння — в 1,6 рази ($P < 0,001$). Показник ПГЕ (перекисний гемоліз еритроцитів) в основній групі хворих складав 7,1 ± 0,3 %, тобто був підвищений в середньому в 2 рази щодо норми ($P < 0,001$). У групі порівняння рівень ПГЕ до початку медичної реабілітації складав 6,8 ± 0,25 %, тобто був підвищений в 1,9 рази щодо норми ($P < 0,001$). Достовірних відмінностей вивчених показників ПОЛ в основній групі і групі порівняння до початку медичної реабілітації не знайдено ($P > 0,1$), що свідчить про однотипність обстежених груп в біохімічному плані. При повторному обстеженні після завершення курсу медичної реабілітації було встановлено, що майже у всіх хворих з основної групи (які додатково отримували реамберин) концентрація продуктів ПОЛ в сироватці крові — МДА і ДК нормалізувалася, тоді як в групі порівняння їх рівень залишався достовірно вище за норму та аналогічні показники у хворих основної групи, що свідчило про збереження підвищеного рівня ліпопероксидації. Дійсно, концентрація МДА в крові в цей період у хворих групи порівняння була в середньому в 1,66 рази вище за норму ($P < 0,01$) і в 1,6 рази вище, ніж в основній групі, пацієнти якої отримували додатково реамберин ($P < 0,05$). Рівень ДК в крові хворих групи порівняння був в середньому в 1,54 рази вище за норму ($P < 0,01$) і в 1,53 рази вище концентрації ДК в крові хворих основної групи ($P < 0,05$). Показник ПГЕ в основній групі знизився до верхньої межі норми, а у хворих з групи порівняння складав на вказаний момент обстеження 7,6 ± 0,24 %, що в 2,17 рази вище за норму ($P < 0,001$). Таким чином, можна вважати, що у пацієнтів основної групи спостерігалася більш швидка нормалізація клінічних та вивчених біохімічних показників.

Отримані дані свідчать про високу ефективність препарату з детоксикуючою та антиоксидантною активністю реамберину в комплексі медичної реабілітації хворих на шизофренію, які перенесли фебрильний напад, що дає можливість вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним застосування цього препарату в комплексі медичної реабілітації хворих з даним захворюванням.

УДК 616.896-03.005

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АУТИЗМА

В разных странах мира общее количество детей с аутизмом (А) и аутического круга расстройствами (АКР), которые диагностируются клинико-психологическими, экспериментально-психологическими, социально-психологическими и другими методами исследований, колеблется от 26 до 54 и выше на 10 тыс. детского населения.

На основе наших многолетних наблюдений предлагается классификация вариантов (клинических) проявлений А, при которых ведущими являются один или несколько психопатологических (патопсихологических) симптомов (синдромов), их выраженность, нарушения взаимоотношений в микро- и макросреде.

1) ***Гиперактивная форма.*** Выделяются: а) гиперактивность с дефицитом внимания, с повышенной возбудимостью и эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, стереотипными движениями (моторная стереотипия), несформированной интеллектуальной деятельностью, неконтролируемым поведением в микро- и макросреде и др.; б) гиперактивность с относительно умеренной возбудимостью и эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, умственной отсталостью легкой степени и относительно контролируемым поведением в микро- и макросреде и др. 2) ***Отрешенность*** (отстраненность, непривязанность). Больной характеризуется отстраненностью от реальной жизни и, частично, от своего «я», нарушением коммуникативных навыков, нарастанием индифферентности к окружающему, задержкой и отставанием дизонтогенеза с последующим отставанием когнитивных процессов, в т. ч. психомоторного, психоречевого, психосенсорного развития и др. Отрешенность — более глубокая, чем отстраненность и характеризуется более глубоким отчуждением от окружающего. 3) ***Оглушенность*** характеризуется расстройством сознания (непродуктивным). При этом затруднены ориентация на местности, во времени, повышение порога всех внешних (сенсорных) раздражителей, затруднение течения психических процессов и др. 4) ***Апатическая форма*** характеризуется снижением эмоций, безразличием к себе, сверхтормозимостью к окружающему миру, или кратковременной психической активностью при удовлетворении физиологических потребностей, сильной мотивации извне (показ любимой игрушки, пищи) и др. 5) ***Сенситивная форма*** характеризуется повышенной чувствительностью больного к окружающему, к событиям, происходящими с ним, в сочетании с повышенной тревожностью, боязнью новой обстановки, людей, событий, действий, боязнь темноты, одиночества, часто — симбиоз с матерью и др. 6) ***Смешанная форма.*** 7) ***Конституционально (генетически) обусловленная форма*** — в рамках семьи и родственников. 8) ***Аутизм. Нормотоническая форма.*** В клинической практике захватывает психическую деятельность, социальное поведение, аффективную сферу. Она более характерна для детей, прошедших адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия и находящихся в благополучных социально-бытовых условиях. У таких детей более адекватный тип поведения, взгляд, невербальное, частично — вербальное общение, сохранены подражательные способности, формальная социальная, эмоциональная перцепция и др. 9) ***Атипичная форма*** (АА). Согласно литературным данным, протекает как процессуальное аутическое расстройство и составляет около 50 % случаев от общего числа больных АКР.

Подобная классификация позволяет подобрать более адекватные методики для реабилитации детей.

УДК 616.89:340.63

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

НАШ ОПЫТ РАБОТЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕССУАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Процессуально ориентированная психотерапия (ПОП) (от англ.: Process Oriental Psychology, ProcessWork) — целенаправленный комплекс мероприятий (направление, которое объединяет широкий спектр областей и включает в себя психологию, психотерапию, психиатрию, педагогику), направленных на социальную, трудовую, групповую перцепцию и др.

Методы ПОП полиморфны. В зависимости от терапевтической среды, клинических проявлений основного заболевания, используются разные методы психотерапии, психологических, в т. ч. психофизических, влияний. Роль психотерапевта, психолога, врача в целом может изменяться от пассивного наблюдателя к активному проводнику, который играет ведущую роль в осуществлении медицинской и социальной реабилитации больных и их семей. Психотерапевт, не изменяя свою роль психоаналитика, проникает в душу больного, его семейные проблемы (конфликты), может одновременно быть арт-терапевтом, массажистом, преподавателем, воспитателем, танцевальным инструктором, художником, заменять младший медперсонал (санитара, медбрата и др.) и шаг за шагом, прямым и косвенным образом, приближается к устранению межличностных проблем больного, семейства в целом, к их медицинской и социальной реабилитации.

Касаясь вопроса лечения детей с аутизмом (А) и аутической сферы расстройствами (АСР) следует отметить, что А и АСР являются процессуальными заболеваниями, основная тенденция которых выражается в дальнейшем ухудшении состояния больного, в частности, от функциональных — к необратимым органическим изменениям. Каждый этап развития выражается появлением новых симптомов, выраженность которых зависит от этиопатогенеза, давности заболевания, социальной среды и проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий. Каждый синдром (симптом) возникает на определенных этапах заболевания, в определенное время и они связаны друг с другом. Касаясь вопроса гиперактивного поведения, стереотипий, «попугайной речи» и др. у пациентов с А и АСР по нашей теории психоанализа детского и подросткового возраста мы считаем, что это является сознательным на уровне реально происшедших и осознанно