

УДК 616.853-053.2-036.2

Л. М. Танцура, О. В. Сергієнко, А. В. Шатілло
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України», м. Харків

Обґрунтування та досвід створення загальнонаціонального реєстру дітей, хворих на епілепсії

Епілепсія є однією з найпоширеніших хвороб нервової системи, поширеність якої, за різними оцінками, сягає біля 1 % населення. Дитячі форми епілепсій мають декілька суттєвих особливостей, не притаманних загальній популяції хворих, а саме: більша захворюваність ніж у дорослій популяції, наявність «злорякісних» та «доброякісних» синдромів, велика різноманітність типів нападів, наявність синдромів, які потребують специфічних підходів до лікування, значний вплив на якість подальшого життя дитини і, насамкінець, великі фінансові витрати для родини та суспільства при багаторічному хронічному перебігу. В Україні існують державні та місцеві програми забезпечення антиепілептичними засобами дітей-інвалідів з епілепсіями.

Усе вищезазначене ускладнює або навіть робить неможливим адекватне забезпечення якісною епілептологічною допомогою усього контингенту хворих — первинні ланки педіатричної або неврологічної служби не в змозі у повному обсязі надавати кваліфіковану епілептологічну допомогу, а кількість та локація епілептологічних центрів чи фахівці-епілептологи не забезпечують належної доступності такої допомоги в усіх регіонах України.

В Україні наразі не існує механізму контролю та адміністрування епілептологічної допомоги дітям, що призводить до унеможливлення статистичного оцінення епідеміологічних характеристик хвороби, якості надання цієї допомоги та оптимізації державних витрат. На нашу думку, вирішити вищезазначені питання може створення загальнонаціонального електронного реєстру хворих на епілепсію.

У ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» створено та розпочато тестування і адаптацію пілотного варіанта реєстру дітей, хворих на епілепсію. До реєстру вноситься інформація, отримана від лікарів первинної ланки, переважно дитячих неврологів, та фахівців-епілептологів щодо дітей, хворих на епілепсію, які перебувають у них на спостереженні. Також проводиться збирання даних опитування батьків, які при зіставленні з лікарською інформацією дозволяють оптимізувати набір даних для реєстру та робити висновки про якість надання медичних послуг. У збиранні даних беруть участь фахівці Харківської та Закарпатської областей України, що надає можливість оцінювати регіональні особливості епілептологічної допомоги дітям.

УДК 616.857-053.7-08:615.847

О. Л. Тондй, Е. П. Завальная, С. Н. Корнев
 Харьковская медицинская академия последипломного
 образования, г. Харьков

Особенности коррекции головных болей напряжения у лиц молодого возраста с использованием физических факторов

Как известно, головные боли напряжения входят в симптомокомплекс проявлений воздействия хронического стресса и хронической усталости на организм

человека. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности физических факторов в комплексной коррекции головной боли напряжения (ГБН) при вегетососудистой дистонии у лиц молодого возраста.

ГБН развивалась при психическом перенапряжении, в результате хронического стресса и в результате длительного напряжения мышц. Мышечное напряжение чаще было связано с неудобной позой при длительном сидении у компьютера, во время учебы, работы, связанной с длительным зрительным напряжением, повышенной концентрацией внимания.

Усиление головной боли провоцировалось эмоциональным стрессом, сменой погоды, сильным ветром, голоданием, работой в душном помещении, умственным и физическим переутомлением, работой и учебой в ночное время, особенно при подготовке к экзаменам, неправильной осанкой при сидении, иногда приемом алкоголя. Головная боль давящего, сжимающего характера охватывала всю голову в виде «каска» или «шапочки, надетой на голову», чаще начиналась с шейного отдела позвоночника и затылочной области, постепенно захватывая всю голову. Имела двусторонний характер, умеренной интенсивности, достаточно продолжительная по характеру. У всех лиц молодого возраста с синдромом вегетативной дистонии, независимо от клинических проявлений, наблюдался синдром общей дезадаптации в виде повышенной утомляемости, снижения физической активности, повышенной чувствительности к изменению метеоусловий, вялости, пониженной работоспособности.

В группу обследованных вошли 46 студентов в возрасте от 18 до 23 лет, которые предъявляли жалобы данного характера. Всем больным проводили общеклиническое, неврологическое и психологическое обследование. Интенсивность головной боли оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и составляла она от 5 до 8 баллов.

Контрольную группу составили 20 лиц молодого возраста, которые принимали только базисную медикаментозную терапию.

В основную группу вошли 26 человек, которые, на фоне основной медикаментозной терапии, получали токи Дарсонваля (индивидуально подобранные параметры электрического тока) на волосистую часть головы и шейно-воротниковую зону, а также переменное магнитное поле (индукция 27 мТл, частота до 100 Гц) вдоль позвоночника на шейно-грудной отдел. Предложенные физические факторы оказывают противоточное, вентонизирующее, обезболивающее, миорелаксирующее действие, улучшают реологические свойства крови и микроциркуляцию. Кроме того, данные факторы кумулируют и потенцируют действие друг друга.

В результате лечения в обеих группах число пациентов с нормотоническим типом вегетативной реактивности увеличилось, уменьшилась интенсивность головных болей. Однако в основной группе положительный эффект был более выраженным по сравнению с контрольной. Интенсивность ГБН снизилась до 0—2 баллов в основной группе у 21 человека, тогда как в контрольной — до 2—4 баллов у 13 пациентов. Данные методики в комплексном лечении оказывали корригирующее действие и на эмоциональный фон обследованных, и на их когнитивные функции. Отмечался выраженный эффект в виде улучшения способности к концентрации внимания (у 19 человек из основной и у 14 человек из контрольной группы), повышения работоспособности и эмоционального тонуса (у 23 пациентов основной

и 16 — из контрольной группы). Все пациенты из обеих групп отмечали субъективно улучшение качества жизни, однако студенты из основной группы указывали на более выраженный эффект от лечения.

Вышесказанное позволяет рекомендовать включение сочетания токов Дарсонваля и переменного магнитного поля в комплексное лечение головных болей напряжения. Данные физические факторы доступны, просты в использовании и позволяют ускорить ремиссию на всех этапах лечения и реабилитации.

УДК 616.5-001/-02-053.7:616.895

О. А. Усков

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Особенности копингу у підлітків з atopічним дерматитом

Атопічний дерматит (АД) — хронічне алергічне захворювання, що розвивається в осіб з генетичною схильністю до atopії і характеризується рецидивним перебігом, типовим висипанням, підвищенням рівня IgE і гіперчутливістю до специфічних (алергени) і неспецифічних подразників. За даними різних епідеміологічних досліджень захворюваність на АД коливається від 6,0 до 25,0 на 1000 населення та має тенденцію до збільшення. В Україні, за даними офіційної статистики, коливається в межах 3—10 на 1000 дітей. Однією з найважливіших особливостей АД у дітей є ранній початок і швидке формування хронічних форм [4]. Пріоритетом тривалої терапії АД як хронічної патології є превентивна стратегія, мета якої — забезпечення контролю захворювання шляхом профілактики рецидивів.

Враховуючи поширеність АД серед дітей, тенденцію до тяжкого перебігу, інвалідизуючі наслідки хвороби, визначення психоемоційних стресорів як тригерів загострень дерматозу, вивчення та вплив на психологічні фактори перебігу АД є одним з пріоритетних напрямків у терапії захворювання.

Метою роботи було визначити поведінкові паттерни подолання стресу у підлітків, які хворіють на АД.

Для оцінки копингу було застосовано опитувальник «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса.

У дослідженні взяли участь 108 дітей з АД — основна група (ОГ, 67 дівчат та 41 хлопців), та 48 соматично здорових підлітків, які склали групу порівняння (ГП, 29 дівчат та 19 хлопців).

Загальний спектр психологічних труднощів у підлітковому віці стосувався міжособистісних стосунків, навчання, самовираження і самовизначення. Психологічні проблеми, пов'язані з хворобою були такими:

психолого-сенсорні — повторювані неприємні відчуття на шкірі (свербіння, сухість, біль при наявності пошкоджень цілісності шкірного покриву);

психолого-візуальні — видимі симптоми хвороби; терапієобумовлені;

обмежувальні — необхідність дотримуватися обмежень у зв'язку з потребою уникати потенційних провокуючих рецидиви хвороби факторів.

Аналіз вираженості типів копингу у опитуваних виявив відмінності ступеню їх прояву між підлітками в ОГ та ГП. У ОГ були вищими рівні копингу орієнтованого на конфронтацію, дистанціювання, уникнення, пошуку соціальної підтримки. Переважний вибір стратегій дистанціювання, уникнення та пошуку соціальної підтримки підлітками

вказував на незрілість адаптаційних механізмів психики у стресових ситуаціях та потреби у залученні зовнішнього ресурсу.

Таким чином, під час дослідження було виявлено, що спектр психологічних труднощів у підлітків з АД поряд з притаманними даному віковому періоду проблемами поєднувався та додатково підсилювався за рахунок стресу обумовленого дерматозом; психологічні проблеми, пов'язані з хворобою поділялися на психолого-сенсорні, психолого-візуально, терапієобумовлені та обмежувальні; у підлітків, які хворіли на АД, напруженість стратегій стрес-долаючої поведінки була вищою у порівнянні з соматично здоровими однолітками; наявні відмінності у виборі копинг-поведінки залежно від статі; велика частка опитуваних з високими рівнями напруженості за типами дистанціювання та уникнення серед підлітків з АД свідчила про необхідність психологічних інтервенцій орієнтованих на корекцію адаптаційного ресурсу.

УДК 616.89-057-053.2:159.9:362.17

С. Г. Ушенин

*Донецкий государственный медицинский университет,
г. Краматорск*

Конфликтные ситуации в семье, как одна из составляющих травматических переживаний детства у пациентов с первым психотическим эпизодом

Патогенетическая модель «стресс-уязвимость», которая рассматривает симптомы шизофрении как результат экзогенного стресса, действующего на уязвимого индивида, по-прежнему сохраняет центральное место в современных теориях данного заболевания. Доказанная связь стрессовых жизненных событий и стрессовой среды внутри семьи с рецидивами у лиц, страдающих шизофренией, добавляет вес этой модели и ее предсказаниям.

Существует все больше свидетельств того, что испытывавшие какую-либо психологическую травму в детстве, особенно тяжелую форму стресса, в последующем оказываются более уязвимыми для развития психоза. В частности, анализ проспективных исследований показал, что у людей, переживших детские травмы почти в три раза чаще возникали психозы, чем у лиц, не имевших подобных невзгод. Травматические события у детей включают в себя явления сексуального, физического или эмоционального насилия, физического и эмоционального пренебрежения, а также потерю одного из родителей.

Целью нашей работы явилось изучение влияния фактора внутрисемейных конфликтов, как психологических травм детского возраста с последующим развитием психотических состояний.

Нами было обследовано 190 пациентов с первым психотическим эпизодом, а также их родители. Обследование проводилось в форме структурированного интервью, один из разделов которого определял наличие психотравмирующих внутрисемейных факторов в детском и подростковом возрасте у пациентов (возрастной промежуток 3—14 лет).

Анализ полученных результатов показал, что 64 пациента (33,7 %) воспитывались в неполных семьях. При этом лишь в двух случаях (1,1 %) это происходило из-за смерти одного из родителей. Еще два пациента из них (1,1 %) были рождены вне брака. В 47 случаях развод происходил по достижении ребенком трехлетнего возраста.