

процес, супровід і підтримку користувачів інклюзивної моделі. Введення посади тьютора є чи не найголовнішою необхідністю якісного супроводу дитини в інклюзивному просторі.

Існує потреба в стандартизованій роботі усіх організацій, спеціалістів в рамках інклюзивної моделі. Медико-психолого-педагогічний супровід треба системно реалізувати за такими: напрямками: діагностико-консультативний, інформаційно-просвітницький та корекційно-розвиваючий. Наявність раннього супроводу дітей з групи ризику і їхніх сімей є запорукою успішного залучення дитини в загальне освітнє середовище та профілактикою вторинних відхилень у розвитку. Також потрібні зміни і в освітніх закладах, в системі загалом — поки будуть існувати конкурси на звання кращої школи за результатами робіт талановитих і обдарованих дітей, тим більш не бажаними будуть діти з ОМЗ.

Важливою ланкою інклюзивної моделі є профорієнтація підлітків з ОМЗ, формування їх конкурентної спроможності та адекватної професійної самооцінки, що потребує нового підходу до супроводу підлітка.

Інклюзивна модель вимагає кардинальних змін у системі та у суспільстві для введення особи з ОМЗ в соціальне і професійне життя.

УДК 613.865

Михайлов В. Б., Фельдман Д. А.

*Харьковский национальный медицинский университет
(г. Харьков)*

К вопросу о развитии соматогенных эмоциональных нарушений у лиц, перенесших инфаркт миокарда

Инфаркт миокарда (ИМ) — главная причина смертности и инвалидности не только в Украине, но и во всем мире. У большинства больных, перенесших ИМ, отмечаются различные нарушения депрессивного спектра, затрудняющие течение заболевания, восстановительно-реабилитационные процессы и являющиеся одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов.

Цель нашего исследования: на основании результатов комплексного клинко-психопатологического, психодиагностического обследования лиц с ИМ определить особенности формирования клинических проявлений расстройств депрессивного спектра. В основу работы положены результаты комплексного клинко-психопатологического обследования 60 пациентов, перенесших ИМ. Среди обследуемого контингента отмечалось преобладание мужчин. Средний возраст — 50,2 ± 6,6 года. Нами были использованы следующие методы исследования: клинко-психопатологические; психодиагностические и статистические.

У обследуемых больных преобладал Q-позитивный (крупноочаговый) ИМ, отмечался в 71,7 % случаев (43 человека). Q-негативный (мелкоочаговый) ИМ встречался в 28,3 % случаев (17 человек). Наиболее часто диагностировался переднебоковой ИМ — в 40 % случаев.

Наиболее частыми жалобами у лиц, перенесших ИМ, были различные болевые проявления, чаще — кардиалгии (86,7 %), колебания артериального давления (86,7 %), чувство нехватки воздуха и одышка (76,7 %), нарушения сердечного ритма (73,3 %). Наиболее часто встречались: болевой (86,7 %), фобический (83,3 ± 1,3 %), астено-тревожный (43,3 ± 0,7 %) астено-депрессивный (23,3 ± 0,7 %) синдромы. Развитие и выраженность фобической, депрессивной и тревожной симптоматики зависели от выраженности болевого синдрома. Астеническая симптоматика у пациентов этой группы входила в структуру астено-тревожного, астено-депрессивного, астено-ипохондрического синдромов.

Истероформный синдром наблюдался в 6,7 % случаев. У 13,3 % лиц, перенесших ИМ, выявлялись анозогностические расстройства, проявляющиеся нарушениями адекватности реагирования, отказом от госпитализации и лечения, снижением критической оценки собственного состояния, полным игнорированием тяжести своего состояния.

Таким образом, у большинства пациентов перенесших ИМ, отмечаются различные расстройства депрессивного спектра, которые утяжеляют течение заболевания и являются главной причиной временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов.

УДК 616.89-008

Мозгова Т. П., Лещина І. В.*, Федорченко С. В.***

**Харківський національний медичний університет;*

***Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Клініко-психопатологічний аспект електрофізіологічних порушень у підлітків з розладами поведінки

Медико-соціальна значимість розладів поведінки у підлітків та їх наслідків зумовлює актуальність дослідження клінічних проявів та нагальну потребу раннього профілактичного втручання з визначенням прогностичних факторів ризику.

Мета дослідження: вивчення ролі нейрофізіологічних порушень у формуванні розладів поведінки у підлітків.

Обстежено 202 підлітки віком 11—15 років з розладами поведінки. У комплекс діагностичних методів входило електрофізіологічне дослідження, клініко-психопатологічний та статистичний методи.

У структурі розладів поведінки у підлітків були виявлені психопатологічні синдроми: психопатоподібний ($n = 106$), астеноневротичний ($n = 50$), астеноабулічний ($n = 26$) і тривожно-депресивний ($n = 20$).

В результаті обстеження було виявлено, що висока судомна активність найчастіше спостерігалася у підлітків з тривожно-депресивним синдромом — 66,67 ± 10,33 %; рідше — у підлітків з астеноневротичним (40,00 ± 6,79 %), психопатоподібним (38,71 ± 4,64 %) та астеноабулічним синдромами (28,57 ± 8,68 %).

Водночас, дифузні зміни із дизрегуляцією дієнцезфально-стовбурових структур відзначалися у більшості підлітків з психопатоподібною — 61,29 ± 4,64 %, астеноневротичною (60,00 ± 6,79 %) і астеноабулічною (57,15 ± 9,51 %) симптоматикою; значно рідше — у підлітків з тривожно-депресивними проявами — 33,33 ± 10,33 %.

Дистонічний тип реоенцефалографії спостерігався у третини підлітків з психопатоподібним (35,48 ± 4,55 %), астеноневротичним (30,00 ± 6,35 %) і тривожно-депресивним (33,33 ± 10,33 %) синдромами і значно менше у підлітків з астеноабулічною симптоматикою — 14,29 ± 6,73 %, тоді як гіпертонічний тип реоенцефалографії переважав у останніх (14,29 ± 6,73 %).

Лікворна гіпертензія, виявлена методом ехоенцефалографії, частіше відзначалася у підлітків з астеноневротичним синдромом (15,00 ± 4,95 %), у незначній кількості підлітків з психопатоподібним (9,67 ± 2,81 %) і не спостерігалася у підлітків з астеноабулічним і тривожно-депресивним синдромами.

Проведений статистичний аналіз свідчить, що порушення біоелектричних властивостей головного мозку з високою судомною активністю і дисфункцією нижньостовбурових структур та порушення церебральної гемодинаміки