

які сприяють розвитку невротичної особистості і ведуть до психологічного неблагополуччя — неадекватної самооцінки, конфліктності, психологічної та соціальної дезадаптації.

Розроблений психодіагностичний комплекс дозволить своєчасно виявити і діагностувати на ранніх стадіях психопатологічні реакції, психосоматичні і соматичні розлади здоров'я.

В сучасних умовах є нагальною потреба створити модель комплексного підходу до реабілітації постстресових розладів з регламентованою взаємодією між лікарською, психологічною та педагогічною спільнотами, за активною участю членів сім'ї та необхідних соціальних структур, що забезпечить суспільне благополуччя і безпеку в Україні.

УДК 616.831-036.66:578.089

**Панченко О. А.\***, **Сливински Збигнев\*\***,  
**Кутько І. І.\*\*\***, **Радченко С. М.\*\*\***

*\*Всеукраїнська професійна психіатрична ліга (г. Київ, Україна);*

*\*\*Інститут фізіотерапії імені Яна Кочановски (г. Згожеlec, Польща);*

*\*\*\*ГУ «Научно-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МЗ України» (г. Константиновка, Україна)*

#### **Українсько-польське співробітництво в області нейрореабілітації і психоневрології**

Государственное учреждение «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» имеет давние традиции международного сотрудничества, широко развивает международные связи, в частности, посредством сотрудничества с медицинскими центрами зарубежных стран. Контакты осуществляются путем участия научных сотрудников, аспирантов в медицинских форумах, научных конференциях, научных исследованиях.

Одним из главных направлений международной деятельности является проведение сотрудниками Центра совместных исследований с учеными организаций-партнеров из Польши. Наиболее эффективное сотрудничество осуществляется с Институтом физиотерапии им. Яна Кочановски, которым руководит национальный консультант в области физиотерапии Республики Польши, советник министра здравоохранения Польши, профессор Збигнев Сливински.

В прикладном аспекте сотрудничество осуществляется в области криомедицины и нейрореабілітації.

Достижения науки последних лет в области исследований воздействия холодного фактора на организм человека обусловили интерес к возможности применения экстремальных низкотемпературных факторов с лечебной целью.

На современном этапе развитие криогенной техники позволило использовать действие экстремально низких температур (ниже  $-110^{\circ}\text{C}$ ) при лечении многих заболеваний, в том числе опорно-двигательной и мышечной систем.

Криоэкстремальная терапия стала одним из элементов комплексного лечения воспалительных заболеваний суставов и коллагенозов, дегенеративных заболеваний суставов со вторичным воспалительным компонентом и аутоиммунных заболеваний, некоторых заболеваний позвоночника. Криоэкстремальное воздействие одинаково эффективно как для превентивного купирования острых воспалительных состояний, так и для лечения на всех стадиях воспалительных и дегенеративных процессов, что с точки

зрения клиницистов позволяет значительно снизить риск ближайших и отдаленных осложнений заболевания.

Все вышесказанное является актуальным при изучении влияния экстремально низких температур на опорно-двигательную и мышечную системы.

Современная реабилитация отличается высоким уровнем информатизации диагностических и лечебных методов, внедрением новых средств диагностики и направленного внешнего воздействия на организм (реабилитационное оборудование, аппаратно-программные комплексы), которые базируются на передовых технологиях кибернетики, микропроцессорной техники, программирования и т. д. Во всех этих системах на первом месте стоят задачи точного дозирования параметров работы, стабильного удержания их заданных значений в условиях изменчивости физиологических характеристик организма пациента.

Особого внимания заслуживают комплексы с биологической обратной связью, работа которых направлена на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций при различных патологических состояниях. Такие комплексы активно применяются в реабилитационных учреждениях Украины и Польши, поэтому опыт работы по данным направлениям сотрудничества очень полезен, информативен и, бесспорно, перспективен.

УДК 616.89:355.257.6-06

**Панченко О. А.\***, **Кутько І. І.\*\***, **Стасюк А. В.\*\***

*\*Всеукраїнська професійна психіатрична ліга (г. Київ);*

*\*\*ГУ «Научно-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МЗ України» (г. Константиновка)*

#### **Особенности развития психических расстройств в условиях вооруженного конфликта, их коморбидность**

Нарушения на поведенческом уровне в первую очередь обусловлены особенностями индивидуального реагирования личности на боевую ситуацию. Наиболее распространены в настоящее время терминами для обозначения данных состояний являются: «боевая психотравма», «стресс боевой обстановки», «боевое истощение». В дальнейшем у лиц, подвергшихся воздействию стресса боевой обстановки, могут развиваться отставленные во времени дезадаптивные состояния, называемые посттравматическими стрессовыми расстройствами. Природно-климатические, психосоциальные, военно-политические и оперативные факторы также накладывают патопластический отпечаток на картину возникающих расстройств психической деятельности. В результате развиваются состояния от психологических реакций адаптации в рамках психической нормы до психической патологии с проявлениями, достигающими в отдельных случаях уровня психозов. В рамках данного типа дезадаптации были выделены различные варианты, в частности: а) тревожно-астенический; б) ригидно-агрессивный («успешный» и «неуспешный»); в) истероаффективный; г) псевдоинициативный; д) стенично-девиантный; е) депрессивно-тревожный.

В отличие от стихийных бедствий и природных катаклизмов, вооруженный конфликт — это «рукотворное событие», которое несет дополнительный своеобразный «отпечаток» ненависти к противнику.

Хотя, конечно, переживания о судьбе страны перед экраном телевизора и непосредственное участие в боевых

действиях в большинстве случаев несут разные травматические риски.

Прежде всего, следует назвать и выделить группы лиц, подвергающихся посттравматическим стрессовым расстройствам. Во-первых, это бойцы Вооруженных Сил. Во-вторых — жители региона, охваченного войной, и беженцы, вынужденные переселенцы. В-третьих — родственники военнослужащих, участвующих в боевых действиях, и родственники лиц, оказавшихся в зоне конфликта. И последняя группа — пленные. Эти контингенты получают совершенно разные психогенные воздействия, поэтому к ним следует применять различные алгоритмы медицинской и психологической помощи. Одинаковой может быть разве что фармакотерапия. Основные факторы психической травматизации для военнослужащих связаны с угрозой для жизни; для военнопленных — со страхом смерти и неопределенностью ситуации, в которой они находятся; для беженцев — с бытовой неустроенностью и отсутствием информации о том, что происходит на местах их проживания; и для родственников — со страхом потерять близких.

«Задействование» в реакции на стресс «систем» «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» и «гипоталамус — гипофиз — щитовидная железа» обуславливают коморбидность ПТСР с эндокринными, сердечно-сосудистыми и неврологическими нарушениями.

На базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» было обследовано и пролечено в период с января 2015 года по октябрь 2016 года 40 больных с ПТСР, женщин — 28 человек (возраст от 25 до 65 лет); мужчин — 12 человек (возраст от 40 до 75 лет). Пациенты были осмотрены эндокринологом, кардиологом и невропатологом.

В процессе обследования была выявлена следующая сопутствующая патология.

Эндокринные нарушения:

1) патология щитовидной железы — 33 человека (82,5 %);

2) сахарный диабет 2-го типа — 6 человек (15 %);

3) ожирение — 1 человек (2,5 %).

Сердечно-сосудистые нарушения:

1) гипертоническая болезнь — 19 человек (47,5 %);

2) ишемическая болезнь сердца — 12 человек (30 %);

3) нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу — 3 человека (7,5 %);

Неврологические нарушения:

1) дисциркуляторная энцефалопатия — 19 человек (47,5 %);

2) остеохондроз — 18 человек (45 %);

3) заболевания периферической нервной системы — 3 человека (7,5 %).

Коррекция перечисленных нарушений проводилась соответствующими специалистами.

ставляют предмет актуальных научных исследований медицинской психологии. Когнитивные расстройства, в силу их большой распространенности, негативно влияют на социальное функционирование и качество жизни пожилых и старых людей.

Когнитивные нарушения — собирательное обозначение различных нарушений высших мозговых функций вследствие расстройства процессов получения, переработки и анализа информации и соответствующей организации поведения. Могут выражаться в нарушении памяти, внимания, психомоторной координации, речи, гнозиса, праксиса, счета, мышления, ориентации, планирования и контроля психической деятельности. Стойкое выраженное расстройство когнитивных функций лежит в основе деменции.

Программа реабилитации когнитивных расстройств — ряд комплексных методов, применение которых показано геронтологическим пациентам с нарушениями познавательных (когнитивных) функций, при различных типах деменции, в том числе и при болезни Альцгеймера.

#### Принципы программы реабилитации:

1. Принцип дозированности — учитывается степень тяжести когнитивных расстройств и соматическое состояние пациента. От этого будет зависеть время и количество занятий, уровень доступности материала, тактика построения самого занятия.

2. Принцип регулярности — для пациентов с когнитивными расстройствами недопустимы большие промежутки между занятиями (должны быть регулярными и равномерно распределены во времени).

3. Принцип активности — активное включение самого пациента, формирование у него мотивации к восстановлению, побуждение к ответственности за достигнутые результаты.

4. Принцип индивидуальности — индивидуальный подход к каждому отдельному пациенту с учетом тяжести его состояния, уровня образования, возраста и т. д.

#### Структура программы реабилитации:

1. Спецификой групповой работы с психически больными в пожилом и старческом возрасте является небольшой количественный состав групп (не должен превышать 6—8 человек). Это обусловлено тем, что в процессе занятия необходимо индивидуальное включение специалистов (психолога, психотерапевта), входящих в процесс группового взаимодействия. Состав участников группы должен оставаться постоянным от начала до конца реабилитационного маршрута, так как задания усложняются от занятия к занятию. Набор упражнений подбирается на основании предварительного патопсихологического исследования. Время проведения занятий составляет около 60 минут с кратностью 3 раза в неделю. Рекомендуемое время для проведения занятий — первая половина дня.

2. Восстановление когнитивных функций, тренировка социальных навыков. Занятия имеют четкую структуру. Задания к упражнениям формулируются доступно и просто, с соблюдением принципа «от простого — к сложному», на каждом занятии происходит повторение ранее изученного материала с целью проверки степени его усвоения. Постепенно задания усложняются, и по мере восстановления утраченных способностей их объем увеличивается. Пациенту обязательно дается положительная обратная связь и оценка, которая служит также и восстановлению самооценки больного.

УДК 616.89-008

*Пенова И. К.*

*ПВНЗ «Международный классический университет имени Филиппа Орлика» (г. Николаев);*

*КУ «Одесский областной центр психического здоровья» (г. Одесса)*

#### **Общие принципы программы реабилитации пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами**

В настоящее время когнитивные расстройства являются одним из наиболее распространенных видов психических нарушений у лиц позднего возраста и пред-