

На ґрунті аналізу клініко-психопатологічного та соціально-демографічного статусу було виокремлено шість основних клінічних груп: емігрантів, хворих на психогенні депресивні розлади (ПДР), реемігрантів, хворих на ПДР, емігрантів, хворих на ендогенні депресивні розлади (ЕПР), реемігрантів, хворих на ЕПР, емігрантів, хворих на депресивні розлади органічного ґенезу (ОДР), реемігрантів, хворих на ОДР; та три контрольні групи: не емігрантів, хворих на ПДР, не емігрантів, хворих на ЕПР та не емігрантів, хворих на ОДР.

В результаті комплексного обстеження пацієнтів нами були виявлені такі фактори міграції, які впливають на розвиток та перебіг афективних порушень у мігрантів та реемігрантів: 1) нелегальний характер міграції; що зумовлює ігнорування прав особи та значне обмеження можливостей для самореалізації, отримання медичної допомоги, освіти тощо; 2) умови праці, що в багатьох випадках супроводжуються тривалим фізичним та психічним навантаженням, виконання низько кваліфікованої роботи при наявності достатньої кваліфікації; 3) мовний бар'єр, що зумовлює порушення адаптативних можливостей особистості; 4) розрив та втрата контактів з значимими близькими людьми, що зумовлює відсутність соціальної підтримки; 5) низький соціально-економічний статус.

Депресивні розлади у мігрантів та реемігрантів мають складний, хронічний перебіг, їх важкість суттєво залежить від психосоціального стресу.

Міграцію і пов'язані з нею психоемоційні навантаження можна розглядати як самостійний етіологічний фактор депресивних розладів.

Трудова міграція громадян України негативно впливає на демографічну ситуацію, ринок праці, розвиток економіки та соціальної сфери, добробут громадян, сімейні відносини і виховання дітей, збільшує рівні бідності та соціального розшарування, має численні психологічні, світоглядні, культурні та інші наслідки.

УДК 616.899-053.2

Штриголь Д. В.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна (м. Харків)*

**Особливості психомоторики дітей
з психічним недорозвиненням**

Незважаючи на велику кількість вітчизняних і зарубіжних публікацій, що стосуються проблем інтелектуальної недостатності, досліджень психомоторних функцій у дітей з цією патологією мало.

У дослідженні взяли участь діти віком 8—9 років: 31 дитина з олігофренією в ступені легкої дебільності, 28 — із затримкою психічного розвитку (ЗПР) і 28 учнів, які не мають порушень інтелекту. Для оцінки психомоторного розвитку використано комплекс тестів на статичну координацію рухів, швидкість руху тіла, на ручну швидкість, на ритмічність рухів, на рухову пам'ять, мимічний тест і методика Рея. Трактуювання рухової недостатності проведено в світлі рівневої теорії організації руху Н. А. Бернштейна. Аналізували вплив психомоторики на шкільну адаптацію, в зв'язку з чим були виокремлені групи дітей з несприятливим перебігом адаптації (виразні тривалі невротичні реакції, почастішання гострих захворювань, поява декількох функціональних розладів або хронічних захворювань).

У тестах на статичну координацію рухів (характеризує руброспінальний рівень організації руху), ручної вмілості (пірамідно-стріарний і кортикальний рівні), на ритміч-

ність рухів і в тесті Рея (кортикальний рівень) виявлено достовірно гірші результати при ЗПР і олігофренії, ніж у контролі.

При олігофренії встановлено порушення динамічної координації, недостатня швидкість і спритність (слабкий розвиток таламо-палідарного і пірамідно-стріарного рівнів просторової організації рухів). Ці діти також значно гірше виконували тест на рухову пам'ять і мимічний тест, що характеризує кортикальний рівень.

Цікавим є зіставлення результатів з даними Н. П. Вайзмана (1976). Цей автор, використовуючи ті ж методи в аналогічній віковій групі, на відміну від нас виявив значущі відмінності між олігофренами та інтелектуально збереженими дітьми лише за показником ручної вмілості. Інші розбіжності починали маніфестувати в старшому віці (з 12—13 років). Очевидно, характерний для сучасних умов більш ранній і різкий прояв відмінностей психомоторного статусу між дітьми з розумовим недорозвиненням і їх здоровими однолітками віддзеркалює патоморфоз інтелектуальної недостатності. Він пов'язаний, імовірно, з почастішанням перинатальних уражень центральної нервової системи і, відповідно, неврологічних порушень.

Аналіз особливостей порушень психомоторики залежно від характеру шкільної адаптації за тестом на статичну координацію рухів у всіх групах дітей не виявив суттєвих відмінностей. Результати мимічного тесту, тестів Рея, швидкості руху тіла і рук, ритмічності рухів, рухової пам'яті у дітей з несприятливим перебігом адаптації виявилися достовірно гіршими.

Отримані результати свідчать про необхідність раннього виявлення та корекції порушень психомоторики. Оскільки для психічного недорозвинення характерна недостатність кортикальної організації моторної функції, мала довільність рухів, найбільш ефективним є навчання за показом, без використання докладної словесної інструкції. Корекція недостатності руброспінального рівня може полягати у формуванні навичок утримання пози в спокої і в русі, які можна ускладнювати одночасними рухами рук. Для корекції пірамідно-стріарного рівня використовують естафети, ігри з м'ячем, метання в ціль, які розвивають силу, швидкість та точність рухів. При недостатності таламо-палідарного рівня корисні музикально-ритмічні, гімнастичні та акробатичні вправи, які спрямовано на розвиток гнучкості, укріплення м'язів тулуба. Головне в проведенні ритмічних вправ — швидке виконання неочікуваних завдань, а не вдосконалення та автоматизація рухів. Корекція коркового рівня здійснюється за допомогою ігор з запам'ятовуванням, зі зміною темпу, промовлянням тексту або співом.

УДК 616.839:616.45-001.1/3

Щеголь М. В.*, **Панченко О. А.****

**ГУ «Научно-практический медицинский
реабилитационно-диагностический центр
МЗ Украины» (г. Константиновка);*

***Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)*

**Оценка функционального состояния
вегетативной нервной системы у лиц
с постстрессовыми расстройствами**

В настоящее время стресс является неизбежным в повседневной жизни и может иметь пагубное воздействие на психическое и физическое состояние. Оценка состояния здоровья и определение уровня стресса помогают определить индивидуальную реакцию человека на стресс.

Влияние психотравмирующей ситуации может проявляться с течением времени, иметь различные варианты проявления (на соматическом и психоэмоциональном уровне).

Вегетативная нервная система без задействования воли человека регулирует работу дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем. Поэтому даже во время отдыха изменения сердечного ритма являются показательным индикатором изменений внутри организма. Для оценки состояния вегетативной нервной системы может быть применен анализ variability сердечного ритма.

Целью данного исследования является оценка функционального состояния вегетативной нервной системы у лиц с постстрессовыми расстройствами в процессе реабилитации на основании показателей variability сердечного ритма.

Исследование проведено на базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». В исследовании принимали участие 40 человек с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Для анализа variability сердечного ритма использовали диагностический автоматизированный комплекс «Кардио+». Длительность регистрации ЭКГ составляла 5 минут. При обработке данных учитывали временные и частотные показатели (ЧСС, SDNN, RMSSD, pNN50, LF, HF, LF/HF).

По результатам анализа variability сердечного ритма у обследуемых выявлено снижение общей variability в 64 % случаев, сдвиг вагосимпатического взаимодействия в сторону симпатического звена вегетативной нервной системы — в 58 % случаев. В процессе реабилитации произошло снижение общей variability у 52 % обследуемых, сдвиг вагосимпатического взаимодействия в сторону симпатического звена вегетативной нервной системы — в 44 % случаев.

Стресс, страх, гнев, беспокойство коррелируют с пониженной variability сердечного ритма, сопровождаются активацией симпатической нервной системы и нарушением симпато-вагусного баланса. Снижение параметров variability указывает на нарушение взаимодействия вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем. Такая тенденция объясняет высокую вероятность развития сердечно-сосудистых расстройств, которые отмечаются у людей, испытывающих вышеуказанные психологические проблемы.

Соматической патологии. Возможный диагноз соматоформного расстройства должен быть подтвержден, как минимум, клинико-психопатологическим и психометрическими методами.

Целью нашего исследования явилась разработка комплексного подхода к диагностике соматоформных нарушений у больных с психотическими и непсихотическими психическими расстройствами с целью изучения патогенетических механизмов соматизации и разработки комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для психически больных с соматоформными нарушениями.

Объектом нашего наблюдения явились 57 больных, мужчин и женщин, в возрасте от 23 до 59 лет, с диагнозом соматоформное расстройство (F45 согласно критериям МКБ-10), находившихся на стационарном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных (не менее 2 лет) позволил выявить и описать манифестный этап соматизации у всех без исключения больных, который клинически мог быть оценен как соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) продолжавшийся не менее 6 месяцев, сопровождавшийся обращением к нескольким врачам соматического профиля, множественными диагностическими мероприятиями, приемом, при отсутствии абсолютных показаний, соматотропных и нейротропных препаратов. Так как описанные выше больные ранее за помощью к психиатру не обращались, то у них отмечалось усложнение симптоматики, что расценено было нами как (F45.1). Следующий этап — этап развития соматизации продолжительностью от 6 месяцев до нескольких лет. Клиническое состояние этих больных, по данным анамнеза, можно было бы оценить как недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1). Соматизированное расстройство (F45.0), как третий этап соматизации, развивалось не ранее чем после двух лет от появления манифестных соматоформных нарушений.

Следовательно, комплексное клинико-анамнестическое исследование больных с соматизированным расстройством позволило предположить, выделить и описать этапы его развития (этапы развития соматизации) для разработки в последующем лечебно-реабилитационных программ для больных с соматоформными нарушениями различной степени выраженности.

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

Юрєва Л. Н., Мамчур А. И.*, Гуца С. И.***

**ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»;*

***КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» (г. Днепр)*

Некоторые особенности диагностики и клинической динамики соматоформных расстройств

Проблема диагностики и лечения соматоформных нарушений у больных с психическими и поведенческими расстройствами остается актуальной для современной медицины. Главная, и наиболее важная, на наш взгляд, стратегическая особенность заключается в принятии того, что так называемые соматические жалобы пациентов не должны восприниматься как нераспознанное или коморбидное соматическое заболевание. Естественно, что возможно это только после соответствующего обследования специалистами-психиатрами, в том числе с использованием параклинических методов, и исключе-

UDK 616.891-036.4-06:616.89-008-084-055.5/.7

Yurieva L. M., Shusterman T. Y.*, Hoholev K. V.***

**SE "Dnipropetrovsk medical Academy of Ministry of Health of Ukraine";*

***CI "Dnipropetrovsk clinical psychiatric Hospital of Dnipropetrovsk regional council" (Dnipro)*

Primary prophylaxis of psychical maladjustment in relatives of patients with the first psychotic episode

A close-knit family, sense of security, the opportunity to participate in public life, access to favorite work and meaningful employment outside, comfortable living conditions and economic prosperity, support in crisis and a sense of belonging and usefulness of the family and society — this is not a complete list of factors that enhance human mental health. All of this not only reduces vulnerability regarding mental health problems, but also reduces the likelihood of manifestation of psychical maladjustment (PM). In this regard, carrying out preventive measures regarding families of patients with mental disorders are becoming clear, the presence of a mentally ill person in the family is burdensome psychogenic fac-