

(К. F. Rudestam, 1990) та сімейної (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицький, 1999) психотерапії.

Результати оцінки ефективності розробленої психопрофілактики свідчать про її перевагу при порівнянні з такими заходами, які використовуються традиційно.

УДК 612.821+616.89

*Михайлов Б. В., Кудинова Е. И.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины (г. Харьков)*

### **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА**

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста показателей заболеваемости и распространенности соматических и невротических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический либо психогенный механизмы. В их структуре значительное место занимают заболевания, клинические синдромальные проявления которых относятся к сердечно-сосудистой системе.

Это обусловило проведение нашего исследования, целью которого была разработка системы психокоррекционных мероприятий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВДССС).

Было проведено изучение 72 больных ИБС и 97 больных с СВДССС. Клинико-психопатологическое исследование позволило определить структуру клинических проявлений и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у исследуемых больных.

У больных ИБС клиническая симптоматика формировалась в виде следующих основных синдромов: гипотимный ( $43,9 \pm 4,5$  %); астено-ипохондрический ( $25,2 \pm 3,9$  %); ипохондрический ( $23,6 \pm 3,8$  %); сенесто-ипохондрический ( $7,3 \pm 2,4$  %).

У больных с СВДССС клиническая симптоматика формировалась в виде следующих основных синдромов: неврастенический ( $15,8 \pm 1,6$  %); тревожно-фобический ( $23,1 \pm 1,7$  %); астено-депрессивный ( $18,2 \pm 1,9$  %); астено-ипохондрический ( $23,1 \pm 3,3$ ); астено-тревожный ( $19,5 \pm 2,1$  %). У больных с СВДССС особенностью синдромов невротического регистра было значительное преобладание соматосенсорных и соматовегетативных компонентов с яркой аффективной окраской.

Полученные результаты послужили основой для разработки дифференцированной системы психотерапевтической коррекции относительно изучаемых групп больных.

Основным психотерапевтическим методом для больных ИБС была когнитивно-бихевиоральная терапия в модификации А. Бека и А. Эллиса. Терапия обычно проводилась на индивидуальной основе 2—4 раза в неделю, общей длительностью 4—6 недель.

Основным методом психотерапии для больных с СВДССС была рациональная психотерапия, гипнотерапия и аутогенная тренировка (АТ) в модификации Г. Клейнзorge и Г. Клюбмаса. Проводилось 8—10 сеансов гипносуггестивной терапии с последующим переходом на АТ в стационаре и продолжением в амбулаторных условиях в течение месяца.

В результате проведенных психотерапевтических программ удалось достигнуть следующих результатов. В группе больных с ИБС произошла полная редукция психопатологической симптоматики у 76 % больных, частичное улучшение — у 13 % больных, отсутствие субъективного улучшения — у 11 % больных. В группе больных с СВДССС полная редукция психопатологической симптоматики достигнута у 69 % больных, частичное улучшение — у 15 % больных, отсутствие субъективного улучшения — у 16 % больных.

УДК 616-071:616.89-008.454-053.2/5

*Михайлова Е. А.*

*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)*

### **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ**

В Украине распространённость депрессии среди детей и подростков составляет 10—20 %. Трудность диагностики депрессии у детей связана с тем, что у них аффективные расстройства часто проявляются в атипичной, «маскированной» форме и редко соответствуют классическим описаниям.

Обследованы дети 7—11 лет — 125 пациентов с депрессией. Для определения депрессии нами был применен метод дискриминантных функций, обладающий рядом преимуществ: учитывается вариабельность, рассматривается совокупность всех принимаемых во внимание признаков, взятых со своими коэффициентами, которые указывают удельный вес признака в постановке диагноза (его информативность), и позволяет осуществить выбор существенного для диагностики депрессии подмножества параметров [Клюев, С. А., 2009]. Метод включает сбор информации: социодемографические данные ребенка и его семьи; актуальные клиничко-психопатологические показатели (регистр симптомов и синдромов депрессии), анамнез, уровень соматоневрологического здоровья ребенка, наследственная отягощенность психическими заболеваниями. Регистрируются данные клинической шкалы оценки депрессий у детей CDRS-R (суммарный балл) и определенные психологические показатели с вычислением коэффициентов (ЦТВ) — адаптации, тревоги, утомления и уровня стабильности ВНС (коэффициент Шипоша). Вычисляется скорость и точность выполнения теста ММД (тест Тулуз-Пьерона); память и динамика запоминания (тест Лурия); наличие акцентуации характера (тест Шмишека). Определяются нейрофизиологические и нейрогормональные (уровень серотонина, мелатонина) корреляты депрессии у детей 7—11 лет. Далее осуществляется модификация и отбор данных и проводится кодирование качественных и количественных показателей. Построение линейных распределений показателей включает следующие этапы: а) расчет средней величины диагностических параметров; б) расчет моды (величина признака, который наиболее часто встречается в данной совокупности, и медианы (варианта, находящаяся в середине ряда распределения); в) построение графика ряда распределения и определение на нем значения моды и медианы. С помощью графического изображения возможны изучение закономерностей развития явления, установление существующих взаимосвязей. Затем производится расчет предельной ошибки выборки  $\Delta_{\omega}$  канонических коэффициентов дискриминантных функций и определение количества дискриминантных функций. На заключительном этапе проводится построение графика распределения пациентов с различными типологическими вариантами депрессии и формирование диагностического заключения. В дифференциации клинических вариантов депрессии было проанализировано 88 признаков. Все признаки были закодированы и поставлены в соответствие 88-мерному вектору, который учитывает отсутствие, наличие, направленность и величину каждого признака. В 88-мерном пространстве при диагностике клинических вариантов депрессии получили 6 областей, характеризующие астенический, тревожный, фобический, соматический, поведенческий типы и промежуточная область. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 17.0 с использованием t-критерия Стьюдента. Разработанный метод корректно классифицирует 95,8 % всех больных с различными типологическими вариантами депрессии. Разработанная информационная система определения клинических вариантов депрессии у детей, является новым средством ранней диагностики аффективной патологии и позволяет поднять на новый уровень качество медицинского обслуживания детей с депрессией. Система имеет удобный и простой в использовании интерфейс, что важно в работе детского психиатра.

УДК 613.25-053.2/5:616.1

*Михайлова Е. А., Мителев Д. А., Беляева Е. Э.*

*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)*

### **НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОЖИРЕНИЯ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ И ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ**

В последние годы во многих странах мира наблюдается неуклонный рост ожирения у детей и подростков. Инсулинорезистентность и сопровождающая ее компенсаторная гиперинсулинемия составляют основу патогенеза метаболического синдрома и являются самостоятельными факторами риска не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и психических расстройств. Учитывая, что ожирение и метаболический синдром включают и выраженный психосоматический компонент, следует отметить немногочисленность исследований, посвященных изучению психосоматического