Таблиця 2

Динаміка рухових порушень під впливом лікування (за шкалою Демиденка) [9]

Вираженість геміпарезу, Б	Кількість хворих, %		
	До лікування, n = 88	Після лікування	
		Основна група, n=58	Контрольна група, n=30
I (легкий)	15,9±3,9	35,7±6,3 P1<0,05	24,3±7,8 P2> 0,2
II–III (середньої тяжкості)	53,5±5,3	46,1±6,5 P1<0,05	50,1±9,1 P2> 0,2
IV (тяжкий)	30,6±4,9	18,2±5,1 P1<0,05	25,6±7,8 P2> 0,1

м'яті до рівня нижче середнього в 58 % і до низького рівня — у 42 % хворих.

За даними, отриманими до початку лікування, в обстежених спостерігалося зниження уваги до низького рівня в 80 % (час освоєння таблиць — від 1 хв 20 с до 1 хв 40 с) і нижче середнього рівня в 20 % (час освоєння таблиць — від 80 с до 1 хв 19 с).

У результаті проведеного лікування в хворих основної групи ми спостерігали зменшення часу освоєння таблиць Шульте на 20–30 с. Стан уваги після реабілітації можна було оцінити як середній у 24 %, нижче середнього — у 35 %, низький — у 41 % обстежуваних (у контролі ці показники дорівнювали 14; 38 і 48 % відповідно).

Дані оцінки оперативної пам'яті в хворих основної групи були такими: середній рівень — у 39 %; нижче середнього — у 38 %; низький — у 23 % хворих (у контролі — 25; 45 і 30 % відповідно). Крім цього, у хворих основної групи відзначено більш виражене поліпшення мови і загального самопочуття.

Разом з тим, відзначено достовірне зменшення больових відчуттів в уражених кінцівках, виражена тенденція по відновленню сили м'язів і зниженню м'язового тонусу в хворих основної групи. Динаміка ступеня вираженості зазначених змін подана в табл. 2.

Отримані дані свідчать, що в основній групі кількість хворих з легким геміпарезом збільшилася на 19,8 %, у той же час у групі хворих із тяжким геміпарезом — зменшилася на 12,4 %; у контролі ці показники становили 8,4 і 5,0 % відповідно.

Висновки

Таким чином, під впливом лікувально-реабілітаційного комплексу, що вивчався, відзначається позитивна динаміка клініко-функціонального стану хворих, які перенесли ішемічний інсульт. Статистично більш виражені сприятливі зміни відзначено у хворих, що одержували в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів патогенетично обгрунтовану МДМ-терапію.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Белова А. Н.* Нейрореабилитация: Рук. для врачей. — М.: Антидор, 2000. — 568 с.
2. *Виберс Д., Хейгин В., Роберт Д. Браун.* Руководство по цереброваскулярным заболеваниям. — М.: ЗАО «Бином», 1999. — 671 с.
3. *Виленский Б. С.* Инсульт. — СПб.: Мед. информ. агентство, 1995. — 287 с.
4. *Даниленко О. А.* Мезодіенцефальна електромодуляція в медичній реабілітації хворих на початкові форми порушення мозкового кровообігу та ішемічну хворобу серця: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.99 / Укр. НДІМР та К. — Одеса, 1999. — 18 с.
5. *Диференційне* застосування церебральних імпульсних електровпливів в комплексній реабілітації хворих з цереброваскулярною патологією: Метод. рекоменд. / УКРНИИМР и К. / І. П. Шмакова, К. Д. Бабов, М. В. Лобода та ін. — Одеса, 1994. — 24 с.
6. *Кадыков А. С.* Реабилитация после инсульта. — М.: Миклош, 2003. — 176 с.

УДК 616.89

В. В. Седнєв

КЛІНІКА І ДИНАМІКА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО НЕВРОТИЧНОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Донецьк

Актуальність даного дослідження зумовлена не тільки поширеністю невротичних, пов'язаних із стресом, розладів у дітей, яка збільшується [9], але і відносно малою вивченістю вікової клінічної картини в осіб передпідліткового віку [5; 7; 8], а також невирішеними питаннями щодо динаміки від доклінічних форм невротичних розладів до нозологічно окреслених [1].

Щодо обсесивно-компульсивного розладу у дітей існують суперечливі дані [5–7; 10]. Проте, підсумовуючи погляди різних авторів, можна виділити ряд принципових моментів. Перш за все обсесивно-компульсивний розлад у дитячому віці, так само як і в дорослому,

виявляється незборимим вторгненням у психічну діяльність різних психічних феноменів, якими можуть бути думки, страхи, дії, потяги. Даний акт супроводжується відчуттям внутрішньої напруги, яка слабшає на деякий час після здійснення нав'язливого феномена. Провідні феномени даного розладу характеризуються відчуттям суб'єктивного примушення як чужі, небажані, недоречні, безглузді [4]. Відповідно до рівнів нервово-психічного реагування [5] найбільш елементарні обсесії оформлені у вигляді тиків, складніший характер мають нав'язливі рухи і патологічні звичні дії [2]. Дещо пізніше (частіше у школярів і дуже рідко — в дошкільному віці) формуються нав'язливі страхи. У старшому віці формуються нав'язливі уявлення і думки. При цьому для підліткового віку типові контрастні думки і уявлення — за типом «образливих думок», що суперечать моральній та інстинктивній особистісній суті індивіда [3].

Матеріали та методи дослідження

Результати, представлені в даній роботі, базуються на комплексному клініко-параклінічному дослідженні 208 дітей 11–13 років, яких під час проведення епідеміологічного дослідження 778 дітей (що в даному контексті набуло характеру скринінгового) було віднесено до груп наявності клінічно окреслених симптомокомплексів (1-ша група, основна, експериментальна) і високого ризику формування невротичних розладів (2-га група, порівняння, диференціальна). Після цього дітей було обстежено клініко-психопатологічними методами, відібрано 156 дітей основної групи і 52 — диференціальної групи. Критеріями відсіву були, перш за все, клінічна синдромальна завершеність невротичного розладу в першій групі і незавершеність симптомокомплексу — в другій. Крім того, з обстежених експериментальної групи виключалися особи з тривалістю перебігу розладу більше півроку. Ще одним критерієм відсіву була наявність вираженої резидуально-органічної симптоматики («ланцюжок» екзогенних ушкоджень в анамнезі, органічна психопатологічна і неврологічна симптоматика та ін.). Також із вибірки виключалися особи з наявністю так званих системних неврозів (енурез, заїкання та ін.), що було продиктовано метою даного дослідження.

Кількість осіб з обсесивно-компульсивним розладом — 31 дитина (19,9 % основної групи).

Всіх дітей було обстежено клініко-психопатологічними, патопсихологічними методами. Для вивчення вегетативного гомеостазу використовували комплексну методику оцінки вегетативного гомеостазу. Більшість досліджень проводили на базі діагностичного відділення ІНВХ АМН України.

Результати дослідження та їх обговорення

В таблиці подано середні інтегральні показники основних феноменів, що відповідають обсесивно-компульсивному регістру.

При доклінічних формах наявна незавершеність симптоматики з домінуванням фобій і патологічних звичних дій.

З наведених даних випливає, що найбільш діагностично несприятливими щодо клінічного оформлення донозологічних форм в обсесивно-компульсивний невротичний розлад у осіб препубертатного і раннього пубертатного віку є прояви нав'язливо-насильного компонента. Фобічні розлади не виявилися діагностично значущими.

Дослідження вегетативного гомеостазу довело з рівнем достовірності $P \leq 0,05$ наявність парасимпатикотонії з гіперпарасимпатикотонічною реактивністю в осіб з обсесивно-компульсивним невротичним розладом.

При вивченні переддиспонуючих факторів виявлено, що найдостовірнішим ($P \leq 0,05$) фактором переходу від доклінічної, донозологічної форми, тобто з групи високого ризику, до групи клінічно окреслених форм невротичних розладів був фактор особистісних аномалій (акцентуації характеру). Решта факторів також була представлена, проте при кореляційному аналізі вони не виявилися достовірно значущими.

Схематично даний механізм наведено на рисунку.

Висновки

Отже, ми розглянули клінічні особливості та несприятливу динаміку обсесивно-компульсивного розладу в осіб передпідліткового віку. Віковий криз, який відбувається в даному періоді й характеризується, перш за все, переходом на якісно новий рівень нервово-психічного реагування, що означає

Таблиця

Порівняльний аналіз клінічного змісту обсесивно-компульсивного регістру невротичних розладів у обстеженого контингенту

Симптом	Частота, %	
	1-ша група	2-га група
Патологічні звичні дії	87,1	73,1
Моторні обсесії	77,4	32,7
Ідеаторні обсесії	67,7	13,5
Компульсивні дії	35,5	9,6
Мнестичні компульсії	58,1	3,9
Ритуали	45,2	23,1
Дисморфофобії	61,3	53,9
Фобії	80,7	57,7

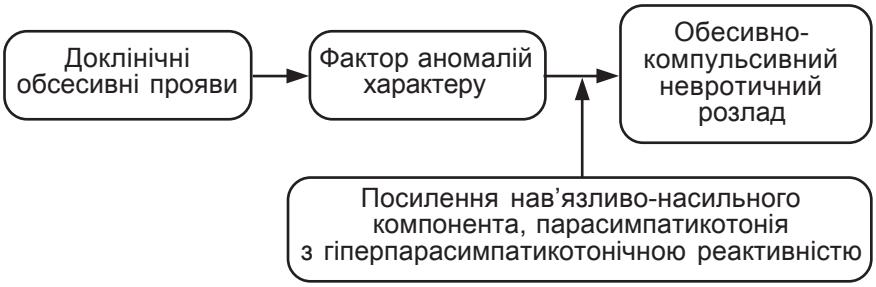

Рисунок. Схема несприятливої динаміки доклінічних форм обсесивно-компульсивних розладів

більш виражений рівень рефлексії, призводить до того, що найбільш значущим механізмом несприятливої динаміки доклінічних обсесивних проявів є оформлення відчуття внутрішньої несвободи, чужості та небажаності обсесивно-компульсивних феноменів. Оформленню клінічно завершеного обсесивно-компульсивного розладу в дітей 11–13 років сприяє особистісний фактор, що узгоджується з даними літератури. Даний фактор у вказаному віці набуває особливої значущості, зважаючи на характерне зростання самосвідомості та вступ дитини у ту фазу пубертату, яка характеризується поєднанням заперечення досвіду попередніх поколінь і невпевненістю у власному досвіді. Така психологічна ситуація легко формує окремі ананкастні риси поведінки, які за описаних нами вище умов стають основою для формування обсесивно-компульсивного розладу.

Перспективи подальших досліджень у даній сфері лежать, на наш погляд, у вивченні впливу психологічних новоутворень передпідліткового віку на формування обсесивно-компульсивних невротичних розладів. Крім того, перспективним вважаємо дослідження механізмів і прийомів диференційованої корекції даного виду розладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Александровский Ю. А.* Методологические особенности обследования и лечения больных с пограничными психическими расстройствами // Врач. дело. — 1991. — № 9. — С. 29-34.

2. *Антропов Ю. В., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — М.: Изд-во Института психотерапии; Изд-во НГМА, 2000. — 320 с.

3. *Глоссарий* основных синдромов и симптомов психических заболеваний детского возраста. — М., 1977. — 100 с.

4. *Глоссарий* психопатологических синдромов и состояний. — М., 1990. — 112 с.

5. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — 601 с.

6. *Ковалев В. В., Шевченко Ю. С.* Проблема неврозов и неврозоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии // Журнал невр. и психиатрии им. Корсакова. — 1991. — № 6. — С. 127-130.

7. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.

8. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 255 с.

9. *Михайлова Э. А., Проскурина Т. Ю.* Современный аспект охраны психического здоровья детей и подростков // Архив психиатрии. — 2001. — № 4 (27). — С. 21-23.

10. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1955. — Т. 1. — 458 с.

УДК 616.12-005.4-07:615.838

О. Г. Юшковська

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Психосоматичний підхід до здоров'я і хвороби є саногенетично обумовленим, він розглядає ці два поняття як взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів. Дана точка зору, що знайшла підтвердження в різних галузях медицини, принципово відрізняється від традиційної біомедичної моделі хвороби як суто фізичної аномалії, спричиненої фізико-хімічними факторами. До так званих справжніх психосоматозів разом з іншими належить ішемічна хвороба серця (ІХС) [1].

Різноманітні психосоматичні розлади об'єднує спільна ознака — поєднання порушень психічної і соматичної сфери і пов'язані з цим особливості медичного обслуговування хворих — лікування та реабілітації.

Хворі на ІХС характеризуються психосоматичними співвідношеннями, які розглядаються в межах двох основних підходів. Перший — «психоцентричний», при якому аналізується вплив на виникнення, клінічні прояви, перебіг і прогноз ІХС гострого і хронічного психічного стресу [2; 3], а також вплив конституціональних особливостей особистості, напри-