

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 клиничко-психопатологического, психодиагностического обследования лиц с ИМ определить особенности формирования клинических проявлений расстройств депрессивного спектра. В основу работы положены результаты комплексного клиничко-психопатологического обследования 60 пациентов, перенесших ИМ. Среди обследуемого контингента отмечалось преобладание мужчин. Средний возраст —  $50,2 \pm 6,6$  года. Нами были использованы следующие методы исследования: клиничко-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 ( $83,3 \pm 1,3$  %), астено-тревожный ( $43,3 \pm 0,7$  %) астено-депрессивный ( $23,3 \pm 0,7$  %) 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 —  $66,67 \pm 10,33$  %; рідше — у підлітків з астеноневротичним ( $40,00 \pm 6,79$  %), психопатоподібним ( $38,71 \pm 4,64$  %) та астеноабулічним синдромами ( $28,57 \pm 8,68$  %).

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

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

Лікворна гіпертензія, виявлена методом ехоенцефалографії, частіше відзначалася у підлітків з астеноневротичним синдромом ( $15,00 \pm 4,95$  %), у незначній кількості підлітків з психопатоподібним ( $9,67 \pm 2,81$  %) 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