

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 реалізовувати 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 клинко-психопатологического, психодиагностического обследования лиц с ИМ определить особенности формирования клинических проявлений расстройств депрессивного спектра. В основу работы положены результаты комплексного клинко-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: клинко-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

за дистонічним типом є чинниками ризику формування розладів поведінки у підлітків.

Отже, виявлення нейрофізіологічних порушень у підлітків є інформативним діагностичним методом розпізнавання ранніх ознак розладів поведінки.

УДК 616.314.18-002.4

Овчаренко М. О., Вербицький Є. Ю.

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»
(м. Рубіжне)*

Стан вродженого імунітету при посттравматичних стресових розладах у мешканців Луганської області

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) належить до захворювань багатофакторної природи, проте, їх молекулярні патологічні механізми до теперішнього часу не з'ясовані. Низка досліджень свідчить, що ПТСР асоціюється з хронічною активацією імунної системи і розвитком млявого системного запалення. Однак, навіть при емоційному стресі виникають первинні розлади, що призводять до зміни нормально функціонуючих систем організму, зокрема спричиняють розлади імунної системи. Зміни в регуляції імунної системи можуть стати ключовим фактором у зменшенні ступеня тяжкості психологічного стану хворого і пов'язаних з ним більш важких стресових розладів.

У хворих на ПТСР до початку лікування нами встановлені порушення неспецифічної резистентності організму, що характеризувалося змінами показників функціональної активності моноцитів (ФАМ). Показник фагоцитарного індексу (ФІ) знижувався до $(19,5 \pm 1,4)\%$ (при нормі $(28,6 \pm 0,8)\%$; $P < 0,05$). Причому в 21 % випадках значення цього індексу зменшувалося суттєво (майже вдвічі), хоча у 18 % осіб його рівень помірно підвищувався до $(37,1 \pm 2,0)\%$; збереження в межах норми ФІ було лише в 10 % випадках. Показник, який вказує на активність фагоцитуючих клітин (фагоцитарне число — ФЧ) у хворих на ПТСР був менше норми в 1,15 рази (при нормі $4,0 \pm 0,2$; $P > 0,05$), однак в 18 % випадків спостерігалось збільшення цього показника. Значення індексу атракції (ІА) помірно знижувалося (в 1,29 рази, при нормі $(14,0 \pm 0,3)\%$; $P < 0,05$). Зниження ІА спостерігалось у більшості обстежених (69 % випадків), помірне підвищення — у 10 % випадків від загальної кількості обстежених, у решти обстежених — в межах норми.

У хворих на ПТСР пригнічення зазнавала фаза перетравлення ФАМ, яку характеризує індекс перетравлення (ІП). Показник ІП був знижений у 78 % обстежених, в межах норми — у 16 % та підвищений у 6 % хворих; середнє значення цього показника дорівнювало $(18,8 \pm 1,2)\%$, що менше норми в 1,43 рази ($P < 0,01$). Отже, у хворих з ПТСР страждають всі фази процесу фагоцитозу, особливо фаза перетравлення, що вказувало на незавершеність фагоцитозу, що в свою чергу дає змогу сформувати специфічну імунну відповідь та обтяжувати патологічний процес.

Дослідження активності вродженого імунітету (за результатами стану ФАМ) у хворих на ПТСР після патогенетичного лікування показало порушення показників неспецифічної резистентності. Значення ФІ в обстежених хворих було в межах від 21—24 % (у середньому $(22,8 \pm 1,3)\%$), тобто менше норми в 1,25 рази ($P < 0,05$). Фагоцитарний індекс майже у всіх обстежених вірогідно від норми не різнився (середнє значення $3,8 \pm 0,2$; $P > 0,05$), хоча у частини хворих цей показник залишався зниженим ($3,6 \pm 0,1$; $P < 0,05$). Значення ІА в обстежених хворих на ПТСР не виходив за межі норми і складав у середньому $(13,2 \pm 0,9)\%$ ($P > 0,05$). У всіх хворих,

які були під наглядом після завершення патогенетичного лікування ІП не досягав меж норми, у середньому складаючи $(21,3 \pm 1,3)\%$ ($P < 0,05$). Таким чином, в цей період обстеження, незважаючи на збереження першої фази фагоцитозу (наближення, атракція) не відбувалося перетравлення вже поглинутих мікробів, що можна вважати як декомпенсацію вродженої ланки імунітету при ПТСР. Закінченість фагоцитозу є важливою характеристикою, оскільки стійкість організму до антигенів і визначає здатність фагоцитів не стільки поглинати, скільки перетравлювати чужорідні агенти. Здатність моноцитів до поглинання і фіксування у частини хворих на ПТСР була фактично не порушеною, що було розцінено як компенсаторну реакцію організму.

УДК 616.45-001.1/3:371.711

Панченко О. А.

*Всеукраїнська професійна психіатрична ліга
(м. Київ)*

Постстресові розлади в умовах громадянського протистояння

Бойові дії на Донбасі змінюють ситуацію в суспільному і соціальному житті — відбувається зміна пріоритетів надання медико-психологічної допомоги населенню. Коли люди втрачають або змінюють місце проживання, крім стресу переїзду вони гостро переживають почуття невідзначеності. В Україні на сьогоднішній день налічується понад 200 тисяч учасників антитерористичної операції (АТО) і понад 2 млн внутрішньо переміщених осіб. За даними UNICEF, кількість жертв серед мирного населення в різних військових конфліктах неухильно збільшується. Ситуація внутрішньополітичної напруженості в Україні набула на цю пору характер бойових дій і несе загрозу життю, здоров'ю та збереженню майна мирного населення.

У 2014—2016 рр. в ДУ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» м. Костянтинівка Донецької області проводили обстеження жителів регіону з метою діагностики постстресових і посттравматичних стресових розладів. У дослідженні брали участь доросле населення у кількості 2041 осіб, які проживають в зоні військового конфлікту. Дослідження проводили за допомогою діагностичних, антропометричних, нейрофізіологічних, психодіагностичних, клініко-лабораторних, біохімічних методів.

За результатами психодіагностичного дослідження, у жителів зони АТО переважали такі емоції: тривога, страх, роздратування, безпорадність, пов'язані з ситуацією, що склалася в регіоні. 46,9 % обстежуваних вважали себе безпосередніми свідками бойових дій. Внутрішньо переміщені особи складали 12,2 %.

До чинників, що сприяють розвитку постстресових розладів, належать несприятливі емоційні стани, загроза життю, загроза матеріальних втрат, незадоволеність матеріальним становищем.

Бойові дії на Сході України розгортаються в густонаселених регіонах країни, що сприяє продукуванню різних за силою і спрямованістю постстресових розладів як у безпосередніх учасників бойових дій, військових, так і у мирного населення.

Населення, що проживає в зоні бойових дій, далі відчуває виражені негативні емоції, інтенсивність яких зберігається. Стабільно високим залишається кількість осіб з невротичними, пов'язаними зі стресом розладами.

Дитячий контингент населення (у дослідженні взяли участь 962 дитини) переживає негативні емоції і почуття,