

є природне годування, т. я. особливе значення у формуванні раннього діалогу між матір'ю і дитиною має годування груддю. У ситуації годування грудьми частково відновлюється єднання фізичних кордонів матері і дитини, тому що при цьому деяким чином імітується те, що відбувалося під час внутрішньоутробного періоду, у дитини знижується сепарація та базальна тривога. Саме виходячи з вищесказаного, багато сучасних авторів особливу увагу приділяють необхідності навчання матері взаємодії з дитиною в ситуації годування грудьми (Г. Г. Філіпова, 1996—2010, Є. М. Фатєєва, Ж. В. Цареградская, 2000; Н. И. Мельченко, Р. Н. Калашнікова, 2009; І. В. Добряков, 2010).

У ранній період життя, вважає Е. Еріксон, розвивається параметр соціальної взаємодії, позитивний полюс якого формує базова довіра до людей. Ступінь довіри, з якою дитина переймається до навколишнього світу, інших людей і самому себе, значною мірою залежить від турботи, що виявляється щодо нього. Мати, що відмовляється від грудного вигодовування, позбавляє дитину тілесного контакту, сприяє формуванню у нього тривожних рис характеру, нарцисизму, порушень особистісної ідентичності. Між тим, природне вигодовування немовляти є основою профілактики порушень психіки дитини, пов'язаних з ранньою деривацією (Е. Еріксон, 2001).

В світлі сказаного, завдання первинної профілактики бачаться в якомога більш ранньому виявленні порушення взаємовідносин в діаді «мати — дитина» в першу чергу, в психодіагностиці ставлення жінки до вигодовування немовляти, що є основою профілактики порушень психіки дитини, пов'язаних з ранньою деривацією, та його корекції.

До завдань вторинної профілактики повинна входити комплексна реабілітація (медична, психологічна, педагогічна, соціальна) виявлених діадних відхилень вже за наявності у дитини психопатологічних/психологічних розладів з метою зменшення ризику віддалених наслідків. При цьому необхідно дотримуватися принципу комплексного підходу до проведення психопрофілактичної роботи, здійснюючи її як з дитиною, так і з його матір'ю, як з єдиною взаємодіючою системою.

УДК 616-003.96-053.5:615.851

Лобунець А. Ю., Алиева Т. А. Остапенко Е. С., Вашикте И. Д.
Харьковская медицинская академия
последипломного образования

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У УЧАЩИХСЯ

Проблема здоровья лиц молодого возраста названа одним из приоритетных направлений деятельности ВОЗ в XXI веке. Негативные тенденции ухудшения здоровья студенческой молодежи обусловлены влиянием медико-социальных, генетических, психологических и других факторов. Объективное исследование механизмов этиологии и патогенеза психосоматических заболеваний возможно только с учетом многомерности изучаемых явлений.

Современный этап социально-политического развития, экономической нестабильности в Украине характеризуется повышением психоэмоциональной нагрузки, что приводит к возникновению психосоциальных проблем в обществе, отрицательно влияя на разные слои студенческой молодежи, а особенно на студентов-инвалидов.

Одной из важнейших педагогических задач любого вуза является работа со студентами, направленная на более быструю и успешную их адаптацию к новым системам обучения и социальным отношениям, на освоение ими новой роли — студентов.

В последние годы в Украине все большее значение приобретает проблема нарушения адаптации у обучающейся молодежи и ее медико-психологическая коррекция. Общие показатели заболеваемости расстройств психики и поведения выросли с 248 в 1999 году до 276,4 в 2006 году на 100 тыс. населения, показатели распространенности с 2271 до 2632,1 соответственно. Актуальность исследования психофизиологических основ предупреждения нарушения адаптации школьников и студентов обусловлена тем, что первые годы обучения считают особенно напряженными, процесс обучения происходит в условиях информационного и эмоционального стресса, значительного психического и физического напряжения. Ухудшение физического и психического здоровья учащихся констатируется в последнее время снижением стрессоустойчивости и когнитивных функций. Период адаптации данного контингента, связанный с ломкой прежних стереотипов, на начальном периоде может обусловить низкую успеваемость и затруднения в общении. Эти проявления,

установленные как определенный относительно специфический фактор для школьной/студенческой среды, могут усугубляться и трансформироваться под влиянием дополнительных психогенных механизмов, характерных для них.

Сближение методологических подходов теоретических и профильных прикладных клинических дисциплин открывает перспективы решения проблемных вопросов первичной и вторичной профилактики, стратификации риска, диагностики и медико-психологической коррекции студентов-инвалидов. Расстройства адаптации возникают в условиях переживаемого микросоциального конфликта и являются результатом взаимодействия средовых и личностных факторов. Комплекс психотерапевтических мероприятий должен быть направлен, прежде всего, на повышение самооценки, изменение неадекватного уровня притязаний, устранение искаженного образа «Я» у лиц молодого возраста. В основе психотерапевтической коррекции лежит мультидисциплинарный подход, включающий в себя психопрофилактику, психокоррекцию и последующее психологическое сопровождение. Все вышеизложенное определяет актуальность и целесообразность проведения исследования, посвященного разработке системы медико-психологической коррекции расстройств адаптации у инвалидов, обучающихся в высших учебных заведениях на основе изучения их структуры, динамики психопатологических механизмов формирования.

УДК: 616.89

В. Н. Лысенко

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

О СОВРЕМЕННОМ СОСТОЯНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УКРАИНЕ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ИХ ПСИХОТЕРАПИИ

За последние годы в Украине и ближнем зарубежье отмечается увеличение частоты невротических расстройств, в основе которых лежит перенапряжение и, вследствие этого — истощаемость нервных процессов. Часто это проявляется в эмоциональной лабильности, тревожном состоянии, страхах, вегетативных расстройствах, сниженном настроении, которое не достигает уровня депрессии и др.

Пациенты предъявляют свои жалобы в драматической форме, с излишней детализацией. Они никак не хотят смириться с тем, что их болезненные проявления связаны с психическими факторами. В связи с этим они находятся в постоянном поиске новых исследований, новых врачей и даже подвергаются оперативным вмешательствам. Порой это заканчивается неверием в медицину и поиском маргинальных форм помощи.

Понятие невротические расстройства включает в себя расстройства, которые можно объединить такими общими признаками: они не связаны с органическим поражением головного мозга, то есть являются функциональными расстройствами; пациенты сохраняют контакт с внешним миром, не теряют связь с реальностью; расстройства отличаются от расстройств личности четким моментом начала после стресса острого или хронического, а не продолжают непрерывно с подросткового возраста.

В современной практике наиболее эффективными при работе с невротическими и соматоформными расстройствами оказались гипно-суггестивные техники. В медицинской практике наиболее часто используются методики классического и эриксоновского гипноза. Данное обстоятельство вызвало необходимость исследовать эффективность этих видов гипноза при различных видах невротических расстройств.

Целью исследования было установить эффективность терапии больных, страдающих невротическими и соматоформными расстройствами, с помощью классического и эриксоновского гипнозов, выявить предпочтительность каждого вида гипноза при различных формах невротических и соматоформных расстройств.

За 2012 год нами была оказана психотерапевтическая помощь 38 пациентам (16 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 20 до 35 лет, страдающих различными видами невротических расстройств. 20 пациентам был проведен курс эриксоновской гипнотерапии, а 18 пациентам — курс классического клинического гипноза.

В процессе проводимой терапии нам удалось установить, что при обсессивно-компульсивном расстройстве более эффективным оказался классический гипноз (84,00%), при других видах невротических и соматоформных расстройствах большего терапевтического эффекта удалось достичь применением эриксоновского гипноза (69,00%).

Данные обстоятельства указывают на необходимость разработки дифференцированных диагностических методик психотерапии, которые бы дополнили вопросы психотерапевтической диагностики и сократили сроки клинического наблюдения за болезненными проявлениями у пациентов.

УДК 616.8-002:6-03-037

Мавров Г. И., Бондаренко Г. М., Унучко С. В., Дунаева Г. А., Губенко Т. В.

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» (г. Харьков)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

По данным центра медицинской статистики МЗ Украины общая заболеваемость сифилисом снижается (от 77,1 случая на 100 тыс. населения в 2001 г. до 14,1 в 2011 г.), а заболеваемость поздним скрытым сифилисом и другими формами, включающими нейросифилис, растёт. В интенсивных показателях это выглядит так: поздний скрытый сифилис в 2001 г. — 0,4; в 2011 г. — 1,0. Учащение уровня регистрации, медико-социальные последствия нейросифилиса требуют повышенного внимания к данной проблеме венерологов, смежных специалистов.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей нейросифилиса в современных условиях.

С 2008 по 2011 гг. на обследовании и лечении в ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» находилось 157 больных скрытыми формами сифилиса. Всем больным были проведены специфические серологические реакции (РИФ, ИФА, РПГА). У 33 больных был диагностирован нейросифилис. По формам сифилиса нервной системы больные распределялись следующим образом: ранний менинговаскулярный нейросифилис у 3 человек, спинная сухотка — у 4, поздний васкулярный — у 2, прогрессивный паралич — у 5, поздний менингоэнцефалит — у 3, поздний менинговаскулярный — у 16.

У всех больных были положительные специфические серологические реакции крови. Ликвор был исследован только у 5 больных и выявил разную степень патологии. Двое больных были выявлены невропатологом, четверо — психиатром, один хирургом. Атрофия зрительных нервов наблюдалась у одного больного спинной сухоткой, выявленного офтальмологом.

Клинически у пациента со спинной сухоткой была пробоная язва на подошвенной поверхности большого пальца стопы. Обращает на себя внимание относительно лёгкое течение спинной сухотки, её малосимптомность, учащение случаев прогрессивного паралича и позднего менинговаскулярного нейросифилиса с психическими нарушениями (памяти, речи, интеллекта) у лиц довольно молодого возраста (35 — 45 лет). Из неврологических симптомов при менинговаскулярном нейросифилисе чаще наблюдались зрачковые нарушения, неполный симптом Аргайлла Робертсона, снижение сухожильных рефлексов, нарушения чувствительности.

В связи с отсутствием неврологических жалоб у большинства больных нейросифилис диагностируется несвоевременно или вовсе не диагностируется, и эти пациенты регистрируются как больные скрытым сифилисом. Необходимо чаще использовать при обследовании больных поздними формами сифилиса компьютерную томографию. При обнаружении расширенных ликворосодержащих пространств и признаков атрофии коры головного мозга у больных поздними формами сифилиса, необходимо более длительное лечение, так как это переходная форма между менинговаскулярным нейросифилисом и прогрессивным параличом. Для лечения нейросифилиса следует использовать препараты пенициллинового ряда по методикам, обеспечивающим проникновение препарата в ликвор.

УДК 616.8-002:6-07

Мавров Г. И., Кутова В. В., Білоконь О. М., Дунаева Г. О.
ДУ «Институт дерматології та венерології НАМН України»
(м. Харків)

ДИАГНОСТИКА СУЧАСНОГО НЕЙРОСИФИЛІСУ

Сифіліс має багато клінічних проявів та займає провідне місце серед інфекцій, що вражають нервову систему. Відмова від контролюючої ролі дерматовенерологічної служби в період реформ системи охорони здоров'я, недостатній обсяг досліджень, широке впровадження амбулаторних методів лікування, зокрема, використання дюрантних препаратів пеніциліну, котрі не проникають через гематоенцефальний бар'єр, привело до

збільшення серед дорослого працездатного населення ранніх форм нейросифілісу з маніфестними клінічними проявами зі стійкою інвалідизацією та високою частотою летального кінця. На превеликий жаль, в теперішній час про проявлення нейросифілісу стали забувати не тільки венерологи, а і психіатри, на яких покладена вся відповідальність за постановку подібного діагнозу. Тому, безперечно, перспективним є використання високоінформативних, чутливих та специфічних лабораторних тестів діагностики. У зв'язку з цим метою нашого дослідження стала комплексна діагностика нейросифіліса, що передбачала одночасне використання низки лабораторних методів.

Попередній діагноз органічного ураження головного мозку неясного генезу при госпіталізації в психоневрологічні медичні заклади м. Харкова був встановлений у 24 пацієнтів. Усім хворим діагноз нейросифілісу підтверджений при дослідженні сироватки крові нетрепонемними тестами (RW, VDRL, RPR) та обов'язковими для підтвердження діагнозу трепонемними тестами (РПГА, РІФ, ІФА), в яких використовується специфічний антиген трепонемі. Додатково 13 хворим в зв'язку з особливостями клінічного перебігу проведено дослідження ліквору, що є найбільш інформативним для постановки етіологічного діагнозу.

Таким чином, застосування сучасних серологічних досліджень сироватки та ліквору є необхідними при діагностуванні нейросифілісу.

УДК: 616.895.8:[615.851+304.3]

Мажуц В. В.

КЗОЗ «Городской психоневрологической диспансер № 3» (г. Харьков)

ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост научных интересов к вопросам социального функционирования и качества жизни пациентов. Эти показатели становятся обязательными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения, качества помощи больным. Больные с хроническими психическими расстройствами занимают довольно значительное место среди контингента психоневрологического диспансера. Среди больных с установленной группой инвалидности пациенты, страдающие шизофренией, составляют большинство. Накапливается значительное число больных шизофренией вне активной фазы процесса, состояние которых на протяжении многих лет определяется в основном дефицитарными расстройствами различной выраженности и, в части случаев, сопутствующей им резидуальной продуктивной психопатологической симптоматикой. Эти больные нуждаются не только в лечебной помощи, но и в социальной реабилитации и поддержке, которые приобретают особую актуальность в связи с социально-экономическими переменами в нашей стране. Изучение социального функционирования больных шизофренией на этапе стабилизации процесса в зависимости от структуры и выраженности клинических проявлений представляется весьма перспективным направлением, позволяющим определить пути разработки и планирования новых форм социальной поддержки.

В связи с этим нами было проведено исследование, основанное на комплексном динамическом изучении психического состояния пациентов, страдающих шизофренией, в возрасте от 20 до 71 лет, находящихся на амбулаторном учете и лечении в «КЗОЗ ГПНД № 3» г. Харькова, с установленным диагнозом шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения, ремиссия «С». Средний возраст пациентов на момент обследования составил у женщин $43,1 \pm 1,5$ года, а у мужчин — $42,7 \pm 1,4$ года.

Изучение клинико-психопатологических особенностей психических расстройств у обследованного нами контингента при массовых исследованиях проводилось с использованием опросника «Качество жизни-100».

В результате проведенного исследования было установлено, что несколько больше удовлетворены качеством жизни были мужчины, чем женщины. Наименьший бал удовлетворенности условиями жизни выявляется в группе лиц 20—29 лет ($55,667 \pm 4,835$ балла), что обусловлено, по всей видимости, трудностями адаптации к болезни, зависимости психосоциального благополучия от общественного мнения, родственников, повышенными амбициями, характерными для молодого возраста.

Среди возрастных групп более высокая удовлетворенность качеством жизни была у лиц от 40 до 49 лет ($65,594 \pm 3,92$ балла), что обусловлено выработанным состоянием относительной