

и нейropsychиатрического аспекта ожирения у детей и программ реабилитации.

Цель исследования: Изучить структуру психопатологии у детей с различными вариантами ожирения и на их основе разработать программу медико-психологического сопровождения. Под наблюдением находилось 304 больных детей — 186 с нейроэндокринным ожирением (НЭО): 125 с НЭО и инсулинорезистентностью (ИР) и 61 ребенок с НЭО без ИР; 118 больных с экзогенно-конституциональным ожирением (ЭКО), из них 12 с ЭКО и ИР, и 106 детей с ЭКО без ИР. Возраст пациентов 7—18 лет. Превалировали мальчики (197) по сравнению с девочками (107). Использован клиничко-психопатологический, психодиагностический (шкала тревоги и депрессии, тест Люшера, тест Тулуз-Пьерона, исследование внимания — таблицы Шульце, памяти — тест «Заучивание 10 слов», проективные рисуночные тесты) методы. Для оценки частоты инсулинорезистентности (ИР) использовали индекс ИР НОМА. Синдром ИР диагностировался при уровне НОМА выше 3,5 у. е. Установлено, что частота ИР у детей зависит от пола, степени полового созревания, клинического типа ожирения. ИР чаще встречалась у мальчиков старшего пубертатного возраста с НЭО и у девочек младшего школьного возраста с ЭКО. Исследованиями установлено, что достоверно чаще у пациентов с НЭО и ИР регистрирована психопатология в виде депрессивных расстройств легкой и умеренной тяжести, соматоформной вегетативной дисфункции. Такая же закономерность прослежена и в группе пациентов с ЭКО и ИР. Установлено, что психологические показатели депрессии и тревоги были максимально выражены у детей с ожирением и ИР (НОМА — $R > 4$). Ведущей характеристикой психопатологического состояния детей, пациентов с ожирением явилось снижение психологической их стойкости, которая касается познавательной и эмоциональной сферы. Легкие когнитивные нарушения зарегистрированы у 41,7 % пациентов, снижение скорости переработки информации зарегистрировано у 33,0 % детей с ожирением.

Предложена модель медико-психологического сопровождения детей с ожирением и ИР, которая включает диагностику эмоциональных, поведенческих и когнитивных расстройств, определение психологических проблем больного ребенка, психообразовательные программы для ребенка и его семьи. При наличии у ребенка уровня депрессии и тревоги в зоне патологического функционирования, снижения самооценки, снижения скорости сенсомоторных реакций, фрустрации потребности в глубокой эмоциональной привязанности необходимо проводить психообразовательные интервенции — мотивационное интервьюирование, метод гештальт-терапии и семейной психотерапии. Предложенный метод медико-психологического сопровождения детей с различными вариантами ожирения позволяет дифференцировать модальность и глубину психопатологии, определить тактику психотерапевтического вмешательства на разных этапах эндокринного заболевания.

УДК 616.899.2-053.2/.5+159.922.73

Міхановська Н. Г.

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України» (м. Харків)*

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ В КОМПЛЕКСІ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Серед різноманіття терапевтичних заходів корекції психопатологічних розладів внаслідок перинатального ураження мозку у дітей, що складають більше 60 % усієї патології нервової системи дитячого віку та безпосередньо беруть участь у розвитку дезадаптуєчих неврологічних й психічних захворювань, найбільш розповсюдженим є медикаментозне лікування й фізична терапія, до яких недостатньою мірою приєднуються психотерапевтичні втручання у контексті сімейних дитячо-материнських відносин. До цього часу залишається найменш розробленою сферою реабілітації новонароджених та дітей раннього віку саме соціально-психологічні заходи, дефіцитарними є резерви сімейного рівня терапії, супровід сім'ї для профілактики психопатологічних ускладнень у дитини.

Використання «біологічної» моделі терапії, абілітації та корекції, призводить до втрати суттєвого компонента для підвищення їх ефективності, а саме психотерапевтичного і соціально-педагогічного втручання. У більшості випадків ці

ланки терапевтично-реабілітаційного процесу існують відокремлено одна від іншої внаслідок недостатності використання біопсихосоціального підходу до розуміння розвитку психічних розладів, не створюють єдину площину мультидисциплінарної системної допомоги дитині із психічним розладом та сім'ї, що її виховує, здійснюються фахівцями, але не стають комплексом життєво необхідних правил та дій, які створюють у сім'ї адекватний до проблем дитини розвиваючий та емоційно позитивний простір.

З метою створення системної моделі допомоги дітям раннього віку із перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням мозку, було обстежено 352 дитини перших 5 років життя, у тому числі: 97 малюків від 3-х місяців до 18 місяців, 132 та 123 дитини віком від 18 місяців до 3-х років й 3—5 років відповідно та їх матері. За провідною клініко-психопатологічною симптоматикою нами було виділено емоційно-лабільний, тривожно-апатичний та емоційно-недиференційований клінічні варіанти, вивчення еволюції яких на етапах постнатального онтогенезу довело, що вони мають тенденцію до персистенції протягом перших 3-х років життя із подальшим формуванням психічної патології, яка відповідає рубрикам МКХ-10: гіперкінетичного розладу поведінки (F 90.0; F 90.1; F 90.8; F 90.9), розладу поведінки, обмеженого рамками сім'ї (F 91.0), емоційних розладів, специфічних для дитячого віку (F 93.0), розладу прив'язаності дитячого віку (F 94.2) при емоційно-лабільному клінічному варіанті; гіперактивного розладу, що сполучається із розумовою відсталістю і руховими стереотипами (F 84.4), специфічного розладу розвитку рухових функцій (F 82), дитячого аутизму (F 84.0), розладу прив'язаності дитячого віку (F 94.2) при тривожно-апатичному та емоційно-недиференційованому клінічних варіантах. У випадках використання психотерапевтичних інтерактивних заходів з урахуванням біологічної складової розладів спостерігалася тенденція до подолання психопатологічних розладів за рахунок дитячої і батьківської ланок впливу, нівелювання ознак глибоких порушень дитячо-батьківських відносин.

Таким чином, результати, що було отримано, свідчать про необхідність суттєвих змін, як з точки зору концептуально-теоретичного підходу, так й практичного впровадження. Саме використання психотерапевтичних інтерактивних моделей заходів, поєднаних, у разі необхідності, із медикаментозною терапією, впровадження мультидисциплінарної позастанціонарної допомоги, на цей час може стверджуватися як прогресивний напрямок у формуванні спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із перинатальним ураженням мозку.

УДК: 616.89-008.444-008.481-053.6-084

*Мозгова Т. П., *Мозгова С. В.***

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьковская медицинская академия последипломного
образования***

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Цель: Усовершенствование эффективности профилактических мероприятий у подростков с гиперкинетическими расстройствами и расстройствами поведения.

Было обследовано 202 подростка мужского пола в возрасте от 11 до 15 лет, госпитализированных в стационар по поводу гиперкинетических расстройств и расстройств поведения. В работе использован комплекс диагностических методов и результаты мультимодального исследования.

В процессе исследования были выявлены факторы риска и прогностические критерии формирования гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков, которые являются основой психопрофилактических мероприятий. Основными векторными направлениями являются оптимизация социума подростков, гармонизация физического и полового развития, сохранение резерва адаптационных возможностей организма и нервно-психической деятельности, борьба с вредными привычками и формирование стрессоустойчивости подростков. Существенная роль принадлежит предупреждению соматоневрологической патологии и обеспечению сбалансированного функционирования вегетативной нервной системы.

Таким образом, эффективность профилактики гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков определяется ее целенаправленностью, дифференцированным подходом, длительностью и динамичностью.