

state and a positive therapeutic effect took place sooner in patients who underwent a course of inpatient treatment, so far as a correction of prescriptions could take place (in case of need) very often in contrast to outpatient treatment.

Key words: pathogenetic factors, treatment, therapeutic effect.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Ю.М.Нечитайло

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol. 12, № 1.–P.96-100

Надійшла до редакції 21.12.2007 року

УДК 618.17-008.8-055.23:616-002.5

С.П.Польова, Ю.В.Цисар, О.Д.Малетич

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА НАСЛІДКИ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ В ДІВЧАТОК-ПІДЛІТКІВ, ІНФІКОВАНИХ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – доц. С.П.Польова)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У статті наведені клінічні прояви анемічного синдрому в дівчаток пубертатного віку, інфікованих мікобактеріями туберкульозу. Виявлено порушення гемопоезу та наявність дефіцитних станів, що негативно впливають на репродуктивну функцію дівчат-підлітків.

Ключові слова: туберкульоз, репродуктивна функція, дівчатка-підлітки.

Вступ. Погіршення репродуктивного здоров'я в дівчаток-підлітків є надзвичайно актуальною проблемою. Поширення туберкульозу серед підлітків привертає увагу не тільки лікарів гінекологічної практики, але і багатьох інших, оскільки містить соціальний аспект та стресову ситуацію. Епідемічна ситуація з туберкульозу та захворюваність підлітків значною мірою визначаються первинним туберкульозним процесом та його клінічним перебігом. Особливу увагу привертає збільшення питомої ваги поширених, деструктивних форм туберкульозу, які супроводжуються наявністю полірезистентних штамів МБТ, що визначає вкрай загрозливі епідеміологічні умови для осіб дитячого та підліткового віку [1, 3].

Туберкульоз викликає зміни імунітету, порушує функціонування кровотворної системи, впливає на нормальний гемопоез та метаболізм і сприяє дефіцитним станам, які проявляються анемією. Залізо входить до складу ферментних систем, які забезпечують тканинне дихання і реакції імунітету, бере участь у біосинтезі колагену. Через те залізодефіцитний стан у дівчаток-підлітків на тлі туберкульозу віддзеркалює порушення загального метаболізму, адаптаційних механізмів та стану імунітету в цілому [2, 6]. Дівчатка-підлітки з дефіцитом заліза мають значну схильність до інфекційних та вірусних захворювань, ендокринних розладів, що особливо негативно впливає на формування репродуктивної функції підліткового організму [4, 5].

Мета дослідження. Підвищити діагностику порушень репродуктивної системи в дівчаток-підлітків, інфікованих МБТ на тлі анемічного синдрому.

Матеріал і методи. Обстежено 27 дівчаток-підлітків, інфікованих мікобактеріями туберкульозу та контактних і хворими на туберкульоз,

віком від 12 до 18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в міському протитуберкульозному диспансері м. Чернівці за період 2006-2007 рр. Використані загально-клінічні, імунологічні, гормональні, мікробіологічні та цитохімічні методи дослідження. Проба Манту з 2ТО, ультразвукове і спеціальне гінекологічне обстеження проводилося усім пацієнткам.

Результати дослідження та їх обговорення. Наші дослідження виявили, що залізодефіцитна анемія (ЗДА) посідає перше місце серед усіх ускладнень перебігу туберкульозного процесу в юних пацієнток – 88,0 %. Основними клінічними формами залізодефіцитних станів у дівчаток-підлітків спостерігали I ступінь ЗДА, яка виявлена в 14 (52 %) обстежених, анемія II ступеня діагностована у п'яти (19 %) обстежених (рис.1). Латентний дефіцит заліза та переданемія, що спостерігалася в семи (26 %) обстежених, супроводжували функціональні розлади в статевих органах дівчаток, призводили до порушення становлення репродуктивної функції на тлі туберкульозу.

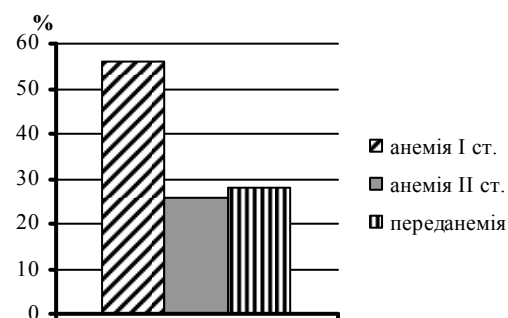


Рис. 1. Клінічні форми залізодефіцитної анемії в дівчаток-підлітків, інфікованих мікобактеріями туберкульозу

define a probability of foot ulcer relapse. This index is the main risk factor of amputation at the thigh level. A high probability of ulcerous defect relapse is associated with the severity of deformation and a low patient's compliance.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, risk factors, prognosis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. В.А.Маслянюк

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol. 12, № 1.–P. 90-96

Надійшла до редакції 22.01.2008 року

УДК 616.89-053.7-08

С.М.Русіна

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ПІДЛІТКАМ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
(зав. – проф. В.М.Пашковський) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Лікування хворих проводилося з урахуванням патогенетичних факторів: біологічних, психологічних і соціальних залежно від виду психічної депривації, що є більш доцільним і результативним. Редукція хворобливого стану та позитивний терапевтичний ефект наставав швидше в пацієнтів, які проходили ста-

ціонарне лікування, оскільки корекція призначень могла відбуватися (за потреби) досить часто на відміну від амбулаторного лікування.

Ключові слова: патогенетичні фактори, лікування, терапевтичний ефект.

Вступ. На сьогодні лікування психічних та поведінкових розладів розглядається як загальномедична проблема, з якою зустрічаються не лише психіатри, але й лікарі майже всіх спеціальностей [2, 6]. Лікування депресій юнацького віку є достатньо складним завданням, оскільки вікова атиповість (віковий патоморфоз) клінічної картини часто перешкоджає їх своєчасному розпізнаванню, а затяжний рецидивний характер перебігу зумовлює виражену соціальну дезадаптацію (стосується в основному навчання) [1, 4]. Складність проблеми полягає в тому, що підлітки не усвідомлюють порушення психічного здоров'я, самостійно не звертаються по допомогу до лікарів і, особливо, психіатра. Тому спочатку частина підлітків потрапляє в поле зору соматичної медицини, яка в останній час намагається надавати їм посилену медичну допомогу чи спрямовує їх до лікаря-спеціаліста, це зволікає час у наданні кваліфікованої допомоги на дохворобливого і початкового хворобливого рівні [3, 5].

Мета дослідження. Обґрунтувати індивідуально-диференційоване лікування з урахуванням етіологічного чинника (соціально-материнської депривації).

Матеріал і методи. Лікування проведено 450 пацієнтам, які розподілені на 5 груп: 200 осіб із соціально-материнською депривацією; 160 осіб – емоційно-соціальною депривацією; 20 осіб із біологічною депривацією; 30 осіб із сімейною депривацією; 40 осіб – соціально-психологічною депривацією. Застосовані психофармакологічні та психотерапевтичні методики.

Досліджувані розподілені на 2 групи за методом лікування: стаціонарний – 121 особа; амбулаторний – 329 осіб.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті проведених досліджень запропонована комплексна патогенетична терапія психічних та поведінкових розладів. Патогенетичне лікування проводили на фоні симптоматичної терапії.

Із 450 обстежених, які віднесені до 5 груп (соціально-материнської депривації, емоційно-соціальної депривації, біологічної депривації, сімейної депривації, соціально-психологічної депривації) встановлено, що стаціонарно за 4 роки проліковано 121 особу (26,9±2,1 %), а амбулаторна допомога надана 329 (73,1±2,1 %) особам у співвідношенні 1:2,7 із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($P < 0,001$), що видно з рис. 1.

Даний розподіл вказує на те, що в пацієнтів, які лікувалися стаціонарно, спостерігалися психотичні і неспихотичні психічні та поведінкові розлади середнього та вираженого ступеня, а в обстежених, яким проведено амбулаторне лікування, відповідно – легкого ступеня психічних та поведінкових

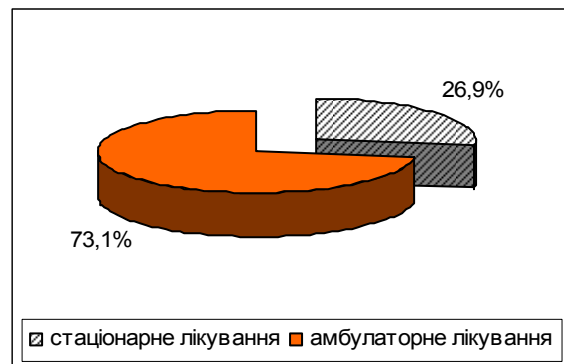


Рис. 1. Розподіл пролікованих хворих у стаціонарних і амбулаторних умовах (%)

Таблиця

Розподіл за методом лікування та статеву ознакою психічних та поведінкових розладів (абс. та %)

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ	СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ			АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ		
	Всього осіб	% жінок	% чоловіків	Всього осіб	% жінок	% чоловіків
<u>Психічні розлади</u>						
Тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами	12	9,9±2,7	-	-	-	-
Розлад адаптації	13	9,1±2,6 **	1,7±1,2	129	38,0±2,7 #	1,2±0,6
Тривожно-фобічні розлади	4	2,5±1,4 *	0,8±0,8	6	1,8±0,7	-
Змішаний тривожно-депресивний розлад	7	4,1±1,8 *	1,7±1,2	33	9,1±1,6 #	0,9±0,5
Неврастенія	3	2,5±1,4	-	-	-	-
Розлад поведінки	12	0,8±0,8 **	9,1±2,6	60	-	18,2±2,1
Соціалізований розлад поведінки	8	-	6,6±2,3	17	-	5,2±1,2
Змішаний розлад поведінки і емоцій	17	1,7±1,2 **	12,4±3,0	84	7,0±1,4 #	18,5±2,1
Емоційно нестійкий розлад особистості	45	9,9±2,7 **	27,3±4,1	-	-	-
Всього	121	40,5±4,5 **	59,5±4,5	329	55,9±2,7 #	44,1±2,7

* – різниця вірогідна порівняно з показником у чоловіків, які лікувалися стаціонарно ($P<0,05$); ** – різниця вірогідна порівняно з показником у чоловіків, які лікувалися стаціонарно ($P<0,001$); # – різниця вірогідна порівняно з показником у чоловіків, які лікувалися амбулаторно ($P<0,001$)

розладів, а саме: відставання у навчанні через астенизацію, легкий депресивний розлад та з періодичними (частіше ніж раніше) порушеннями поведінки, що видно з таблиці.

Таким чином, пацієнтам з астено-депресивними станами в 10 раз частіше, з тривожно-депресивними розладами – у 4,7 раз, з тривожно-фобічними – у 1,5 раз, з соціалізованим розладом поведінки у 2,1 раз, зі змішаним розладом поведінки і емоцій у 4,9 раз частіше надавалася амбулаторна допомога, що засвідчує небажання пацієнтів лікуватися у відділеннях закритого типу, однак хворим із психотичними розладами, неврастенією та емоційно-нестійким розладом особистості частіше надавалася стаціонарна допомога.

Отже, пацієнти з психічними розладами у 4 рази частіше лікувалися амбулаторно, а з поведінковими розладами вдвічі частіше отримували амбулаторну допомогу, що видно з рис. 2.

При лікуванні тяжкої депресії з психотичними симптомами позитивний терапевтичний ефект спостерігався з 10-го дня лікування в чотирьох осіб (33,3±13,6 %) та з 14-го дня лікування у восьми осіб (66,7±13,6 %). Через три тижні настала повна редукція хворобливого стану в п'яти осіб (41,7±14,2 %) та в семи осіб (58,3±14,2 %) з 30-го дня від початку лікування.

При лікуванні в стаціонарі хворим на розлади адаптації з астениєю на фоні соматотропної терапії призначали і симптоматичну психотропну терапію, а саме: снодійні, заспокійливі засоби, транквілізатори (сибазон) та ноотропи з другого тижня лікування. Внаслідок проведеного лікування протягом 14-21 днів позитивний терапевтичний ефект спостерігався у восьми осіб (61,5±13,5 %), у чотирьох осіб (30,8±12,8 %) відбулася повна редукція хворобливого стану, а в однієї особи (7,7±7,4 %) – небажаний задовільний результат, що потребувало продовження терміну лікування та медикаментозної корекції. Відповідно пацієнтам, які проходили амбулаторне лікування, призначали транквілізатори денної дії (гідазепам, рудотель), а ноотропи з 3-го дня від початку лікування. Через три тижні лікування позитивний терапевтичний ефект спостерігався у 93,0±2,4 % (120) осіб, редукція хворобливого стану – в 5,4±2,0 % (7) осіб із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($P<0,001$), а небажаний ефект – у двох осіб із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($P<0,05$), що потребувало продовження лікування.

Стаціонарним хворим з помірним тривожно-депресивним розладом призначали комбінацію препаратів: амітриптилін 1 % розчин – 2,0мл; сибазон 0,5 % розчин – 2,0мл; еглоніл 5 % розчин – 2,0 мл; фізіологічний розчин натрію хлориду 200,0 мл в/в

крапельно № 10. У підлітків з наявністю тривоги відповідно призначали і тизерцин 2,5 % розчин – 1,0 мл в/м ввечері. Хворим із вираженим перебігом депресії до даної комбінації препаратів додавали флюоанксол 0,5 мг – обід. Внаслідок проведеного лікування позитивний терапевтичний ефект спостерігався у 71,4±17,1 % (5) осіб, редукція депресивної симптоматики була в однієї особи та в одного пацієнта, відмічено небажаний ефект, а саме – посилення тривоги. У пацієнтів, яким проводилося амбулаторне лікування (легкий ступінь депресивного розладу), редукція депресивного стану наставала на 3-4-му тижнях лише в 9,1±5,0 % (3) осіб, позитивний терапевтичний ефект у 84,9±6,2 % (28) осіб, і небажаний – у двох осіб із наявністю вірогідної міжгрупової різниці (P<0,001). Обстеженим з фобіями призначали клофраніл за схемою, що усувало нав'язливі страхи. Редукція хворобливої симптоматики в стаціонарних хворих спостерігалася у 25,0±21,7 % (1), позитивного терапевтичного ефекту досягнуто у двох осіб, задовільний – в одного пацієнта. Відповідно амбулаторне лікування фобічних розладів давало позитивний терапевтичний ефект у чотирьох осіб, редукція хворобливого стану наступала не раніше 4-го тижня і лише у двох осіб спостерігався небажаний затяжний ефект, що безумовно вимагало корекції лікування. Позитивного терапевтичного ефекту при лікуванні неврастенії досягнуто в 100 % осіб через три тижні від початку лікування.

Таким чином, редукція хворобливого стану та позитивний терапевтичний ефект наставав швидше в пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування, оскільки корекція призначень могла відбуватися (за потреби) досить часто. Амбулаторні хворі натомість знаходилися у звичайному (позитивному) оточенні, що суттєво допомагало у виході пацієнта з хворобливого стану, однак необхідна медикаментозна і психотерапевтична корекція відбувалася рідше через відсутність щоденного контакту лікар-хворий. Пацієнтам із розладами поведінки, яка проявлялася емоційно-вольовою нестійкістю в стаціонарних умовах, призначали транквілізатори та нейролептики

(аміазин, неуплептил). Позитивний терапевтичний ефект спостерігався в 91,7±8,0 % (11) осіб і в однієї особи – небажаний ефект, який вимагав надання також і психотерапевтичної допомоги. Пацієнтам з поведінковими розладами, які відмовилися від медикаментозного лікування в амбулаторних умовах, призначалася майже виключно психотерапія. Позитивний терапевтичний ефект спостерігався в 91,7± 3,6 % (55) і у 8,3±3,6 % (5) – небажаний ефект, який вимагав зміни життєвого статусу, а саме з'єднання родини, яка повинна теж позитивно впливати на адекватну соціалізацію підлітка в суспільстві. Особливо це важливо в підлітковому періоді з підвищеними вимогами до адаптивних можливостей психіки, коли формується стійка захисна поведінка та суб'єктивно позитивності особистісні властивості, які виступають як ресурси психологічного подолання труднощів.

Аналіз проведеного лікування хворих на соціалізований розлад поведінки показав, що позитивний терапевтичний ефект спостерігався в семи осіб (87,5±11,7 %) на стаціонарному і в 13 пацієнтів (76,5±10,3 %) на амбулаторному лікуванні. Небажаний ефект спостерігався в однієї особи із стаціонарним та в чотирьох осіб (23,5±10,3 %) з амбулаторним лікуванням, а саме зі збереженою подразливістю та наявністю формального ставлення до своїх протиправних дій. При лікуванні хворих на змішаний розлад поведінки і емоцій в стаціонарних умовах призначали комбінацію препаратів: нейролептик – тизерцин – 2,5 % розчин – 1,0 мл в/м ввечері, антидепресант – амітриптилін – 1 % розчин – 2,0 мл в/м вранці та транквілізатор – сибазон – 0,5 % розчин – 2,0 мл в/м в обід, які спрямовувалися на зняття тривожно-депресивної нестійкості, що і провокувало розлад поведінки.

З метою покращання поведінкового компонента додатково призначали неуплептил. Внаслідок проведеного лікування редукція хворобливого стану спостерігалася лише в однієї особи зі стаціонарним лікуванням, позитивний терапевтичний ефект відмічено в 13 осіб (76,5±10,3 %) і в трьох пацієнтів (17,7±9,3 %) – задовільний терапевтичний ефект (P<0,001), що в останньому ви-

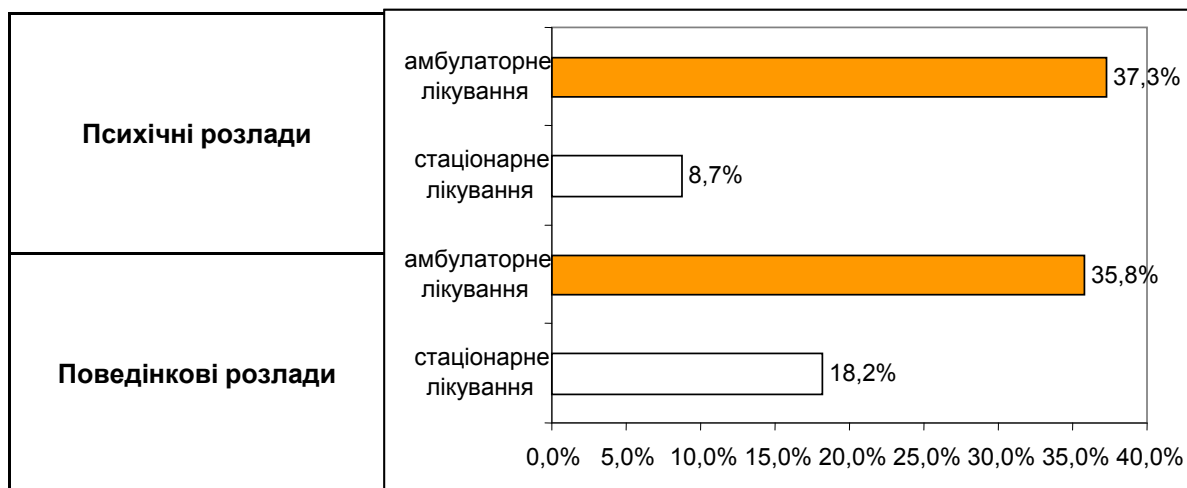


Рис. 2. Розподіл надання амбулаторної та стаціонарної допомоги (%)

падку потребувало продовження терміну лікування (амбулаторно). Натомість у хворих з амбулаторним лікуванням позитивний терапевтичний ефект спостерігався у 26 пацієнтів (31,0±5,0 %), а в 58 осіб (69,1±5,0 %) – задовільний, який характеризувався усуненням афективного компонента при зниженому поведінковому компоненті з наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($P < 0,001$). Хворі теоретично розуміли неадекватність та протиправність своєї поведінки, погоджувалися з лікарем, що так чинити не можна, однак не «завжди» могли себе «стримати».

Підліткам із емоційно-нестійким розладом особистості проводили виключно стаціонарне лікування. У процесі психофармакологічного в поєднанні з психотерапевтичним впливом позитивний ефект спостерігався частіше (91,1±4,2 %) порівняно із задовільним – у чотирьох осіб (8,9±4,2 %) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($P < 0,001$), що вимагало продовження терміну лікування в амбулаторних умовах.

У формуванні механізмів психічної адаптації в підлітків суттєву роль відіграє батьківське виховання, дитячо-батьківські стосунки, яких частина дітей та підлітків на Буковині позбавлені через трудову міграцію родичів у період становлення їхньої особистості. Тому формування в підлітків конструктивних та частіше неконструктивних способів подолання життєвих труднощів у кризові періоди розвитку є різноманітними.

У багатьох розривів емоційної напруги спрямоване на активне самостійне подолання труднощів, а саме: напружене навчання, перебування в позитивному психологічному оточенні, що згладжує відсутність чи робить менш помітним нестачу батьківської турботи. В інших виникала потреба звертатися по допомогу до близьких з метою пошуку соціальної підтримки (морально-психологічної). Коли психологічні проблеми інтерперсональних стосунків подолати підліток самостійно не в змозі, виникала необхідність особистого звернення чи по допомогу близьких їм людей до лікаря (із групи соціально-материнської депривації).

Висновок

Лікування хворих із психічними і поведінковими розладами в амбулаторних умовах проводилося частіше й у 2,7 раза перевищувало кількість хворих, яким проводилося стаціонарне лікування, що, на нашу думку, є менш доцільним і результативним.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є раннє виявлення груп ризику по психічних і поведінкових розладах, що дозволить запобігти ресоціалізації і реструктуризації підлітків у суспільстві.

Література

1. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Денисов Е.М., Голоденко О.Н. Паттерны психосоматических расстройств у членов семей больных с аффективной патологией и их коррекция // Психосоматичні розлади. Психотерапія: Матер. наук.-практ. конф. – Чернівці, 2005. – С. 9-14.
2. Гавенко В.Л., Стрельникова И.Н., Галичева А.С. Система реабилитации больных с аффективными расстройствами, возникающими на органическом фоне // Сучасні аспекти лікування психічних розладів: Матер. наук.-практ. конф. – Чернівці, 2007. – С. 81-82.
3. Гальчук О.Я. Фобічні реакції: процес формування та подолання // Сучасні аспекти лікування психічних розладів: Матер. наук.-практ. конф. – Чернівці, 2007. – С. 48-56.
4. Гехт К., Саволей Е., Тене Г. Реабилитация пациентов с посттравматическим эмоционально-стрессовым синдромом в аспекте практической медицины катастроф // Рос. психиатр. ж. – 2003. – № 5. – С. 10-15.
5. Гузенко К.В. Проти рецидивна терапія хворих, які перенесли перший психотичний епізод // Сучасні аспекти лікування психічних розладів: Матер. наук.-практ. конф. – Чернівці, 2007. – С. 152-156.
6. Гурович И.Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии // Соц. и клин. психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 81-86.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНО-ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С.М.Русина

Резюме. Лечение больных проводилось с учетом патогенетических факторов: биологических, психологических и социальных, что более целесообразно и результативно. Редукция болезненного состояния и позитивный терапевтический эффект наступал быстрее у пациентов, которым проводилось стационарное лечение, поскольку коррекция назначений могла происходить (по необходимости) достаточно часто в отличии от амбулаторного лечения.

Ключевые слова: патогенетические факторы, лечение, терапевтический эффект.

PRINCIPLES OF RENDERING INDIVIDUALLY DIFFERENTIATED TREATMENT TO ADOLESCENTS WITH PSYCHIC AND BEHAVIORAL DISTURBANCES

S.M.Rusina

Abstract. The treatment of patients was carried out with due regard to pathogenetic factors: biological, psychological and social, depending on the type of psychic deprivation that is more advisable and effective. A reduction of the disease