

$$y = A_6 + A_7 e^{-\alpha t} + \frac{\alpha a}{\omega(\omega^2 + \alpha^2)} \sin \omega t - \frac{a}{\omega^2 + \alpha^2} \cos \omega t$$

$$\text{Враховуючи початкові умови} \quad \left. \begin{array}{l} y_0 \neq 0 \\ \dot{y}_0 \neq 0 \end{array} \right\} \quad \begin{array}{l} A_6 = 0 \\ A_7 = \frac{a}{\omega^2 + \alpha^2} \end{array}.$$

Тоді шукане рівняння складає:

$$\begin{aligned} y &= \frac{a}{\omega^2 + \alpha^2} e^{-\alpha t} + \frac{\alpha a}{\omega(\omega^2 + \alpha^2)} \sin \omega t - \frac{a}{\omega^2 + \alpha^2} \cos \omega t = \\ &= \frac{a}{\omega^2 + \alpha^2} \left[e^{-\alpha t} + \frac{\alpha}{\omega} \sin \omega t - \cos \omega t \right] \end{aligned}$$

Висновки:

1. Зовнішня дія на вміст ДВТК представлена осьюовою та радіальною складовою сили тиску у вигляді хвильового конвеєру осьюової та рухової дії.

2. Представлена модель враховує напрямки руху, які запобігають проковзуванню вмісту болюсу, створюючи дисипативні опори.

ЛІТЕРАТУРА

1. Основы колопроктологии / Под ред. Г.И.Воробьева. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 432 с.
2. Торохтін О.М. Діагностика, реабілітація, ефективність // Теоретико-практичне дослідження математичної функціонально-діагностичної n-вимірної моделі станів організму на прикладі інфаркту міокарда. – Карпати, 1999. – 206 с.
3. Фениш Х. Карманный атлас анатомии человека. – Минск, «Интерпрессервис», 2002. – 464 с.
4. Яремчук А.Я., Радолицкий С.Е., Топчий Т.В., Морозова Н.Л. Хронический колостаз – особенности клиники и диагностики // Вестник хирургии. – 1990. – №7. – С.113 – 115.

В. І. Коростій,

доктор медичних наук, професор

А. М. Кожина,

доктор медичних наук, професор

М. В. Маркова,

доктор медичних наук, професор,

Харківська медична академія післядипломної освіти

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ І МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Ефективне лікування й профілактика психосоматичних захворювань (ПСЗ) у класичному розумінні цього терміна (бронхіальної астми (БА), пептичної виразки (ПВ), артеріальної гіпертензії (АГ) та ін.) є важливою проблемою у зв'язку з високою частотою хронічного перебігу, ростом захворюваності й поширеності цієї патології. Частота психосоматичних розладів серед населення становить 15–50%, а в загальномедичній практиці частка таких хворих досягає, за даними різних авторів, від 30 до 57%. Соматичні за основними своїми проявами, класичні психосоматичні захворювання на всіх етапах свого розвитку тісно пов'язані зі змінами психічного стану пацієнтів, особливо в емоційній сфері.

Вищевикладене й обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження, метою якого було на основі системного підходу до оцінки клінічної структури й особливостей формування емоційних порушень в осіб молодого віку із ПСЗ розробити патогенетично обґрунтовану систему їхнього прогнозування та психотерапевтичної корекції і медико-психологічної реабілітації цих хворих.

Дослідження відбувалося в декілька етапів. Перший етап містив скринінг емоційних розладів (ЕР) у студентів ВНЗ різного профілю під час профілактичних оглядів. ЕР виявлялися серед молодих людей з ПСЗ частіше ($38 \pm 3,1\%$), ніж серед обстежених цього контингенту в цілому ($25 \pm 3,1\%$). Таким чином, у результаті проведеного скринінгового дослідження виявлена висока коморбідність ПСЗ та ЕР у молодих осіб студентської популяції незалежно від соціально-демографічних та професійних особливостей.

Для участі в подальших етапах дослідження пацієнти відбиралися за нозологічним принципом. За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2003–2010 років на базі Обласної студентської лікарні м. Харкова (ОСБ) обстежено 956 молодих осіб із ПСЗ (з них 468 чоловіків та 488 жінок). Дослідження проводилося шляхом тотальної вибірки пацієнтів із БА, з ПВ шлунка й дванадцятипалої кишки та з АГ в період їхнього лікування в стаціонарі. На другому етапі у пацієнтів з ПСЗ на основі поглибленого аналізу встановлених клінічних та психологічних особливостей визначали чинники розвитку ЕР й мішені психотерапевтичного впливу. На цьому етапі групу порівняння № 1 (ГП₁) склали 100 пацієнтів (46 чоловіків й 54 жінки) з діагнозами, що відповідали рубрикам F4, F3 МКХ-10, порівнянних з основною групою за віком, статтю й основними соціально-демографічними показниками; групу порівняння № 2 (ГП₂) склали 100 практично здорових молодих осіб (48 чоловіків й 52 жінки), порівнянних з основною групою за віком, статтю й основними соціально-демографічними показниками.

На третьому етапі роботи в дослідження включені 510 пацієнтів (188 хворих із БА, 162 – з ПВ шлунка й дванадцятипалої кишки, 160 – з АГ), які перед початком комплексної терапії ЕР та ПСЗ були рандомізовані на дві групи: досліджувану (260 осіб) та контрольну (250 осіб). Пацієнти досліджуваної групи (ГД) поряд з лікуванням у відповідності зі стандартами медичної допомоги при даному захворюванні одержували стандартне лікування й брали участь у реалізації заходів системи психотерапевтичної корекції й медико-психологічної реабілітації, розробленої автором; пацієнти контрольної групи (ГК) одержували тільки стандартне лікування. На четвертому й п'ятому етапах проводилися активна та підтримуюча психотерапія й реабілітаційні заходи, ефективність яких оцінювали на останньому, шостому етапі роботи. Катамнестичне спостереження проводилося протягом 12 місяців.

При клінічному й психодіагностичному обстеженні у всіх пацієнтів з ПСЗ в клінічній картині захворювання виявлене сполучення соматичних симптомів зі скаргами на емоційний стан і симптомами психічних порушень. З них тільки в $38 \pm 3,1\%$ встановлено діагнози психічних розладів відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10: невротичні, афективні, неврозоподібні й особистісні розлади. В $59 \pm 3,1\%$ від загальної кількості досліджених спостерігалися скарги на емоційний стан і симптоми психічних порушень, які були субсиндромальними та донозологічними, не досягали ступеня вираженості, що відповідає діагностичним критеріям відповідних рубрик МКХ-10.

У ході роботи нами сформульовані загальні засади патогенетично обґрунтованої психотерапії ЕР при ПСЗ в осіб молодого віку:

- застосування комплексного біологічного, психотерапевтичного і психологічного впливів як основи терапевтичної тактики при ЕР при ПСЗ;
- визначення психотерапії та психотерапевтичної корекції як центральної ланки системи лікування та реабілітації пацієнтів молодого віку з ЕР при ПСЗ на всіх її етапах;
- встановлення мети психотерапії як впливу на патогенетично значущі біопсихосоціальні чинники розвитку ЕР при ПСЗ;
- врахування специфіки психотерапевтичних підходів у цих осіб, яка визначається поєднанням невротичної та психосоматичної патології (ЕР та ПСЗ);

– диференціація завдань та обсягу психотерапії і медико-психологічної реабілітації з огляду на різноманітну вираженість клінічної симптоматики ЕР від субсиндромальних до клінічно окреслених.

Відповідно до вищевказаних засад обґрунтовані принципи побудови комплексної системи психотерапевтичної корекції й медико-психологічної реабілітації (в діагностиці й лікуванні пацієнтів):

1) наступність – послідовність проведення лікувальних заходів; поступовий перехід від переважно психофармакологічних, фізіотерапевтичних впливів до психотерапевтичних й психопрофілактичних заходів, створення організаційної основи для продовження лікувальних, реабілітаційних і профілактичних заходів на всіх етапах лікування та реабілітації;

2) комплексність – вплив на різні ланки патогенезу розладу, з використанням психофармакологічних, психотерапевтичних і фізіотерапевтичних методів на кожному з етапів проведеної терапії, участь у лікувально-діагностичному процесі мультидисциплінарної команди фахівців, яка включає психіатра, психотерапевта, медичного психолога, терапевта, лікаря ЛФК;

3) етапність – проведення комплексних діагностичних і реабілітаційних заходів з оцінкою типологічної структури особистості й емоційних порушень, враховуючи етапи лікування: «кризовий», «базисний», «відбудовний», «реабілітаційний»; урахування клінічної динаміки й нейродинаміки; пом'якшення або усунення predisponуючих і запускаючих мікросоціальних факторів, які ведуть до зриву адаптації;

4) індивідуальність – розробка індивідуальної психотерапевтичної програми з урахуванням нозології захворювання, важкості соматичного стану, наявності невротичних розладів; засновано на вивченні патогенетичних чинників розвитку ЕР, виділенні серед них таких, що модифікуються, і використанні як мішеней психотерапії та медико-психологічної реабілітації;

5) стадійність – диференціація психотерапевтичних підходів у відповідності зі стадією розвитку психосоматичного захворювання, з урахуванням співвідношення невротичного та психосоматичного компонентів у клінічній картині захворювання.

На основі отриманих результатів нами розроблена та реалізована система психотерапевтичної корекції ЕР й медико-психологічної реабілітації осіб молодого віку з ЕР при ПСЗ. Патогенетично обґрунтований вибір форм і методів психотерапії з урахуванням виявлених закономірностей формування емоційних розладів і застосування принципу етапності залучення хворих із психосоматичними захворюваннями в психотерапевтичний процес сприяв підвищенню ефективності психотерапевтичного лікування.

Після проведеного лікування позитивна динаміка в пацієнтів ГД відзначена в 77,8% випадків, з них в 32,2% пацієнтів спостерігалось виражене поліпшення з повною редукацією психопатологічної симптоматики. У ГК стабільна позитивна динаміка спостерігалася в 24,2% ($p < 0,01$). Таким чином, для нормалізації психічного статусу й сприятливого віддаленого прогнозу істотну позитивну роль мала реалізація системи психотерапевтичної корекції ЕР і медико-психологічної реабілітації пацієнтів молодого віку з ПСЗ та ЕР.