



УКРАЇНА

(19) UA (11) 48748 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

1

2

(21) u200912249

(22) 27.11.2009

(24) 25.03.2010

(46) 25.03.2010, Бюл.№ 6, 2010 р.

(72) ОМЕЛЬЧЕНКО ЛЮДМИЛА ІВАНІВНА, МІРЗА ОЛЕКСАНДРА В'ЯЧЕСЛАВІВНА, ПУШКАРЬОВА ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА, ОСАДЧА АЛЛА ВАСИЛІВНА, КОНОНЮК МАРІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА, ДАЦЕНКО ЛАРИСА ОЛЕКСІВНА, ОШЛЯНСЬКА ОЛЕНА АНАТОЛІВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ"

(57) Спосіб прогнозування та лікування психоемоційних порушень у дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит, який здійснюється шляхом загальноприйнятого обстеження та застосування базової терапії, який **відрізняється** тим, що у дітей додатково досліджують у сироватці крові імунорегуляторний індекс, визначають ознаки тривожності, фрустрації, агресії, вивчають особливості взаємин у родині та призначають їм психокорекцію з елементами сугестії, арт-терапії та спеціально розроблені комунікативні тренінги окремо для дітей та батьків.

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема педіатрії, і може бути застосована для прогнозування та лікування порушень психоемоційного стану з метою підвищення ефективності лікування дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА)

Однією з актуальних медико-соціальних проблем охорони здоров'я дітей є лікування захворювань опорно-рухового апарату, в структурі яких провідне місце займають хронічні ювенільні артрити. Частота останніх за даними МОЗ України в 2006-2008 роках склала 0,40-0,41 на 1000 дитячого населення.

Дані сучасної літератури свідчать, що розвиток ЮРА виникає при сукупності 4 факторів-2-х біологічних та 2-х психологічних. Стрес і зрив імунного гомеостазу з реалізацією хронічного запального процесу переважно на рівні опорно-рухового апарату - один із можливих шляхів розвитку РА як психосоматичної патології. (Н.С. Крижановская, Р.М. Балабанова. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем., Тер., архив., 2000., №5., стр.79-82.)

В сучасних дослідженнях доведено, що психічний стрес є однією з основних причин аутоімунних захворювань, а стабілізація психічного стану призводить до позитивних зсувів у імунній системі. (М.В. Хайтович, В.Г. Майданник, О.В. Ковальова "Психотерапія в педіатрії", Аспект-Поліграф - 2003р.)

Діти з ЮРА мають схильність до підвищеного рівня тривожності, фрустрації, стресу, прихованої депресії, що утруднює перебіг основного захворювання та його прогноз, що потребує розробки нових діагностичних критеріїв для більш раннього виявлення та лікування ознак формування у дитини хронічної психічної дезадаптації.

Знайдено глибоку залежність типу перебігу соматичного захворювання від особливостей психології та внутрішнього світу дитини. Так, достовірно відомо, що емоційно лабільні, дратливі, мало комунікабельні, боязливі, нерішучі діти частіше мають тривалий, резистентний до терапії (більше одного року) перебіг захворювання.

Формування первинного усвідомлення себе як хворого у дитини відбувається посередньо через взаємини з батьками. З часом це усвідомлення фіксується та стає основною формою соціальної дезадаптації. Основною детермінантою формування деформованої особистості дитини є включення хвороби як центральної ланки в структуру дитячо-батьківських взаємин та інтерналізація дисфункціональних стосунків у структуру особистості дитини. З часом відбувається вторинний процес-вплив особистісних особливостей дитини на її емоційний та соціальний розвиток, а саме-формування соціальної дезадаптації та інвалідизація дитини. Тому дуже важливим є психологічна робота з батьками з метою профілактики та корекції їх ставлення до хвороби дитини - співпраця з

(13) U

(11) 48748

(19) UA

батьками збільшує вірогідність позитивних результатів у подоланні хвороби дитини.

Відома монографія Г.Н. Костюріної з співавторами - "Хронические артриты у детей и подростков", "Основа", Харьков, 2002., 170с., в якій автори застосовували психологічні тести та психокорекційні методики, не враховуючи лабораторних даних дитини.

Найбільш близьким за технічною суттю є пат. №2168312 РФ в якому, заявники враховували лише дані анкетування батьків, однак не були враховані дані психологічного тестування та лабораторні показники дитини.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу прогнозування та лікування психоемоційних порушень у дітей хворих на ЮРА в якому будуть досліджені окремі лабораторні показники активності запального процесу, виявлені ознаки порушень емоційного стану, ознаки хронічної соціальної дезадаптації та проведення психокорекційних заходів у них, що буде сприяти покращанню їх загального та психологічного стану, більш ранньому стиханню гостроти основного патологічного процесу, подовженню терміну ремісії, зниженню частоти психоемоційних розладів в подальшому.

Спосіб прогнозування та лікування психоемоційних порушень у дітей хворих на ЮРА вирішується шляхом загальноприйнятого обстеження та застосування базової терапії, згідно корисної моделі, додатково досліджується у сироватці крові імунорегуляторний індекс, визначаються ознаки тривожності, фрустрації, агресії, вивчаються особливості взаємин у родині та призначається їм психокорекція з елементами сугестії, арт-терапії та спеціально розроблені комунікативні тренінги окремо для дітей та батьків.

У відділенні захворювань сполучної тканини розроблено і апробовано спосіб прогнозування та лікування психоемоційних порушень у дітей з ЮРА, в якому досліджується імунорегуляторний індекс сироватки крові, проводяться тестування для виявлення ознак тривожності, фрустрації, агресії у дитини і визначається наявність дисгармонійних взаємин в родині. На підставі отриманих даних формуються групи дітей та батьків для проведення додатково до основної терапії психокорекції з елементами сугестії та арт-терапії і спеціально розроблених комунікативних тренінгових занять для них.

Застосування прогностичного та лікувального комплексу сприяє подоланню емоційної напруги в родині, зменшенню рівня тривожності та проявів стресу, загальному покращанню психоемоційного стану дитини, що в свою чергу, поряд з базисною терапією сприяє більш ранньому стиханню основного патологічного процесу та профілактиці соціальної дезадаптації та інвалідизації в подальшому.

Спосіб здійснюється наступним чином: регуляторного індексу сироватки крові, визначення ступеня дисфункціональних взаємин у родині хворої дитини (за запитником А.Л. Варги та В.В. Століна), визначення рівня тривожності, фрустрації та агресії (за запитником діагностики психічного стану А. Айзенко)

2. Призначається основна терапія - базисні препарати, стероїдні та нестероїдні протизапальні засоби.

Дітям, у яких на підставі обстеження отримано високий імунорегуляторний індекс в сироватці крові (вище 2,0-2,5 балів), виявлено дисгармонічне батьківське ставлення (показники по шкалам «відторгнення», «гіперсоціалізація», інфантилізація (інвалідизація) вище 30%), підвищений рівень тривожності, фрустрації та агресії (вище 7 балів), додатково призначалась психокорекція з елементами сугестії та арт-терапії і проводили спеціально розроблені комунікативні тренінги окремо для батьків та дітей.

Групи дітей формувались однорідними за віком та активністю захворювання.

Психокорекція з елементами сугестії та арт-терапії проводилась 3 рази на тиждень, всього 9 занять, комунікативні тренінги для батьків проводили 1 раз на тиждень, всього 3 заняття.

Приводимо приклад 1

Дитина С., дівчинка, 14 років, № історії хвороби - 2087.

Клінічний діагноз: ЮРА, суглобова форма, серопозитивний поліартрит, активність I-II ступеню, підгострий перебіг, ФН II-III ступеня, хронічний тонзіліт, компенсована форма, хронічний гастродуоденіт в стадії загострення, синдром вегетативної дисфункції за ваготонічним типом. Поступила зі скаргами на біль та деформації більшості суглобів, болі та вранішню скутість на протязі 6 годин в уражених суглобах, набряк над правим колінним суглобом. Хворіла на протязі 3 років, лікувалася не постійно, в основному нетрадиційними методами з використанням мануальної терапії. При поступленні до стаціонару відмічена лімфоаденопатія, під час огляду виявлена відсутність повного відведення у лівому кульшовому суглобі, значно зменшене згинання та розгинання, спроба пасивних рухів значно обмежена у зв'язку з болючістю. У правому кульшовому суглобі стегно відводилося лише на 20 градусів. Спостерігалася дефігурація обох колінних суглобів. Рухи в лівому колінному суглобі обмежені на 30 градусів. Гомілкові суглоби помірно деформовані, обсяг рухів трохи зменшений. Значно деформовані п'ястнофалангові та проксимальні міжфалангові суглоби II-V пальців обох китиць, пальці не повністю згинаються в кулак. Руки у плечових суглобах могла підняти та відвести тільки до рівня плеча, відмічались болючі, але не обмежені рухи у шийному відділі хребта та скроньо-нижньощелепових суглобах. Всього уражено 15 суглобів, сумарний больовий індекс складав 340, суглобовий-315, запальний - 50 одиниць, індекс повсякденної активності сягав 3 од., специфічних змін з боку внутрішніх органів виявлено не було.

При психологічному обстеженні виявлено значні ознаки емоційних порушень - підвищений рівень тривожності (9 балів), фрустрації (11 балів), агресії (9 балів), дезадаптивний тип відношення батьків (шкала «відторгнення» - 40%), значне зниження самопочуття, активності, настрою, працездатності, небажання до зайвих рухів та пересування. При лабораторно-інструментальних

дослідження виявлене прискорена ШОЄ до 35мм/год, лейкоцитоз, нейтрофільний зсув уліво, гіпергаммаглобулінемія, СРБ-(+++), позитивний ревматоїдний чинник, додатково визначений імунорегуляторний індекс склав 3,5 од.

Дитина отримувала основне лікування з включенням мовалісу (7,5мг/добу), метотрексату (7,5мг на тиждень), місцеву та симптоматичну терапію.

Додатково дитині було призначено групову психокорекцію з елементами сугесії та арт-терапії, яка орієнтована на розвиток навичок саморозуміння та саморегуляції і тренінгами по подоланню та запобіганню стресу, підвищенню фізичної та психічної активності, єднанню родини, придбанню комунікативних навичок, тощо. В процесі проведення психокорекції емоційний стан дитини покращився - значно зменшились ознаки тривожності, стресу, підвищились настрої, рухова активність, покращився сон, поліпшились дитячо-батьківські взаємини. Після проведення повного курсу психокорекції відбулась позитивна зміна уяви щодо хвороби як у дитини, так і у її батьків: розуміння суті хвороби, причин, необхідності довготривалого лікування. Крім того відмічено, що покращання самопочуття, активності та настрою знаходились на стабільно-позитивному рівні, мали місце зниження сумарного больового та суглобового індексів (до 173 та 148 відповідно), запального до 0 одиниць, зниження гостро фазових показників та нормалізація імунорегуляторного індексу, що свідчить про зменшення активності запального процесу в організмі.

Приводимо приклад 2

Дитина П., дівчинка, 5 років 10 місяців, № історії хвороби - 2201.

Клінічний діагноз: ЮРА, суглобово-вісцеральна форма, поліартрит, помірно-прогресуючий перебіг, гормонозалежна форма, II ступінь активності, ФН II ст, системний остеопороз, синдром Іценко-Кушинга, дискінезія жовчовивідних шляхів. Дитина хворіє з 2-х років, початок захворювання співпадає з періодом, коли мати була вагітною другою дитиною і тривалий час знаходилась у лікарні (у зв'язку з загрозою не виношування вагітності), що в даному випадку є психотравмуючим чинником для хворої.

При вступі в клініку стан дитини середньої важкості. Відмічався мінливий субфібрилитет, явища ендогенної інтоксикації, загальна гіпотрофія

м'язів, зменшення обсягів рухів, болючість під час пальпації та активних рухів, ранішня скутість, біль в ділянці хребта, переважно поперекового відділу, в зв'язку з чим у дитини значно виражений страх до пересування. В аналізах крові виявлені підвищення ШОЄ, помірний лейкоцитоз, гіпергаммаглобулінемія, в імунограммі відмічене підвищення вмісту циркулюючих імунних комплексів, додатково визначений імунорегуляторний індекс був підвищений до 3,2 од. циркулюючих імунних комплексів, додатково визначений імунорегуляторний індекс був підвищений до 3,2 од.

При психологічному тестуванні виявлено значні порушення емоційної сфери - високий рівень тривожності, стресу, вербальної агресії, страх до пересування, зайвих рухів, значне зниження настрою, активності.

Дисгармонічний тип відношення в родині склав 43% за рахунок шкали «гіперсоціалізація».

Хвора отримувала основне лікування з включенням преднізолону 2,5мг/добу, метотрексату - 2,5мг/тиждень, диклофенаку натрію 25мг/добу та симптоматичне лікування.

В зв'язку з підвищенням психологічною напругою, станом хворої, дитині проведено поєднання індивідуальної та групової психокорекційної роботи та психологічне консультування матері. Додатково до вищезначеної методики дитині на початку лікування проведено 7 психокорегуючих індивідуальних занять з застосуванням кататимно-імагінативної (символ-драма) та арт-терапії.

В процесі психокорекції був подоланий страх до рухів, дівчинка почала самостійно рухатися, покращились настрої, сон, самопочуття, зменшились рівень тривожності, вербальної агресії, дещо поліпшились взаємини з матір'ю, покращились лабораторні показники (нормалізація імунорегуляторного індексу до 2,3 од, зменшення ШОЄ, СРБ, дисгаммаглобулінемії тощо) що свідчить про зниження активності запального процесу.

Таким чином, застосування вищезначеного прогнозування та комплексного лікування психоемоційних порушень у дітей, хворих на ЮРА сприяє покращанню загального та психоемоційного стану хворих, зменшенню проявів тривоги, стресу, підвищенню рухової активності, покращанню настрою, більш ранньому зниженню гостроти основного патологічного процесу, а також профілактиці ранньої і важкої інвалідизації таких хворих.