

Наукове періодичне видання

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

3 (03) 2014

Львів
2014

Мазур Ю.І., Бліхарський Ю.З. ОСОБЛИВОСТІ РЕЗЕКЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ В УМОВАХ ПОРУШЕНОГО КРОВОПОСТАЧАННЯ.....	60
Брилевич О.А., Попова О.В. НЕБЕЗПЕКА ВПЛИВУ РТУТІ ТА ЇЇ СПОЛУК НА ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ.....	63
Варивончик Д.В., Шевченко В.І., Еджибія О.М. ОБҐРУНТУВАННЯ КРИТЕРІАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ВИРОБНИЧОЇ КАНЦЕРОГЕННОЇ НЕБЕЗПЕКИ.....	68
Варсан Е.Б. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА ОПОЗНАНИЯ ПРИ МАССОВОМ ПОЯВЛЕНИИ НЕОПОЗНАННЫХ ПОГИБШИХ С ПОМОЩЬЮ СОЗДАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ БАЗЫ ДАННЫХ.....	72
Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э. МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗМ: ВОПРОСЫ РЕКЛАМЫ И САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ.....	76
Войтів Я.Ю., Лека М.Ю. РОЛЬ ПРОЦЕСІВ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ КИШОК ПРИ ПЕРИТОНІТІ.....	81
Галюк В.М. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ.....	84
Галюк Н.М. КОНЦЕПЦІЯ МОДИФІКАЦІЇ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	86
Гречківська Н.В. ВИВЧЕННЯ УМОВ ПРАЦІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРАЦІВНИКІВ ОСНОВНИХ ПРОФЕСІЙ АВІАБУДІВНИХ ПІДПРИЄМСТВ М. КИСВА.....	91
Гриджук Т.І., Середюк Н.М., Глушко Н.Л. ЕФЕКТИВНІСТЬ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНОМУ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ.....	96
Гужевський І.В., Герасименко С.І., Герасименко А.С., Бабко А.М., Автомієнко Є.М. АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.....	100
Гундилович А.К. ПРОБЛЕМЫ СТИМУЛЯЦИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....	104
Деркач В.Г., Васкан Ж.В. ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РОЗУМОВОЇ ВІДСТАЛОСТІ В ЙОДОДЕФІЦИТНОМУ РЕГІОНІ.....	107
Бердник О.В., Добрянська О.В., Рудницька О.П., Шевчук К.В. РОЛЬ БІОЛОГІЧНОЇ СТАТІ ТА ҐЕНДЕРУ У ФОРМУВАННІ САМООЦІНКИ ЗДОРОВ'Я.....	111
Дудар А.А., Тельвах І.Ф., Пріймак С.Г. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ, ЩО НАРОДИЛИСЯ В ТЕРМІНІ ГЕСТАЦІЇ 28–33 ТИЖНІ.....	114

Деркач В.Г.,

кандидат медичних наук, доцент кафедри неврозних хвороб,
психіатрії та медичної психології імені С.М. Савенка
Буковинського державного медичного університету

Васкан Ж.В.,

голова АСПЕК

Чернівецької обласної психіатричної лікарні

ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РОЗУМОВОЇ ВІДСТАЛОСТІ В ЙОДОДЕФІЦИТНОМУ РЕГІОНІ

У жителів Чернівецької області (йододефіцитний регіон) встановлено чинники ризику виникнення розумової відсталості, визначено діагностично-диференційовані показники легкого та середнього її ступенів і запропоновано методику лікування й заходи з профілактики цієї патології.

Ключові слова: розумова відсталість, чинники ризику, діагностично-диференційовані показники, профілактика, лікування.

У жителей Черновицкой области (иододефицитный регион) установлены факторы риска возникновения умственной отсталости, определены диагностически-дифференциальные показатели легкой и средней ее степени и предложены методики лечения и мероприятия по профилактике этой патологии.

Ключевые слова: умственная отсталость, факторы риска, диагностически-дифференциальные показатели, профилактика, лечение.

In the residents of Chernivci region (of iodine deficiency area) set the factors of risk of the mental retardation. Defined the diagnostic-differentiated indicators of mild and of the average degree. Proposed the methods of treatment and the prevention of this disease.

Key words: mental retardation, risk factors, diagnostic-differential criteria, prophylaxis, treatment.

Актуальність статті. За матеріалами всевітньої організації охорони здоров'я в останні десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення числа дітей з відхиленнями у розумовому та фізичному розвитку [1, с. 4], що зумовлює необхідність нагального вирішення проблеми ранньої діагностики, лікування та профілактики цієї патології.

Розумова відсталість (РВ) – це група різних за етіологією і патогенезом станів, що внаслідок несприятливих впливів у внутрішньоутробний період чи в ранньому дитинстві (до 3-х років), призводять до недорозвинення психіки з переважною недостатністю інтелекту й утруднюють (частково чи повністю) соціальне функціонування [6, с. 142]. Згідно МКХ-10 виділяють чотири ступені РВ: легкий, помірний, тяжкий та глибокий [8, с. 167].

Етіологія РВ неоднорідна. За сучасними науковими даними тільки у 35% випадків цієї патології відомі патогенні чинники, що її викликали. У більшій же частині випадків причина РВ залишається невстановленою, хоча клінічний досвід психіатрії та відповідні наукові дослідження свідчать про спадково-ендогенну та екзогенну етіологію її [4, с. 243].

Більшість авторів вважають, що екзогенні форми РВ зустрічаються значно частіше спадкових [9, с. 385]. Так, спадкові її форми у ступені дебільності та імбецильності становлять тільки 10-20% від усіх хворих.

За спадкову природу РВ свідчить надзвичайно висока (до 90%) конкордантність серед монозиготних близнюків порівняно з дизиготними (40%) [10, с. 79]. Вивчення цього питання показало, що домінантним шляхом переважно успадковуються неглибокі форми дефекту, тоді як аутосомно-рецесивним шляхом – частіше глибокі ступені РВ.

Велика і дуже важлива група патогенних чинників, що викликають РВ, представлена багаточисленними екзогенними шкідливостями, які діють або на розвиток плода внутрішньоутробно, або під час пологів, або ж у перші роки постнатального життя. У виникненні розумового недорозвинення на цих етапах суттєва роль відводиться кисневій недостатності плоду, що виникає внаслідок тяжких (серцево-судинних, ендокринних, ниркових) захворювань матері під час вагітності або внаслідок асфіксії плоду (у зв'язку з гестозами вагітності, неправильним положенням його, швидкими чи затяжними пологами, слабкою пологовою діяльністю у матері) [5, с. 106].

У постнатальному періоді для виникнення РВ мають значення менінгоенцефаліти, енцефаліти, черепно-мозкові травми, масивні інтоксикації та інші зовнішні патогенні чинники, які діють в перші роки життя дитини і здатні викликати ураження головного мозку, що призводить до порушення і затримки його розвитку [11, с. 260].

Із наведеного стає зрозумілим, що в більшості випадків причиною РВ є складне поєднання і взаємодія як ендогенних, так і екзогенних патогенних чинників. Водночас, для проведення ефективних профілактичних заходів і лікування конкретного хворого, важливим завданням є виявлення конкретного етіологічного чинника або комплексу чинників.

Впродовж останніх років у Чернівецькій області залишається високим рівень захворюваності (2009 р. – 24,2; 2010 р. – 21,64; 2011 р. – 20,75; 2012 р. – 20,95; 2013 р. – 18,25 на 100 тис. населення) та поширеності (2009 р. – 743,84; 2010 р. – 731,83; 2011 р. – 736,34; 2012 р. – 735,2; 2013 р. – 731,23 на 100 тис. населення) РВ порівняно з середньостатистичними даними по Україні (відповідно: показники захворюваності – 19,99; 19,22; 19,08; 19,45; 18,6; показники поширеності – 602,27; 596,84; 591,92; 589,4; 585,5) [7].

Формування цілей статті (постановка завдання). Вивчити чинники ризику виникнення РВ у жителів Чернівецької області та розробити діагностично-диференційовані критерії різних її ступенів і відповідні заходи з профілактики та лікування.

Матеріал і методи. Обстежено 230 хворих на РВ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у дитячому відділенні Чернівецької обласної психіатричної лікарні і 820 сімей з усіх районів області та м. Чернівці, у яких проживають такі хворі, а також проаналізовано 227 архівних історій хвороб хворих на різні ступені РВ.

У роботі були використані клініко-психопатологічний, епідеміологічний, електроенцефалографічний, експериментально-психологічні та статистичні методи дослідження.

Виклад основного матеріалу. На підставі проведених епідеміологічних досліджень встановлено чинники ризику РВ, які при поєднанні між собою призводили до виникнення цієї патології у жителів Чернівецької області: обтяжений за психічними захворюваннями спадковий анамнез; пізній вік вступу у шлюб батьків; пізній вік матері при народженні дитини; наявність шкідливих звичок у батьків у вигляді вживання алкогольних напоїв та паління на час зачаття дитини; вплив на організм вагітної жінки різних хімічних чинників; резус-конфлікт матері та плоду; гестози вагітності у матері; швидкі або затяжні пологи у матері; гіпоксія мозку плоду, викликана пологовою травмою чи інфекцією; інфекційні та соматичні захворювання, а також несприятливі соціо-психологічні умови життя дитини у ранньому дитинстві; дефіцит йоду на території проживання хворих; поєднання зниженого вмісту магнію, заліза, марганцю і йоду у ландшафтах з

підвищеним рівнем забруднення території цезієм-137 і стронцієм-90.

Результатом проведення клініко-психопатологічного, експериментально-психологічних та електроенцефалографічного досліджень стало визначення діагностично-диференційованих показників *легкого* (послаблення процесів запам'ятовування та відтворення; зниження асоціативної пам'яті; переважання конкретно-ситуаційного мислення; переважання узагальнення за конкретними ознаками; відсутність узагальнення за абстрактними ознаками; багатослівне визначення понять; відсутність понятійного мислення; обмеженість в утворенні нових понять; збіднення емоцій; нестійкість та малий об'єм активної уваги; підвищене самонавіювання; збереження реактивності структур головного мозку на функціональні навантаження; ірритативні зміни активності коркових і серединних церебральних структур) *та помірного* (порушення усіх процесів пам'яті; бідність наглядних і слухових уявлень; обмежене усвідомлення простих завдань; різке зниження узагальнення за конкретними ознаками; обмежений конкретно-ситуаційний характер суджень; відсутність абстрактного мислення; дуже бідний запас знань; нестійкі емоції з негативною реакцією на зміну ситуації; виснаження активної і пасивної уваги; схильність до імітації; зниження реактивності структур головного мозку на функціональні навантаження; зміни активності серединних церебральних структур за пароксизмальним типом) *ступенів* РВ.

Ґрунтуючись на отриманих результатах, ми запропонували комплекс заходів з профілактики РВ та окремі методики її лікування.

При проведенні заходів з профілактики РВ необхідно, на нашу думку, насамперед усунути певні чинники ризику виникнення цієї патології. Цього можна досягти тільки сумісними зусиллями акушерів, педіатрів, генетиків, невропатологів і психіатрів шляхом здійснення відповідної системи заходів.

Заходи з профілактики РВ у населення Чернівецької області розроблені нами відповідно чинникам ризику цієї патології у регіоні.

1. Проведення серед населення санітарно-просвітницької роботи з роз'ясненням причин психічного недорозвинення у дітей і в першу чергу: ролі здоров'я батьків для народження повноцінних нащадків; небезпеки інфекційних захворювань, травм, інтоксикацій, паління, алкоголізму, наркоманій і токсикоманій, соматичних захворювань та інших шкідливостей у матері під час вагітності; значення близькородинних стосунків, великої різниці у віці між батьками.

пізнього вступу батьків у шлюб, пізнього віку матері при народженні дитини у виникненні РВ.

2. Організація і широке впровадження в практику медико-генетичного консультування, направлено на попередження народження дітей з тяжкими ураженнями головного мозку: визначення прогнозу народження хворої дитини; роз'яснення вірогідності такої події батькам, які звернулися за порадою; організація пренатальної діагностики спадкових захворювань з допомогою відповідних досліджень медичної генетики.

3. Організація профілактичної роботи жіночої консультації з розробкою заходів, направлених не тільки на збереження вагітності, але й на забезпечення повноцінних умов для розвитку плоду, які повинні включати: обов'язкове дослідження крові на реакцію Васермана; обов'язкове дослідження крові на СНІД; проведення реакції зв'язування комплементу і шкірно-алергічної реакції на токсоплазмоз; проведення регулярних досліджень крові та сечі на цукор; дослідження крові батьків на відповідність за резус-фактором; попередження виникнення різних ендогенних та екзогенних шкідливостей у пренатальному періоді (гестозів вагітності, соматичних захворювань у матері, різних хімічних і медикаментозних інтоксикацій, паління, алкоголізації, наркоманій і токсикоманій, інфекцій).

4. При виявленні гестозів вагітності чи соматичних захворювань у вагітних необхідно зразу ж починати їх лікування. При цьому важливо обговорити з вагітною жінкою доцільність збереження вагітності при наявності у неї патології щитоподібної залози, вірусних захворювань, токсоплазмозу, сифілісу, СНІДУ, особливо у першому триместрі вагітності. У таких випадках краще запропонувати жінці народити дитину після лікування та поліпшення стану її здоров'я.

5. Проведення під час пологів правильних заходів з попередження асфіксії і травм новонароджених, вибір доцільних методик для їх оживлення.

6. Організація у ранньому періоді життя дитини (у перші 3-и роки): старанного спостереження за дітьми, які перенесли гемолітичну хворобу, пологову травму, асфіксію та інші тяжкі захворювання, своєчасне проведення відповідних лікувальних заходів і заходів з догляду за такою дитиною; застосування обмінного переливання крові новонародженим при резус-конфлікті матері і плоду; масового обстеження новонароджених на фенілкетонурію та гіпотіреоз з наступним проведенням патогенетичної терапії; попередження черепно-мозкових травм та інфекційних захворювань у новонароджених і

дітей раннього віку; своєчасного проведення різноманітних досліджень стану організму дитини з метою раннього виявлення причин відставання її у психічному розвитку.

7. Проведення психолого-педагогічної і соціально-розвивальної корекції, які повинні включати використання інтегральних програм навчання для ранньої соціально-педагогічної адаптації дітей, що зазнали впливу різних шкідливостей в пренатальному та постнатальному періодах (бажано, щоб програми включали матеріали з психокорекційних напрямків, сімейного консультування, поведінкової терапії, ігрової психотерапії, розвитку життєвих навичок, соціально розвивальних занять). Корекційно-виховна робота повинна проводитися з раннього дитинства у сім'ях, спеціалізованих дитячих садках для дітей з порушенням мови і слуху, допоміжних школах та будинках-інтернатах з акцентом на корекцію провідного дефектного ланцюга, навчання руховим навичкам і самообслуговування, що підвищує активність дитини, спонукає до розвитку кіркових відділів рухового аналізатора, поведінкового стереотипу, мовлення та індивідуальних здібностей. Необхідно розвивати здібності дитини до цілеспрямованої діяльності (навчальної, ігрової, трудової) з використанням позитивних стимулів заохочування.

Психокорекційна робота має включати також такі основні її види, як індивідуальна та групова психологічна корекція, психотренінг, консультативна робота з сім'єю, завданням якої є компенсація наявних порушень у розвитку особистості, поліпшення функціонування психічних процесів, допомога у вирішенні внутрішньоособистісних конфліктів. Враховуючи негативні явища суспільного життя української нації (пропаганда на телебаченні і в побуті насильства, розпусти, вживання психоактивних речовин тощо) зусилля фахівців повинні бути спрямовані на оздоровлення сімейно-побутової ситуації, встановлення доброзичливих мікросоціальних контактів у школі та поза її межами. Проведення такої роботи, а також постійний контроль з боку батьків та вчителів за позакласною діяльністю дітей і підлітків, будуть сприяти формуванню у них відповідних інтересів і направлених трудових установок, що покращить їх соціальну адаптацію.

Для усунення такого чинника ризику виникнення РВ у населення Чернівецької області як дефіцит йоду на території проживання хворих, нами запропоновано «Методику профілактики розумової відсталості» у вигляді прийому вагітною жінкою:

– антиструміну 1000 мкг (1 табл.) 1 раз в тиждень, після їжі, запиваючи водою, з перших днів

і впродовж усієї вагітності, а також під час годування дитини грудьми:

– риб'ячого жиру в капсулах по 200 мг 1 раз в день, щоденно, під час їжі, з перших днів і впродовж усієї вагітності, а під час годування дитини грудьми по 300 мг 1 раз в день, щоденно, під час їжі;

– фолієвої кислоти в таблетках по 1 мг 1 раз в день, щоденно, після їжі, у першому триместрі вагітності, а під час годування дитини грудьми у перші 3-и міс. після її народження по 0,333 мг (1/3 табл. в дозі 1 мг) 1 раз в день, щоденно, після їжі.

Для лікування РВ у дітей та підлітків нами запропоновано застосування у загальноприйнятому комплексному лікуванні цієї патології препаратів йоду, риб'ячого жиру та фолієвої кислоти, що знайшло відображення у наступних методиках:

А. «Методика лікування розумової відсталості у дітей» у вигляді прийому хворою дитиною (віком до 12 років):

– йодиду калію по 50 мкг 1 раз в день впродовж 6-и міс. першого року життя (таблетку «розтирати» і додавати в молочну суміш), щоденно, а потім впродовж 6-и міс. кожного року до 5-и років життя;

– риб'ячого жиру в капсулах з розрахунку 20 мг на 1 кг ваги дитини 1 раз в день впродовж першого року життя (капсулу проколювати і її вміст додавати в молочну суміш), щоденно, а від 2-х до 5-и років життя – по 100 мг 1 раз в день, щоденно, під час їжі;

– фолієвої кислоти по 0,5 мг 1 раз в день, впродовж 30-и днів, 2 рази в перший рік життя

(таблетку «розтирати» і додавати в молочну суміш), щоденно, а потім по 0,5 мг 3 рази в день після їжі, впродовж 30-и днів, 2 рази в рік, кожного року до 5-и років життя.

Б. «Методика лікування розумової відсталості у підлітків» у вигляді прийому хворим підлітком (віком 12-15 років):

– йодиду калію у вигляді таблеток по 200 мкг 1 раз в день, щоденно, після їжі, запиваючи водою, впродовж 6-и міс. кожного року;

– риб'ячого жиру в капсулах по 200 мг 1 раз в день, щоденно, під час їжі, кожного року;

– фолієвої кислоти по 1 мг 3-и рази в день, щоденно, після їжі, впродовж 30-и днів, 2 рази в рік кожного року.

Відомо, що фолієва кислота і риб'ячий жир беруть активну участь у формуванні кількості, виду та функціонального стану нейротрансмітерів [3, с. 146], а під впливом йоду відбувається розвиток і формування структур головного мозку, особливо впродовж перших 3-х років життя та підтримування впродовж усього життя певного рівня інтелекту [2, с. 19].

Висновки, зроблені в результаті дослідження.

1. На підставі проведених досліджень установленно найбільш поширені чинники ризику виникнення розумової відсталості у жителів Чернівецької області. визначено діагностично-диференційовані критерії легкого та середнього її ступенів і запропоновано методики лікування й заходи з профілактики цієї патології в регіоні:

Література:

1. Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні // 36. наукових праць. – Харків: УНДІКЕНП МОЗ України. 1999. – 236 с.
2. Йододефіцитні захворювання: Навчальний посібник / В.І.Паньків // Чернівці: Буковинська державна медична академія, 2001. – 100 с.
3. Карпер Д. Ваши чудесные умственные способности / Пер. с англ. / Д.Карпер // Харьков: Кн. Клуб семейного досуга; Фолио, 2000. – 286 с.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, перераб. и допол. В.В.Ковалев // М.: Медицина, 1995. – С. 243–353.
5. Мельник В.І. Питання припинення і зміни примусових заходів медичного характеру в психіатричній лікарні із суворим наглядом хворим з хронічними порушеннями органічного генезу при епілепсії і олігофренії // В.І.Мельник // Галицький лікарський вісник. – 2003. – Т. 10. – Число 3. – С. 104–109.
6. Морозов А.М. Умственное недоразвитие / А.М.Морозов // Архів психіатрії. – Том 10. – Вип. 1 (36), 2004. – С. 142–151.
7. Показники захворюваності на психічні розлади і діяльність психіатричних закладів в Україні. – Довідник ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – Київ, 2009-2013 роки.
8. Чуркин А.А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А.Чуркин. – А.Н.Мартюшов // М.: Триада-Х. 2000. – 232с.
9. Almenara Barrios J. Medical and psychosocial evaluation of a mentally retarded adult population. Article in Spanish / J.Almenara Barrios, R.Garcia Gonzalez-Gordon, J.P.Novalbos Ruiz // Rev Esp Salud Publica 1999 May-Jun 73 (3): 383–392.
10. Stromme P. Aetiology in severe and mild mental retardation: a population-based study of Norwegian children // P.Stromme // Dev-Med Child Neurol 2000 Feb; 42 (2): 76–86.
11. Wiggs L. Поведенческая коррекция нарушений сна у детей, страдающих тяжелой интеллектуальной недостаточностью и нарушениями поведения / L.Wiggs, G.Stores // Brit. J. Health Psychol. – 2001. – V. 6. – № 3. – P. 257–269.