

підшлункової залози у хворих на хронічний панкреатит за методом Р.Фолля//Бук. мед. вісник.-2002.-Т.6, № 4.-С.74-77. 8. Малигіна Т.А. Желчный перитонит.-М.: Медицина, 1973.-255 с. 9. Мільков Б.О., Білоокій В.В., Бочаров А.В. та ін. Внутрішньотканинний електрофорез в лікуванні хворих з внутрішньоочеревинними інфільтратами// Бук. мед. вісник.-2001.- Т.5, № 3.-С. 127-128. 10. Мільков Б.О., Бочаров А.В., Білоокій В.В. Класифікація жовчного перитоніту // Клін. хірургія.-2000.- № 4.-С. 17-19. 11. Мільков Б.О., Бочаров А.В., Білоокій В.В. та ін. Місцевий перитоніт як ускладнення гострого деструктивного калькульозного холециститу// Гал. лікар. вісник.- 2001.- Т.8, № 1.-С. 102-103. 12. Мільков Б.О., Кухарчук О.Л., Бочаров А.В., Білоокій В.В. Перитоніт як ускладнення гострого холециститу.- Чернівці, 2000.- 175 с. 13. Мільков Б.О., Кухарчук О.Л., Бочаров А.В. та ін. Лікування приміхурового інфільтрату при гострому деструктивному калькульозному холециститі//Клін. хірургія. – 1997.- № 11-12.- С. 97. 14. Пішак В.П., Гоженко А.І., Роговий Ю.Є. Тубуло-інтерстиційний синдром.- Чернівці: Медакадемія, 2002.- 221 с. 15. Пішак В.П., Кобилянська Р.М., Роговий Ю.Є. Характеристика "феномену падіння стрілки" у хворих із хронічним панкреатитом//Одес. мед. ж.-2003.- № 1.-С.59 - 62. 16. Чернух А.М. Воспаление.- М.: Медицина, 1979.- 448 с. 17. Шалимов А.А., Грубник В.В., Джозл Горвиц и др. Хронический панкреатит. (Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения).-К.: Здоров'я, 2000.- 256 с. 18. Шерлок П., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей/ Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина.- М.: Гэотар Медицина, 1999.- 864 с. 19. Шерман Д.М. Контуры общей теории шока//Патол. физiol. и экскперим. терапия.- 2003.-№ 3.-С. 9-12. 20. Altmeier G. Die akute cholecystitis//Chirurg.-1981.-Bd. 52.- S. 450-453. 21. Brook L., Walker R.I. Pathogenicity of anaerobic grampositive cocci//Infect. and Immun.-1984.-V. 45.-P. 320-324. 22. Garcia R., Abarca S., Municio A.M. Adrenal gland function in reversible endotoxic shock//Circ. Shock.-1990.- V. 30, № 4.- P. 365-374. 23. Hall E.R., Howard J.M., Jordan G.L. et al. Traumatic injuries of the gallbladder// Arch. Surgery.-2002.-V.72, № 520.- P. 526-530. 24. Kerstein M.D., Meswain N.E. Spontaneous rupture of the common bile duct// Am J. Gastroenterology.-1999.-V. 80, № 469.- P. 127-133. 25. Lilly J.R., Weintraub W.H., Altman R.P. Spontaneous perforation of the extrahepatic bile ducts and bile peritonitis in infancy//Surgery.- 2002.-V. 75, № 664.- P. 542-550. 26. Mc Carthy J., Picao J. Bile peritonitis: Diagnosis and course//J. of Surgery.-2003.-V. 116, № 664.- P. 341-348. 27. Mentzer S.H. Bile peritonitis//Arch. Surgery.-2002.-V. 29, № 227.- P. 248-252. 28. Odhiso Y., Yamada Y., Shibata Y. Exudation of proliferative macrophages in local inflammation in the peritoneum//J. Leukos. Biol.-1992.-V. 52, № 4.- P. 421-424. 29. Root H.D., Hauser C.W., Mc Hinley C.R. et al. Diagnostic peritoneal lavage// Surgery.-2001.- V.57, № 633.-P. 1256-1259. 30. Wangenstein O.H. On the significance of the escape of sterile bile into the peritoneal cavity//Ann. of Surgery.-2001.-V. 84, № 691.- P. 835-841.

PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF THE SEVERITY OF THE COURSE OF BILIARY PERITONITIS

V.V.Bilookyi, Yu.Ye.Rohovy, V.P.Pishak

Abstract. A review of literature substantiates a mechanism of developing four stages of the severity course for biliary peritonitis: I, II, III A, III B, IV from the point of view of patho-physiologic physiology.

Key words: biliary peritonitis, severity staging, pathogenetic substantiation.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol.8 №1.- P.156-159

Надійшла до редакції 5.01.2004 року

УДК 616.89-053.2

С.М.Русіна

СЕПАРАЦІЙНИЙ РОЗЛАД У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
(зав. – проф. В.М. Пашковський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У роботі дано огляд літератури стосовно сепаративного розладу у дітей та підлітків, який набуває в наш час суттєвого медичного та соціального значення внаслідок вимушеної міграції батьків.

Ключові слова: дезадаптація психічна та психологічна, сепаративний розлад, деприваційний синдром, анаклітична депресія.

Психічна та психологічна дезадаптація внаслідок сепараційного розладу в дітей та підлітків набуває суттєвого медичного та соціального значення в нашій державі. За статистичними даними, значний відсоток дітей у більшості регіонів України, а особливо в регіоні Північної Буковини, виховується в неповних сім'ях чи в близьких родичів, внаслідок вимушеної міграції батьків за кордон [10,11,16].

Сепарація – поняття для опису ситуації довготривалого розлучення дитини чи підлітка з близькою людиною (частіше мамою). До особливо серйозних наслідків для психологічного здоров'я дитини може призвести сепарація в перші 3-5 років життя [2,3,15]. Ступінь сприйнятливості до сепарації індивідуальна – для однієї дитини вона стає високо значущим деприваційним фактором, а для іншої – переноситься без будь-яких наслідків. Поряд з віком дитини в період сепарації важливе значення має ступінь вираженості емоційних зв'язків між матір'ю та дитиною на попередніх етапах, раптовість чи поступовість відділення, його тривалість, наявність чи відсутність заміщуючих матір осіб [8,12].

У літературі описані три фази сепараційних депресій, які найбільш типові для дітей від семи місяців до чотирьох років (при влаштуванні дітей у цілодобові ясла, лікарні і т.ін.), але в тому чи іншому вигляді можуть спостерігатися і в інших вікових категоріях.

Фаза протесту – (I фаза) – дитина плаче, кличе свою матір, не відпускає її, коли вона приходить провідати дитину і коли йде від неї, іноді бувають ознаки паніки. Спостерігається погіршення апетиту, сну, диспепсичних явищ, енурез і т.ін. Через декілька днів розвивається власне депресивний стан – дебют фази відчаю (II фаза), коли дитина стає пригніченою, у неї прогресує порушення сну та апетиту, нерідко смоктання пальців, розкачування та інші стереотипні дії. Після цього може настати третя фаза – фаза відчуження, коли дитина “втрачає інтерес” до родичів і для неї перестає бути важливим, провідують її чи ні [9,14].

Цікаво, що стабільність сепараційної реакції не завжди суворо послідовна – фази накладаються одна на одну, так що в клінічній картині можуть співіснувати прояви різних фаз. Із джерел літератури відомо, що ознаками депривації, яка має місце при сепараційних розладах, є недостатнє задоволення будь-яких потреб організму. Тому нами розглядається “депривація психічна”, котра показує ситуацію, характер та типові ефекти депривації основних, необхідних для оптимального розвитку функцій і процесів. Існує декілька варіантів „психічної депривації”. Нами береться до уваги: 1) емоційно-соціальна депривація – у вихованців дитячих будинків та інтернатних закладів внаслідок недостатнього спілкування, емоційного тепла, соціальної ізоляваності; 2) материнська та сімейна депривація – нестача материнського тепла й емоційного резонансу в спілкуванні з дитиною, відсутність родичів, у першу чергу матері (істинне сирітство), тривала сепарація від сім'ї (матері) [18,19].

Єдиного деприваційного синдрому, на думку багатьох дослідників, не існує, оскільки наслідки психологічної депривації можуть охоплювати всю шкалу психічних відхилень, починаючи від легких особливостей психічного реагування і до грубих порушень розвитку інтелекту і всього психічного складу особистості. Водночас, відмічені характерні загальні симптоми і симптомокомплекси, включаючи: 1) затримку та викривлення інтелектуального розвитку (від легких тимчасових, парціальних затримок до глибокої дебільності), збіднення когнітивної сфери; 2) емоційні розлади у вигляді різного роду депресивних станів, а також глибоких і стійких викривлень емоційного формування у вигляді збіднення емоційного реагування, нездатністю до співпереживання та інше; 3) вольові порушення у вигляді пасивності, слабкості та виснаженості спонукань та мотивів, а також комунікативних порушень – від легких аутистичних тенденцій до парааутизму (відмінність останнього від істинного аутизму: чітка його функціональність та зворотність при стимуляції визначених певних психічних функцій, збереженість зорового контакту та емоційного резонансу, навіть при пролонгованій депривації; 4) рухові стереотипії і звичайні дії в стані бадьорості (розкачування, смоктання пальців, смоктання язика, мастурбації та ін.), які розглядаються як такі, що заміщують нестачу зовнішніх стимуляцій. Їх основна реакція від схожих кататонічних розладів – ритмічність, функціональність, відсутність вичурності та імпульсивності; 5) розлади інстинктивної сфери і функціональні соматовегетативні прояви, серед яких найбільш частими є порушення апетиту, сну (зміна його глибини, тривалості, утруднене засинання, виникнення рухових стереотипії і пароксизмальних порушень уві сні). Соматичні симптоми, патогенетично тісно пов'язані з афективними реакціями, різноманітні і можуть уражувати практично всі органи і системи [4,5,6,10].

Глибина і тяжкість деприваційних порушень залежить від віку, в якому мала

місце деприваційна ситуація, її якості, тривалості та інтенсивності. Материнська депривація, виникаючи внаслідок повної і тривалої сепарації грудної дитини від матері, може викликати стан депресії анаклітичної (від грецького *anaclysis* – “відсутність опори”). Цей термін використовувався для опису тяжкої та прогресуючої депресії в дітей перших років життя, які залишилися без мами і не було особи, що її замінювала. Через 3-4 тижні після раптового відриву від матері діти стають плаксивими, боязливими, проявляються розлади сну та апетиту. Погляди науковців на динаміку та прогноз анаклітичної депресії різноманітні. В одних випадках відновлення контакту з матір'ю чи встановлення контакту з особою, яка її замінює, призводить до поступової редукції симптоматики. В інших випадках, незважаючи на хороший догляд, спостерігається сповільнення фізичного та психічного розвитку, підвищена здатність до інфекційних захворювань, діти стають неконтактними, пригніченими й апатичними. В окремих випадках настає фізична виснаженість та різка загальмованість, яка призводить до ступорозної кататонії чи зупинки психічного розвитку з постійним ажитованим збудженням, яке загрожує дитині смертю. Одні дослідники вважають, що різниця в динаміці та прогнозі анаклітичної депресії відображає ступінь індивідуальної сприйнятливості до сепарації і наявність чи відсутність у дитини генетичної схильності до психічної патології ендегенного кола, щодо якої сепарація може виступати як провокуючий чи каталізуючий фактор; інші, навпаки, розглядають сепарацію як основний причинний фактор, вважаючи, що індивідуальна чутливість та генетичні фактори, які відбиваються на патопластиці анаклітичної депресії, але не визначають її виникнення [11,12].

У типовій картині емоційно-соціальної депривації зазвичай відмічають характерні порушення раннього розвитку: затримка розвитку мови, відсутність або мала кількість питань, недостатній розвиток тонкої моторики і міміки, а в подальшому – емоційні порушення у вигляді загальної згладженості емоційних проявів, нерідко при схильності до страхів та тривоги, поведінкові відхилення (часті реакції активного та пасивного протесту і відмови, нестача почуття дистанції у спілкуванні чи, навпаки, утруднення спілкування) [1]. Депривація у сім'ї може виникати як наслідок порушень внутрішньосімейних стосунків, а також як результат різних психічних захворювань, у першу чергу – депресивних розладів у матері, і характеризується формуванням особливого ставлення дитини до матері (підвищена сенситивність чи, навпаки, індіферентність), а також зумовлює загальні зміни емоційного фону з тривожною готовністю, неспецифічні розлади уваги, діяльності та поведінки в цілому. У розвитку деприваційних порушень і оформленні їх клініки важлива роль надається внутрішнім умовам депривації. Сюди відносять вік, в якому дитина відчуває деприваційний вплив (діти перших років життя сензитивні до будь-якого типу депривації); конституційні особливості (важливі такі природжені характеристики темпераменту, як рівень активності, інтенсивність реакцій, регулярність біоритмів, пристованість до змін та інші); генетична схильність до психічних та соматичних захворювань, які можуть провокуватися в умовах депривації, наявність мінімальної мозкової дисфункції перинатального генезу, яка викликає додаткові “внутрішні” деприваційні впливи через перцептивні та рухові розлади [7,17].

Не до кінця вирішене питання про зворотність деприваційних порушень. За деякими даними, тривала ізоляція дитини від мами може призводити до тяжких та незворотних порушень інтелектуальних та особистісних функцій [19].

Наслідки депривації тим важчі, чим раніше вона настала і довше тривала, чим більше кількість функцій і потреб охоплювала, чим можливості сприйняття та переробки інформації нижчі власне психічного апарата. У зв'язку з останнім належить звертати увагу на недооцінені деприваційні ефекти психічних порушень, коли деприваційну ситуацію створює сама специфіка хвороби та викликані нею зміни соціальних стосунків. У цілому, чим коротший і складніший деприваційний вплив, тим нормальніший наступний розвиток [12].

Описаний у літературі також симптомокомплекс емоційно-поведінкових відхилень після припинення сепарації. Упродовж декількох тижнів чи навіть місяців дитина залишається підвищено капризною і невірноваженою, намагається весь час знаходитися поряд з матір'ю (чіпляючись за спідницю), не проявляючи в той же час яких-небудь позитивних почуттів до неї, а нерідко навіть буває агресивною. У цей період негативне ставлення мами чи інших членів сім'ї до подібних проявів може призвести до поглиблення слідового симптомокомплексу [4,13].

Факторами, котрі зменшують прояви сепараційного розладу, є присутність близької людини, часте провідування дитини, безліч іграшок та широкі можливості для гри, правильна підготовка дитини чи підлітка до тимчасової розлуки,

збереження улюблених іграшок та предметів і зведення до мінімуму неприємних процедур [12].

Література. 1. *Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека* /Под ред. И.А.Полищука, А.Е.Видренко. – К.: Здоров'я, 1980. – 122 с. 2. *Блейхер В.М., Крук И.В.* Толковый словарь психиатрических терминов /Под ред. С.Н.Бокова. – Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1995. – 640 с. 3. *Влох І.Й., Михняк С.І., Сувало Б.П.* Довідник з терапії психічних захворювань. – Львів: Каменяр, 1998. – 78 с. 4. *Гельдер Майкл, Гэт Деннис, Мейк Ричард.* Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ. – К.: Сфера, 1997. – Т.1 – С. 81 – 198; Т.2 – С. 262 – 332. 5. *Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств* /Под ред. проф. В.Н.Краснова и проф. И.Я.Гуровича. – М., 2000. – 223 с. 6. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с. 7. *Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків.* Клінічний посібник /За ред. проф. П.В.Волошина, проф. В.М.Пономаренка, проф. В.С.Підкоритова та ін. – Харків: Фолю, 2001. – 271 с. 8. *Кузнецов В.М., Чернявський В.М.* Психіатрія. – К.: Здоров'я, 1993. – 344 с. 9. *Кутько И.И., Стефановский В.А., Букреев В.И., Шестопалова Л.Ф.* Депрессивные расстройства. – К.: Здоров'я, 1992. – 152 с. 10. *Психіатрія* /За ред. проф. О.К.Напреевца. – К.: Здоров'я, 2001. – С.353 – 371. 11. *Справочник детского психиатра и невропатолога* /Под ред. Л.А.Булаховой. – К.: Здоров'я, 1985. – 288 с. 12. *Справочник по психологии и психиатрии детского возраста.* /Под ред. С.Ю.Циркина. – С.Пб.: Питер, 1999. – С.275; С.284 – 286; С.370 13. *Баркан А.И.* О некоторых критериях прогнозирования исхода адаптационного периода у детей, впервые поступивших в организованные коллективы // Педиатрия. - 1981.-С. 9, 20-23. 14. *Грош К., Шмидт У., Нейман И.* К вопросу адаптации при переходе детей из яслей в детский сад // Педиатрия. - 1979.- С. 3, 16-17. 15. *Давыдов В.В., Радзиховский Л.А.,* Теория Л.С.Выготского и деятельностный подход в психологии // Вопр. психол. - 1981.-С. 1, 67-80. 16. *Ершова Н.М.,* Воспитание детей в неполной семье.- Москва: Прогресс.- 1980. – С. 5-15. 17. *Исаев Д.Н.* Психическое недоразвитие у детей.- Ленинград: Медицина, 1982. – С.20-31. 18. *Тонкова-Ямпольская Р.В., Голубева Л.Г., Мышкис А.И.* Некоторые вопросы социальной адаптации в раннем детстве // Педиатрия.- 1979.- С. 6-10, 19. 19. *Лансмейер Й., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте.- Прага: Авиценум, 1984. - 334 с.

SEPARATION DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (BIBLIOGRAPHY REVIEW)

S.M.Rusina

Abstract. Psychic and psychologic deadaptation due to the separation disorder in children and adolescents acquires a considerable and social importance in our country.

Key words: psychic and psychologic deadaptation, separation disorder, deprivation syndrome, anaclitic depression.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol.8 №1. - P.159-162

Надійшла до редакції 19.11.2003 року