

4. Грант Э. Коучинг принятия решений / Э. Грант, Дж. Грин. – СПб. : Питер, 2005. – 138 с.
5. Ландсберг М. Менеджер-коуч. Повышайте собственную эффективность, мотивируя и развивая тех, с кем работаете / М. Ландсберг. – М. : Эксмо, 2008. – 160 с.
6. Лейблинг М. Коучинг – это просто / М. Лейблинг, Р. Прайор. – СПб. : Питер, 2008. – 144 с.
7. Орбан-Лембрик Л. Е. Основи психології управління : монографія / Л. Е. Орбан-Лембрик. – Івано-Франківськ : Плай, 2002. – 426 с.
8. Гурієвська В. Коучинг як прикладна технологія державного управління / В. Гурієвська // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2011. – № 1. – С. 32-39.

Уніченко А.В.

PhD,

Науково-методичний центр «МЕДІНТЕХ»

Гресь О.О.

PhD, слухач,

Національна академія внутрішніх справ України

Паначук А.Ю.

студент,

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

КОРЕКЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ДИСКОГЕННИМИ ДОРСОПАТІЯМИ

За даними ВООЗ поширеність больових синдромів досягає розмірів пандемії і є серйозною медичною і соціально-економічною проблемою для більшості країн. Наприклад, в Україні, болі різної локалізації – головний і лицьова біль, невротатії, міофасціальні болі, фіброміалгії, артралгії, вісцеральний біль з різною етіологією є другою за частотою первинного звернення за медичною допомогою, після респіраторних захворювань і третьою – госпіталізації.

Тривалий, хронічний біль стає важким випробуванням як для хворого і його родини, так і для його лікуючих лікарів. Досить часто у хворих даної групи відбувається порушення функції пов'язаних органів і постійно погіршується самопочуття, обумовлене болем, що в свою чергу призводить до розвитку тривожно-депресивних розладів у даної групи хворих (Самосюк І.З. і співавт., 2015).

Біль, на думку більшості дослідників[1-5], завжди забарвлена емоційними переживаннями, і це надає їй індивідуальний характер. Найважливішими факторами визначальними рівень болю є емоційно-особистісні особливості суб'єкта, рівень його невротизації, наявність депресивно-іпохондричних проявів.

Разом з тим ряд питань діагностики та лікування больових синдромів все ще не вирішені. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури показав, що мануальна терапія, фізіотерапія, тракції хребетного стовпа, а також інші рекомендовані ВООЗ методи лікування больових синдромів повністю не

вирішують цю проблему. Авторами була розроблена і виконана практична апробація методики корекції психосоматичного стану хворих з дорсопатією поясничного відділу хребта на основі використання нейроакустичної корекції бінауральних ритмів (НАК БР) і мезодієнцэфальної модуляція (МДМ терапія) в стані декомпресії хребта.

Матеріали і методи дослідження. Для визначення найбільш ефективного протоколу лікування хворих з дискогенними дорсопатіями авторами проводилися пілотні дослідження на основі запропонованої технології. Для проведення досліджень були залучені 42 хворих, що надали письмову згоду на проведення досліджень і обробку отриманих даних. Всі хворі були розділені на 2 групи по 21 хворому. Критерієм для включення в досліджувану групу була наявність у хворого дискогенної дорсопатії, тривожної депресії за психосоматичною шкалою А.Бека. до групи входили особи віком 32-47 років, включаючи 8 жінок і 34 чоловіки.

У 1 групі лікування проводилось методом кінетотерапії на похилій кушетці. Процедури проводилися в стані декомпресії хребта (на кушетці з кутом нахилу 20 градусів до горизонту, з фіксацією грудного відділу, додатково на кушетці встановлені 8 постійних магнітів з індукцією на поверхні 20 мТл). Тривалість однієї процедури становила 30 хвилин, на курс лікування призначалось 9 процедур 3 рази на тиждень.

У 2 групі лікування проводилось методом аналогічно першої групи, з додаванням одночасної корекції психологічного стану хворого, на основі бінауральної корекції протибольової частоти 77 Гц (ліва сторона) і сума протибольової і індивідуальної терапевтичної частот (права сторона).

Індивідуальна терапевтична частота визначалась на основі методу САМОСЮК-Чухраєва. У всіх хворих, які брали участь в дослідженні, вона становила $(9,5 \pm 1,1)$ Гц. Гучність звучання визначалась хворим на основі суб'єктивних відчуттів. МДМ виконується на частоті, що несе 10000 Гц і на частоті, що обгинає 77 Гц.

В результаті застосування запропонованих варіантів лікування, суб'єктивне зниження болю і поліпшення загального стану відзначили всі хворі. За результатами аналізу отриманих даних на основі шкали оцінки інтенсивності болю ВАШ і психометричній таблиці А. Бека кращі показники лікування больових синдромів у хворих з дискогенними дорсопатіями на тлі тривожної депресії була досягнута у 2 групі.

До лікування клінічна картина була типова. Основним симптомом в хворих з дискогенною дорсопатією була біль і супутній їй депресивний стан. До початку проведення дослідження всі показники, які оцінюються за шкалою інтенсивності болю ВАШ, були однорідні в обох групах хворих.

Результати досліджень показали позитивну динаміку клінічних проявів в обох групах хворих. Було встановлено, що поєднане застосування кінетотерапії на похилій кушетці і застосування корекції психологічного стану на основі запропонованої методики на 32-40% знижують клінічні прояви болю і майже на 12-31% рівень депресії. Тому в 2 групі спостерігається більш виражена

порівнянності з 1 групою позитивна динаміка зменшення больового синдрому і рівня депресії.

Висновки. Визначено, що лікування дискогенних дорсопатій на основі запропонованого методу поєднаного застосування МДИ і НАК БР в стані декомпресії хребта знижує рівень суб'єктивної оцінки болю за шкалою ВАШ практично на 30% і рівень депресії на 20% по психометричній таблиці А. Бека в порівнянні з контрольною групою.

Актуально подальше вивчення поєднаного застосування психофізіологічних методів депресивних розладів для підвищення ефективності комплексного лікування дискогенних дорсопатій.

Список використаних джерел:

1. Леонов, Б.И. Низкоинтенсивная резонансная физиотерапия. Способы и средства. / Б.И. Леонов, И.З. Самосюк, Н.В. Чухраев, Ю.А. Артюхов. – М.: НМЦ «Мединтех». 2006. 148 с.
2. Самосюк И.З., Малюта В.И., Чухраев Н.В. Лечение болевых синдромов. / Вена. НМАПО им. П.Л. Шупика, УО физической и реабилитационной медицины. 2016. 224 с.
3. Chuhraev N., Zukow W., Samosiuk N., Danilova O. The role of psychological correction in discogenic dorsopathies treatment. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):262-270. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.166568>
4. Способ лечения межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника, № 104417. Чухраев М.В.; Чухраев О.М.; Самосюк Н.И.; Левковская В.И.; Грушко Г.И.; Данилова А.А.; Униченко А.В. Опубл. 25.01.2016, бюл., № 2 / 201.
5. Chuhraev N.V. Psychophysiological correction of anxious depressive disorders in patients with dorsopathy / N.V. Chuhraev, A.A. Vladimirov, V.I. Levkovskaya, W. Zukov / Journal of Education, Health and Sport. 2015. Vol. 5. № 6. P. 273-280.

Хоміцький М.Є.

*кандидат медичних наук, доцент,
Запорізький державний медичний університет*

КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗИ ТА ЖЕСТУ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ В ПЕРІОД РЕМІСІЇ (КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ)

Не зважаючи на високу актуальність проблеми диференційної діагностики шизоафективного розладу та шизофренії, дослідницький інтерес до пошуку стійких нозоспецифічних клінічних маркерів ендогенних психозів залишається невисоким, і відноситься більше до підтвердженні наявності негативної симптоматики та нейрокогнітивних ознак шизофренії та специфічних нейрокогнітивних розладів при афективних психозах. Клінічні аспекти ремісії шизоафективного розладу (ШАР) залишаються найменш дослідженими та потребують вивчення з метою чіткого відокремлення від епізодичної параноїдної шизофренії. Наявні складнощі диференційної діагностики між цими двома захворюваннями обумовлені певною клінічною схожістю в період загострення та