

14. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. — М.: ИД Медпрактика-М, 2007. — 200 с.
15. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельдта. — М.: ИД Медпрактика-М, 2007. — 356 с.
16. Табачников С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 5—8.

17. Хлебникова Л. Ю., Пархоменко И. М. Клинико-социальные аспекты депрессий у пациентов общемедицинской сети // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Науч. матер. первого нац. конгресса по соц. психиатрии. Москва, 2—3 декабря 2004. — М.: ГЕОС, 2004. — С. 127—128.

18. Chisholm D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the Choice programme of the World Health Organization / World Psychiatry. — 2005. — Vol. 4, № 1. — P. 37—44.

*Надійшла до редакції 22.04.2009 р.*

*М. П. Жданова, О. М. Коллякова,  
Е. Н. Зинченко, Н. А. Марута*

### **Состояния и перспективы развития психиатрической службы в Украине**

*Министерство здравоохранения Украины (г. Киев),  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
АМН Украины» (г. Харьков)*

В статье представлены данные о состоянии и перспективах развития психиатрической службы в Украине. Отмечено, что сегодня происходит процесс активного переосмысления приоритетов и ценностей в области психического здоровья. Готовность психиатрической службы к изменению идеологии должна оцениваться с учетом современного состояния психиатрической помощи и её динамики. Показатель заболеваемости и распространенности расстройствами психики и поведения на протяжении последних лет в Украине возрастает. Одним из критериев эффективности работы службы является показатель инвалидности (контингент инвалидов в динамике десятилетнего периода увеличился на 25,9 %).

Полноценная реализация модели оказания общественно-ориентированной психиатрической помощи невозможно без разработки Государственной Программы, направленной на улучшение психического здоровья населения Украины. В процессе реализации Программы необходимо сосредоточить внимание на решении таких вопросов как преодоление явлений стигматизации, усовершенствование нормативно-правовой базы оказания психиатрической помощи, обеспечение ее доступности и дифференцированности, развитие сотрудничества разных секторов, которые работают в сфере здравоохранения, привлечение пациентов, их родственников и общественных организаций, которые их опекают, к оказанию психиатрической помощи.

*M. P. Zhdanova, O. M. Kollyakova,  
E. N. Zinchenko, N. A. Maruta*

### **State and perspectives of development of the mental health service in Ukraine**

*Ministry of Health of Ukraine (Kyiv),  
State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)*

In the article data about a state and perspectives of development of the mental health service in Ukraine are presented. It was pointed out that now a process of an active revision of priorities and values is going on in the mental health service to change its ideology should be estimated taking into account a contemporary state of psychiatric care and its dynamics. An incidence and a prevalence of mental and behavioral disorders in Ukraine have been growing during last years. One of the efficacy criteria of work of the service is a rate of disability (number of disabled people had been growing on 25.9 % during last 10 years).

A comprehensive realization of the model of a social-oriented psychiatric care is impossible without the State Program directed to improvement of mental health of population of Ukraine. In realization of this Program we need to focus on solving a number of problems such as an overcoming of stigmatization, an amendment of a legislative basis for mental health care, a providing of its accessibility and differentiation, a development of cooperation of various division of the health service system, an involvement of patients, their families and non-government care organizations in the mental health service.

УДК.616.8-022.6-07

*Н. П. Волошина, д-р мед. наук, профессор, зав. отделом нейроинфекций и рассеянного склероза, Т. В. Негреба, канд. мед. наук, доцент, вед. науч. сотрудн.,  
И. Л. Левченко, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудн.,  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков),*

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ — ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЫ И ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТЫ Сообщение II\***

Современная отечественная и зарубежная литература, посвященная энцефаломиелиту (ЭМ), носит достаточно противоречивый характер. Это касается патогенетических механизмов его формирования, этиологических факторов, частоты возникновения различных клинических форм, типов и вариантов течения, критериев дифференциальной диагностики (включая клинические, нейровизуализационные, нейрофизиологические, лабораторные методы исследования) с другими неврологическими заболеваниями и, в первую очередь, с рассеянным склерозом (РС) [1, 2]. Большинство неврологов считают ЭМ монофазным заболеванием,

однако от 5 до 12 % исследователей утверждают, что ЭМ имеет своеобразное полифазное рецидивирующее течение, отличающееся по своим проявлениям от рецидивирующих форм РС [3]. Поскольку ЭМ занимает одно из ведущих мест в структуре нейроинфекционной патологии, особенно в молодом и юношеском возрасте, изучение особенностей его течения представляет как теоретический, так и практический интерес. Механизмы развития патологического процесса при ЭМ окончательно не изучены, что обусловлено полиэтиологическим характером заболевания. Известно, что наряду с параинфекционными и поствакцинальными ЭМ, частота

\* Сообщение I см. «Український вісник психоневрології», Том 17, вип. 1 (58) — 2009.

которых невелика, преобладают постинфекционные варианты, обусловленные вирусными, бактериальными и микстовыми формами инфекций. Отсюда становится очевидным, что ведущая роль в патогенезе ЭМ принадлежит различным антигенным триггерным факторам, в подавляющем большинстве — инфекционным. Роль триггерных факторов, в первую очередь, соотносится с такими инфекционными агентами как вирус ветряной оспы, вирус Эпштейна — Барр, цитомегаловирус, боррелия, микопlasма, гемолитический стрептококк, нередко вызывающий экстрапирамидные нарушения, поведенческие расстройства и ряд других [3, 4]. Эти данные согласуются с результатами наших исследований по выявлению этиологических факторов ЭМ, представленных в таблице 4.2 в сообщении 1 [5].

По современным представлениям, патогенез при ЭМ в значительной мере обусловлен явлениями молекулярной мимикрии, т. е. наличием сходства между антигенами вирусов, бактерий и антигенами структур нервной ткани, что способствует возникновению перекрестных реакций [6].

К особым вариантам энцефаломиелитов, наряду с поперечным миелитом, оптикомиелитом, геморрагическим лейкоэнцефалитом, церебеллитом, относятся комбинированные формы системных многоуровневых поражений нервной системы (СМПНС) в виде энцефаломиелополирадикулоневритов (ЭМПРН) [7]. ЭМПРН отличает выраженный полиморфизм клинической симптоматики с признаками поражения всей цереброспинальной оси с обилием переходных форм. Выделение и признание этой нозологической формы на современном этапе развития неврологии возвращает нас к классическим работам М. С. Маргулиса, который в 30-х годах прошлого столетия выдвинул концепцию, согласно которой при внедрении инфекционного агента ведущую роль играет принцип целостности нервной системы. По его мнению, «патогенез при нейроинфекциях представляет собой единую динамическую систему, в которой последовательно и избирательно поражаются различные отрезки центральной и периферической нервной системы по всей цереброспинальной оси» [8].

Целью настоящей работы явилось изучение клинической характеристики и особенностей течения энцефаломиелитов и энцефаломиелополирадикулоневритов на современном этапе.

Под нашим наблюдением находился 41 больной (29 женщин, 12 мужчин) в возрасте от 17 до 54 лет, в т. ч. с энцефаломиелитами — 31 человек, с энцефаломиелополирадикулоневритами — 10 человек.

Клинические проявления ЭМ были различны и включали как общемозговые симптомы, так и очаговую неврологическую симптоматику.

Очаговая неврологическая симптоматика отличалась значительным разнообразием и определялась локализацией и выраженностью воспалительных изменений в нервной системе. Неврологический дефицит чаще всего проявлялся комбинацией пирамидных, мозжечковых, стволовых симптомов, включая ретроульбарные невриты с последующей частичной атрофией дисков зрительных нервов. Это заставляло проводить дифференциальную диагностику с РС, особенно на начальных этапах заболевания.

Среди очаговых неврологических синдромов ведущее место занимали пирамидные и атактические нарушения (96,7 % и 83,9 % соответственно) (табл. 1).

В структуре пирамидного синдрома преобладали умеренно выраженные нижние парапарезы, гемипарезы, монопарезы; значительно реже встречались три- и тетрапарезы.

Структура и выраженность пирамидного синдрома у подавляющего большинства больных характеризовалась нестойкостью, динамичностью, нередкими асимметриями между степенью выраженности пареза в правой и левой ногах, частыми и дифференцированными синдромами диссоциаций, представленных в разных вариантах и сочетаниях: между степенью пареза, с одной стороны, и наличием или отсутствием повышения тонуса по спастическому типу, клонусов, патологических стопных знаков, брюшных рефлексов, с другой стороны [9].

Таблица 1

Ведущие очаговые синдромы при энцефаломиелитах и энцефаломиелополирадикулоневритах

Синдром	Энцефаломиелит (n = 31)		Энцефаломиелополирадикулоневрит (n = 10)	
	абс.	%	абс.	%
Двигательные нарушения	30	96,8	10	100,0
Мозжечково-атактические нарушения	26	83,9	5	50,0
Нарушения функций черепно-мозговых нервов	25	80,6	10	100,0
Нарушения болевой чувствительности	7	22,6	2	20,0
Вестибулярный	6	19,3	3	30,0
Нарушение проприоцептивной чувствительности	3	9,7	1	10,0
Поражение зрительного нерва	10	32,2	2	20,0
Нарушения функции тазовых органов	15	48,4	6	60,0
Подкорковый	3	9,7	1	10,0
Когнитивные нарушения	3	9,7	1	10,0
Эписиндром	3	9,7	2	20,0
Полирадикулярный	—	—	9	90,0
Оболочково-корешковый	—	—	5	50,0

Примечание: n — количество больных

Аналогичные диссоциированные и дифференцированные симптомы были обнаружены в рамках мозжечково-атактического синдрома: между степенью и характером нарушений походки, статической атаксией в пробе Ромберга, горизонтальным нистагмом, инкоординацией в руках и ногах при выполнении координаторных проб.

Стволовая симптоматика (80,6 %) носила полиморфный характер с различными топическими акцентами:

— поражения среднего мозга: глазодвигательные нарушения, включая двоение в разных плоскостях, сходящееся и/или расходящееся косоглазие, парезы отводящего нерва, межъядерный офтальмопарез, вертикальный нистагм, парез взора вверх, поражения лицевого и подъязычного нерва по центральному типу, которые, как правило, сочетались с координаторными и статокинетическими нарушениями;

— поражения варолиевого моста: вестибулярный синдром, горизонтальный нистагм; реже — вовлекался тройничный, отводящий, лицевой нервы, понижение корнеальных рефлексов, снижение глоточного рефлекса.

Поражений каудальных отделов ствола в виде выраженного бульбарного синдрома и грубых центральных парезов у наших больных выявлено не было.

В целом, ствольные нарушения носили нестойкий характер, со склонностью к частичному или даже полному регрессу под влиянием лечения.

Сфинктерные нарушения в виде императивных позывов, задержек и/или недержания мочи выявлены у половины больных (48,4 %). Несмотря на сравнительно высокую частоту, у подавляющего большинства больных указанные нарушения имели тенденцию к частичному регрессу.

В структуре чувствительных расстройств (32,2 %), наряду с частыми субъективными политопическими нарушениями в виде парестезий, гиперпатий, дизестезий, реже — корешковых болевых феноменов, отмечались нарушения болевой чувствительности по гемитипу и проводниковому типу (22,6 %); реже (9,7 %) встречались нарушения суставно-мышечного чувства, сопровождавшиеся, как правило, присоединением сенситивных атактических расстройств.

Поражения зрительного нерва в виде атрофии дисков зрительных нервов, сужения полей зрения, центральных и парацентральных постоянных или преходящих скотом встречались у трети больных (32,2 %).

Деколорация на глазном дне носила преимущественно двусторонний характер и, как правило, развивалась субклинически. Только у 4-х больных была выявлена классическая картина острого ретробульбарного неврита.

В редких случаях были выявлены подкорковый синдром (9,7 %), умеренный когнитивный дефицит (9,7 %) и лобный хватательный феномен Янишевского (6,4 %), определявшийся в остром периоде заболевания.

В клинической структуре ЭМПРН следует выделять 3 ведущих симптомокомплекса, представленных в разных сочетаниях и соотношениях в рамках единого процесса с точки зрения нозологии (см. табл. 1).

Первый симптомокомплекс включал в себя церебральные синдромы в виде глазодвигательных нарушений, мозжечковых, атактических, вестибулярных расстройств, поражений зрительного нерва (височная деколорация).

Их клиническая структура принципиально не отличалась от описанной выше при ЭМ.

Второй симптомокомплекс характеризовался миелитическими спинальными поражениями — парезами, которые в ряде случаев сочетались с повышением мышечного тонуса по спастическому типу, патологическими стопными знаками, сфинктерными нарушениями, расстройствами чувствительности по проводниковому и сегментарному типам.

Третий симптомокомплекс был представлен радикулоневритическими синдромами с преобладанием периферической структуры парезов, гипотрофиями, полирадикулярными и тоническими болевыми феноменами, выраженным оболочечно-корешковым синдромом и рядом других.

Указанные симптомокомплексы, дифференцированно интегрированные в единую нозологическую форму, отличались друг от друга характером, интенсивностью, распространенностью и преимущественной топической локализацией основного патологического процесса. Это подтверждает вышеприведенное положение о том, что внедрение инфекционного агента при этих формах нейроинфекций сопровождалось генерализованной реакцией нервной системы. Наряду с преобладанием очаговой неврологической симптоматики при СМПНС, важную роль в формировании целостной клинической картины играли общемозговые синдромы, среди которых ведущими являлись ликворно-гипертензионный, цефалгический, астенический и вегетососудистый (табл. 2).

Таблица 2

Ведущие общемозговые синдромы при энцефаломиелитах и энцефаломиелополирадикулоневритах

Синдром	Энцефаломиелит (n = 31)		Энцефаломиелополирадикулоневрит (n = 10)	
	абс.	%	абс.	%
Ликворно-гипертензионный	12	38,7	2	20,0
Астенический	20	64,5	4	40,0
Синдром вегетососудистой дистонии	10	32,2	4	40,0
Субфебрилитет	5	16,1	—	—
Пароксизмальные состояния	4	12,9	2	20,0
Синкопальные состояния	3	9,6	1	10,0
Диссомнические расстройства	2	6,4	—	—
Психосенсорные расстройства	2	6,4	1	10,0
Обменно-эндокринные нарушения	2	6,4	—	—

Примечание: n — количество больных

Следует подчеркнуть, что взаимоотношения между очаговыми и общемозговыми симптомами у большинства больных носили стадийно-фазовый характер и зависели от остроты развития процесса. При остром течении общемозговые синдромы, как правило, являлись манифестными и определяли тяжесть состояния больного; при подостром и хроническом — присоединялись на разных этапах заболевания. В целом, общемозговые синдромы при СМПНС возникали с различной частотой, по-разному соотносились друг с другом, носили стойкий, но динамичный характер, т. е. изменялись в своей интенсивности на разных этапах заболевания, оказывая существенное влияние на особенности течения, прогноз, трудоспособность и качество жизни больных.

Диагностика СМПНС в связи с недостаточностью наших представлений об этиологии и патогенезе нередко представляет большие трудности, которые можно преодолеть, руководствуясь следующими основными универсальными диагностическими критериями:

— связь начала заболевания с перенесенной инфекцией, чаще всего в отсроченном анамнезе;

— длительный (в ряде случаев многолетний) субфебрилитет, сочетающийся с реактивными полиартралгиями, миалгиями, радикулярными болевыми феноменами;

— системное многоочаговое поражение нервной системы, сочетающееся с общемозговой симптоматикой в виде частых и упорных головных болей ликворно-гипертензионного, мигренозного, венозно-дисциркуляторного характера, синдрома вегетосудистой дистонии, пароксизмальных состояний, протекающих по типу вегетосудистых кризов и ряда др.;

— вирусологическая и серологическая верификация, подтверждающая инфекционную этиологию заболевания;

— нейровизуализация с помощью компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

В целом, клинический анализ СМПНС, несмотря на многоочаговый и в ряде случаев выраженный характер поражения, свидетельствует об относительно благоприятном прогнозе у подавляющего большинства больных. Течение СМПНС с учетом характера прогноза включает присущие этим хроническим заболеваниям клинические закономерности — тенденцию к рецидивированию и к трансформации клинических проявлений (т. е. патоморфоз), которые возникают на разных этапах заболевания у значительной части больных. Указанные закономерности обусловлены периодической реактивацией вирусной и/или бактериальной инфекции и лежат в основе хронического течения этих форм нейроинфекций.

#### Список литературы

1. Шмидт Т. Е., Яхно Н. Н. Рассеянный склероз. — М.: Медицина, 2003. — 160 с.
2. Алан Дж. Томпсон, Крис Полман, Райнхард Хольфельд. Рассеянный склероз: клинические аспекты и спорные вопросы / Пер. с англ. Н. А. Тотолян; Под ред. А. А. Скоромца. — СПб.: Политехника, 2001. — 422 с.
3. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Под ред. Е. И. Гусева, И. А. Завалишина, А. Н. Бойко. — М., 2004. — 526 с.
4. Дамулин И. В. Инфекционные заболевания нервной системы // Неврологический журнал. — 2004, № 5. — С. 54—58.
5. Волошина Н. П., Негреба Т. В., Левченко И. Л. Клиническая характеристика современных хронических нейроинфекций (факторы риска, этиология, типы и варианты течения) // Український вісник психоневрології. — Т. 17, вип. 1 (58), 2009. — С. 10—14.
6. Гузева В. И., Чухловина М. Л. Рассеянный склероз. — СПб., 2007. — 171 с.
7. Штульман Д. Р., Левин О. С. Неврология: Справочник практического врача. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 639—641.
8. Маргулис М. С. Инфекционные заболевания нервной системы: Руководство по неврологии. — Москва; Ленинград, 1940. — Т. V, вып. 1. — 515 с.
9. Марков Д. А., Леонович А. Л. Рассеянный склероз. — М., 1976. — 295 с.

Надійшла до редакції 26.02.2009 р.

*Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, І. Л. Левченко*

#### Клінічна характеристика сучасних хронічних нейроінфекцій — енцефаломієлітів і енцефаломієлополірадікулоневритів Повідомлення II

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
АМН України» (м. Харків)*

У даній роботі були вивчені клінічні особливості сучасних форм нейроінфекцій — системних багаторівневих уражень нервової системи — енцефаломієлітів та енцефаломієлополірадікулоневритів. Виділені провідні етіологічні чинники, розроблені діагностичні критерії, описана клінічна структура з урахуванням взаємовідносин між осередковими і загально-мозковими синдромами, що формують цілісну клінічну картину при цих захворюваннях. Доведено, що вказані взаємовідносини у більшості хворих мають стадійно-фазовий характер, залежать від гостроти розвитку процесу і динамічно змінюються на різних етапах захворювання, що істотно впливає на важкість перебігу, прогноз, на працездатність та якість життя хворих.

*N. P. Voloshyna, T. V. Negreba, I. L. Levchenko*

#### The clinical characteristics of the modern chronic neuroinfections — encephalomyelitis and encephalomyelorradiculitis Report II

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)*

There were studied the clinical peculiarities of the modern forms of neuroinfections — systemic multilevel lesions of the nervous system — encephalomyelitis and encephalomyelorradiculitis. There were selected the leading etiologic factors, the diagnostic criteria were developed, the clinical structure was described according the relations between focal and general brain syndromes, which formed the whole clinical picture at these diseases. It was proved that the indicated mutual relations in most patients had the character of phases and stages, it was depended on the acuity of the process and they were changing dynamically on the different stages of disease and essentially influenced on disease's severity, prognosis, ability to work and quality of patient's life.