УДК 159.95:616.831-001.34:616-07

Н. Н. Привалова
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

Особенности нарушений высших психических функций в остром периоде легкой черепно-мозговой травмы у участников боевых действий

Целью нашей работы было изучение нарушений высших психических функций у участников боевых действий с легкими закрытыми черепно-мозговыми травмами (ЧМТ) для оценки степени дисфункции различных корковых и подкорковых систем мозга и определения нейропсихологических маркеров возможной психической дезадаптации.

Для обследования использовали набор стандартных и сенсибилизированных нейропсихологических проб, предназначенный для изучения структуры нарушений высших психических функций у лиц с минимальной мозговой дисфункцией; кроме того, для уточнения характера и степени тяжести эмоциональных расстройств были использованы опросники SCL-90-R и Бека. Объектом исследования были 16 больных в остром периоде после легкой закрытой ЧМТ взрывного характера. Средний возраст больных составлял 30,5 лет. У всех больных отмечались легкие ликворно-гипертензионные нарушения, вегетативная дисфункция, координационные расстройства, нарушения черепно-мозговой иннервации, характерные для данной формы патологии.

При нейропсихологическом обследовании у всех больных была выявлена замедленность работы, неравномерная продуктивность, нестойкость внимания и текущего контроля при выполнении двигательных, когнитивных и речевых программ различной степени — от нарушений только на этапе врабатываемости у 40 % больных до выраженных скачков продуктивности по типу астении гиперстенического типа у остальных. У всех пациентов определялись негрубые мнестические расстройства, прежде всего снижение прочности слухоречевых следов (особенно в условиях интерференции), снижение объема слухо-речевой памяти, снижение уровня контроля за процессом воспроизведения (большое количество побочных ассоциаций, контаминаций, повторных называний одних и тех же слов). У 33 % больных были выявлены: недостаточность сложных форм зрительного предметного и зрительно-пространственного гнозиса; проявления семантической афазии; расстройства понимания разрядного строения числа и трудности при выполнении счетных операций как в уме, так и при опоре на запись. У 38 % обследованных выявлено снижение избирательности мыслительных процессов, нарушения контроля психической деятельности и поведения в виде сочетания ригидности с повышенной импульсивностью, «взрывной» раздражительности, активного и пассивного негативизма. По данным опросников SCL-90-R и Бека, практически у всех больных показатели близки к нормативным (только у одного пациента отмечались тревожно-депрессивные проявления).

Таким образом, у всех обследованных больных были обнаружены нарушения высших психических функций, свидетельствующие о дисфункции диэнцефально-стволовых отделов неспецифической системы мозга. На этом фоне у части больных отмечались признаки вовлечения в патологический процесс лобно-базальных отделов коры больших полушарий головного мозга, негрубой дисфункции теменно-височных отделов коры. Наличие нарушений функционирования корковых регуляторных систем мозга, обеспечивающих как инициирование, программирование и контроль психической деятельности, так и процессы произвольной избирательной активации мозговых систем для решения тех или иных поведенческих задач (Лурия А. Р., 1982 и др.), может служить одним из значимых факторов последующей дезадаптации больных, что обязательно должно учитываться при разработке программ лечения и реабилитации.

УДК 616.89-008.19:615.015.46:614.253.8

Л. В. Рахман[1], М. В. Маркова[2], Г. М. Кожина[3]
[1]Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів; [2]Харківська медична академія післядипломної освіти; [3]Харківський національний медичний університет, м. Харків

Порушення комплаєнсу як предиктор резистентності депресивних розладів при посттравматичному стресовому розладі

Актуальність вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на сьогоднішньому етапі не викликає ніяких сумнівів. За даними багатьох авторів, ПТСР в українських реаліях має як характерні риси та відповідає загальноприйнятим критеріям, так і виявляє свої особливості. В структурі ПТСР досить вагому частку (на рівні 50—70 %) посідають депресивні розлади. Як відомо на сьогоднішній день, близько 30—60 % усіх депресивних розладів мають ознаки резистентності до проведеної терапії. За визначенням, терапевтично резистентними вважають такі депресивні розлади, коли впродовж двох послідовних курсів (по 3—4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами відмічалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше ніж 50 %). Ефективність лікування розладів депресивного регістру полягає у редукції психопатологічних симптомів і, що найважливіше, збереженні особою активної соціальної ролі в суспільстві, незважаючи на якість ремісії, що є надзвичайно актуальним для хворих з ПТСР в українських реаліях. Запорука успіху терапії цих розладів залежить від багатьох чинників. Ключовим елементом є досягнення комплаєнсу. Комплаєнс (від англ. *Patient compliance*), або прихильність до лікування — ступінь відповідності між поведінкою пацієнта та рекомендаціями, отриманими від лікаря. В систематизованих оглядах зарубіжних авторів наводяться дані, що при депресивних розладах комплаєнтність хворих в середньому складає 65 %. Причому характерною ознакою є те, що можливість порушення комплаєнсу збільшується з тривалістю лікування, тобто, чим триваліший курс терапії, тим більша ймовірність порушення пацієнтом режиму прийому лікування, дозування препаратів або повна відмова від терапії як мотивація її низької ефективності. В основі формування комплаєнсу пацієнта лежать суб'єктивні переживання хворобливих симптомів, прогнозування можливих наслідків захворювання, а також певні очікування від лікування, яке проводиться. Також прихильність до лікування базується на якісному контакті