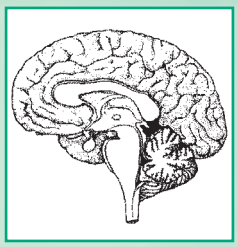
ISSN 2079-0325



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



• Том 18, випуск 3 (64), 2010
• Volume 18, issue 3 (64), 2010

Український вісник психоневрології

ОРГАН НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО ТОВАРИСТВА НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ,
ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

Головний редактор **П. В. ВОЛОШИН**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бачериков А. М., Віничук С. М.,
Волошина Н. П., Воробйова Т. М.,
Головченко Ю. І., Григорова І. А.,
Дзяк Л. А., Зозуля І. С.,
Козявкін В. І., Лінський І. В.,
Маньковський М. Б.,
Марута Н. О. (*заступник головного редактора*),
Мерцалов В. С., Михайлов Б. В.,
Мінко О. І., Міщенко Т. С.,
Напрєєнко О. К., Підкоритов В. С.,
Сухоруков В. І., Табачников С. І.,
Чабан О. С., Шаповалова В. О.,
Шестопалова Л. Ф.,
Явдак І. О. (*відповідальний секретар*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Абрамов В. А., Бітенський В. С.,
Влох І. Й., Головач К. М.,
Дубенко Є. Г., Дьяченко Л. І.,
Євтушенко С. К., Кузнєцов В. М.,
Мартинюк В. Ю., Мачерет Є. Л.,
Павлов В. О., Пімінов О. Ф.,
Пономаренко М. С., Реміняк В. І.,
Сон А. С., Сосін І. К., Тихонова С. О.,
Толочко В. М., Фільц О. А.,
Чуприков А. П., Шаповалов В. В.,
Шевага В. М., Юр'єва Л. М.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

Рекомендовано до друку Вченою Радою ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (протокол № 3 від 05.08.2010 р.)

Науково-практичний медичний журнал
Заснований 1993 р., у вересні
Періодичність — щокварталу

Том 18, випуск 3(64)
Харків, 2010



Журнал «Український вісник психоневрології» друкується з 1993 року ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» сумісно з Науково-практичним товариством неврологів, психіатрів та наркологів України (свідоцтво про держреєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 16345-4817ПР, видано Міністерством юстиції України 10.02.2010 року).

У журналі друкуються нові дані про результати досліджень у галузі нейронаук та їх впровадження у практику охорони здоров'я, отримані вченими та лікарями України, ближнього й дальнього зарубіжжя.

Видання журналу здійснюється щокварталу. Журнал надходить до медичних бібліотек усіх областей України, НАН України та бібліотек медичних вузів України, до управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, членам Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, до медичних бібліотек столиць країн СНД.

Журнал «Український вісник психоневрології» внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних (постанова ВАК України від 10 березня 2010 р. № 1-05/2) та фармацевтичних (постанова ВАК України від 14 квітня 2010р. № 1-05/3) наук.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ

Волошина Н. П., Головченко Ю. І., Грицай Н. М., Григорова І. А., Дзяк Л. А., Дубенко Є. Г., Зозуля І. С., Мерцалов В. С., Міщенко Т. С., Назаренко В. Г., Сухоруков В. І.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ

Абрамов В. А., Бачериков А. М., Влох І. Й., Казакова С. Є., Кришталь В. В., Луценко О. Г., Михайлов Б. В., Напрєєнко О. К., Підкоритов В. С., Самохвалов В. П., Чабан О. С., Шестопалова Л. Ф.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ

Бітенський В. С., Гавенко В. Л., Ігнатов М. Ю., Лінський І. В., Мінко О. І., Павлов В. О., Сосін І. К., Пішель В. Я.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ДИТЯЧОЇ ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Деменко В. Д., Євтушенко С. К., Козявкін В. І., Мартинюк В. Ю., Танцура Л. М.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА І СУДОВОЇ ФАРМАЦІЇ

Шаповалова В. О., Шаповалов В. В.

До уваги авторів

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються проблемні статті, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії. У журналі розміщуються роботи з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, а також психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук. Публікуються роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, а також інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку необхідно враховувати таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

3. Статті надсилаються до редакції у 2-х примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірника) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не слід ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3-х сторінок.

5. Роботи друкуються кеглем 12—14, через 1,5 інтервали з полями: зліва — 3,5 см, справа — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинно бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел. Назву розділів у тексті виділяти не слід.

7. Назві статті повинні передувати індекс УДК, відомості про авторів (ім'я, по батькові або ініціали, прізвище, учене звання, учений ступінь, посада або професія, місце роботи).

8. Після тексту статті має бути список літератури, резюме російською, українською та англійською мовами, що включають назву роботи, ініціали та прізвище авторів, назву установи, де виконувалась робота. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків.

9. Стаття має бути підписаною усіма авторами, наприкінці треба вказати контактну адресу та телефон.

10. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування електронного зображення. Фотографії мають бути контрастними (на фотопапері чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії. Діаграми треба виконувати в програмі Microsoft Excel.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті повинні бути посилання.

12. Посилання на літературні джерела у тексті статті необхідно надавати у квадратних дужках, відповідно до переліку літератури.

13. Перелік літературних джерел оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 і повинен містити роботи за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються до переліку тільки у разі необхідності.

14. Усі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

15. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними.

16. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей.

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

18. Кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK. Векторна графіка у форматі *.cdr, *.eps, *.cmx, *.pdf, небажано — *.ai. Растрова графіка: формат *.tif, 240—300 dpi, без компресії. Текст і логотипи подавати тільки в кривих. Текст — українською мовою. Розмір ілюстрації 205 х 295 мм, включаючи припуски на обрізання (після обрізання — 190 х 285 мм, від цих меж має бути не менш 5 мм до значимих об'єктів). Обов'язково додати кольоровий відбиток ілюстрації.

Статті надсилаються на адресу:
61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46,
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»
Редакція журналу «Український вісник психоневрології»

Підписано до друку 30.08.2010. Формат 60×84/8. Папір офсетний № 1. Друк офсетний. Ум. друк. арк. 20,5 + 1,4 вкл. Обл.-вид. арк. 28,54. Тир. 1000 пр. Зам. № Надруковано з оригінал-макета, виготовленого ФО-П Строков Д. В., у друкарні № 18 Південної залізниці, 61052, м. Харків, вул. Червоноармійська, 7.
ISSN 2079-0325

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

Хобзей М. К.[1], *ВолошинП. В.*[2], *Марута Н. О.*[1, 2] *(Київ, Харків)*

Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення 10

Моісеєнко Р. О., Терещенко О. В., Марценковський І. А. (Київ)

Від спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я дітей.....14

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Волошина Н. П., Гапонов І. К. (Харків)

Можливості магнітно-резонансній томографії в діагностиці і прогнозі перебігу розсіяного склерозу залежно від статі і віку хворих.....19

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Васильєва Г. Ю. (Київ)

Оцінка взаємозв'язку між особливостями психологічного реагування на захворювання та якістю життя у пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення 24

Вєтрила Т. Г. (Євпаторія, Харків)

Наукове обґрунтування концепції медико-психологічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з порушенням психічного розвитку.....28

Демченко В. А. (Київ)

Клініко-психопатологічні особливості психічних розладів у пацієнтів загальносоматичного профілю в аспекті необхідності інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико-санітарну мережу.....32

Денисенко М. М. (Харків)

Клініко-психопатологічна характеристика ендогенних та екзогенних депресій, які супроводжуються суїцидальною поведінкою 38

Марценковська І. І. (Київ)

Гіперкінетичний розлад як проблема соціальної психіатрії.....42

Петриченко О. О. (Київ)

Особливості самозбережуючої поведінки та профілактичної активності населення, яке проживає на радіоактивно забруднених територіях, у віддалений період Чорнобильської катастрофи.....45

Проскуріна Т. Ю. (Харків)

Тривожно-фобічний розлад у підлітків.....51

Сонник Г. Т., Скрипніков А. М., Рудь В. О. (Полтава)

Досвід та перспективи розвитку хронобіологічних досліджень у вивченні афективної психічної патології 54

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Слободянюк П. М. (Вінниця)

Патологічний взаємозв'язок між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування алкогольної залежності.....57

Шаповалов В. В. (мол.) (Харків)

Судова фармація: використання цільової нанотерапії у наркохворих (злочинців), що страждають на адиктивні розлади здоров'я.....62

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

Єгоркіна О. В. (Харків)

Наталізумаб (Тізабрі): новий препарат на ринку України для лікування розсіяного склерозу.....65

CONTENTS

PROBLEM ARTICLES

KhobzeyM. K. [1], VoloshynP. V. [2], MarutaN. O.[1, 2] (Kyiv, Kharkiv)

Community-based mental health care in Ukraine: problems and decisions 10

Moiseenko R. O., Tereshcenko O. V., Martsenkovsky I. A. (Kyiv)

From specialized child psychiatric services — to prevention mental health care for children.....14

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF NEUROLOGICAL DISORDERS

Voloshyna N. P., Gaponov I. K. (Kharkiv)

Possibilities magnetic resonance tomography in diagnostics and prognosis of flow of the multiple sclerosis depending from gender and age of patients 19

DIAGNOSTIC AND THERAPY OF MENTAL DISORDERS

Vasylyeva A. (Kyiv)

Estimation of intercommunication between features of personality reacting on disease and quality of life of patients, suffering from malignant neoplasm.....24

Vetrila T. G. (Yevpatorya, Kharkiv)

Scientific rationale for the concept of medical and psychological support of family, which brings up a child in violation of the psychological development 28

Demchenko V. A. (Kyiv)

Clinic-psychopathologic features of psychiatric disorders in patients somatic profile in the sense of the need to integrate mental health care into primary health care network.....32

Denysenko M. M. (Харків)

Clinical-psychopathological characteristics of endogenous and exogenous depressions accompanied by a suicidal behavior 38

Martsenkovska I. I. (Kyiv)

Hyperkinetic disorder as the problem of social psychiatry ...42

Petrichenko A. A. (Kyiv)

Peculiarities of self-preservation behavior and prophylactic activity of population living on radio-active contamination territory in the remote period of Chernobyle disaster.....45

Proskurina T. (Kharkiv)

Phobic anxiety state in adolescents.....51

Sonnik G. T., Skrypnikov A. M., Rud'V. O. (Poltava)

Experiences and perspectives of development of chronobiological investigations in the studies of affective psychopathology 54

DIAGNOSTIC AND THERAPY OF SUBSTANCE ABUSE DISORDERS

Slobodyanyuk P. M. (Vinnytsya)

Pathological relationship between psychological component and psychopathological features of formation of alcohol dependence.....57

Shapovalov V. V. (jr.) (Kharkiv)

Forensic pharmacy: using the purpose-oriented nano-therapy for narcopatients (criminals), that suffer from addictive health frustrations.....62

HELP TO PRACTICAL PHYSICIAN

Egorkina O. V. (Kharkiv)

Natalizumab (Tizabri): a new preparation at the market of Ukraine for multiple sclerosis treatment 65

ТЕЗИ НАУКОВОГО СИМПОЗІУМУ ТА ПЛЕНУМУ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО ТОВАРИСТВА З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ НАДАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ, ПСИХІАТРИЧНОЇ ТА НАРКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ» (м. Чернівці, 23—25 вересня 2010)

НЕВРОЛОГИЯ

Барыбин В. Ф. (Харьков)
Механизмы регуляторной функции ЦНС 71

Білоус І. І., Васильєва Н. В., Яремчук О. Б., Павлович Л. Б. (Чернівці)
Лікування діабетичної поліневропатії з додатковим призначенням мілдронату 71

Булеца Б. А., Адамчо Н. Н., Пулик О. Р. (Ужгород)
Поетапне лікування мозкових інсультів 72

Бучакчийская Н. М., Харченко И. И., Марамуха И. В., Бахарева Л. В., Марамуха В. И., Левадная А. В. (Запорожье)
Вертеброневрология на Украине — концепция развития 72

Вакарчук Г. В., Бесединська О. В. (Чернівці)
Динаміка показників ліпідного профілю у хворих на ішемічний інсульт 72

Вакарчук Г. В., Пашковський В. М., Сидорчук Л. П., Плегуца О. М., Сидорчук Р. І. (Чернівці)
Динаміка показників системного гемостазу при ішемічному інсульті 73

Васильєва Н. В., Прасол Ю. Г., Яремчук О. Б., Білоус І. І. (Чернівці)
Досвід використання еспа-ліпону у лікуванні хворих на дисциркуляторну енцефалопатію 73

Волошина Н. П., Негреба Т. В., Ткачева Т. Н., Гапонов И. К., Воробьева Т. Г., Вельковская Л. И. (Харьков)
Гендерные различия в структуре дебютов у больных с рецидивирующим течением рассеянного склероза 74

Волошина Н. П., Негреба Т. В., Ткачева Т. Н., Гапонов И. К., Воробьева Т. Г., Вельковская Л. И. (Харьков)
Особенности рецидивирующего течения рассеянного склероза у мужчин и женщин 74

Волошина Н. П., Терещенко Л. П., Негреба Т. В., Ткачева Т. Н., Гапонов И. К., Воробьева Т. Г., Вельковская Л. И. (Харьков)
Гендерные различия преморбидного анамнеза при рецидивирующем течении рассеянного склероза 74

Волошина Н. П., Егоркина О. В., Михайлов А. И. (Харьков)
Общие механизмы развития нейродегенеративных заболеваний 75

Горб А. Л. (Херсон)
До питання забезпечення якості діагностики та лікування гострих в'ялих паралічів у дітей 75

Григорова И. А., Куфтерина Н. С. (Харьков)
Динамика клинико-когнитивных нарушений при последствиях закрытой черепно-мозговой травмы средней степени тяжести на фоне проводимой терапии 76

Деревецкая В. Г., Реминяк И. В. (Харьков)
Патогенетические механизмы развития ДЭ у больных с фибрилляцией предсердий 76

Дзяк Л. А., Сирко А. Г., Сук В. М. (Днепропетровск)
Индикаторы качества оказания медицинской помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой 77

Дзяк Л. А., Сірко А. Г., Сук В. М. (Дніпропетровськ)
Сучасні принципи профілактики вторинних ішемічних ушкоджень головного мозку в гострому періоді тяжкої черепно-мозкової травми 77

Дмитрієва О. В., Здесенко І. В. (Харків)
Особливості порушень нервової системи у хворих з асимптомними інфарктами на тлі артеріальної гіпертензії 78

Дубенко О. Е., Дубенко Е. Г., Сотников Д. Д. (Харьков)
Распространенность мигрени в Сумской области Украины 78

Дубівська С. С. (Харьков)
Зміни когнітивної функції у пацієнтів при проведенні операції в умовах загальної анестезії 79

Евтушенко С. К., Гончарова Я. А., Симонян В. А., Филимонов Д. А., Грищенко А. Б. (Донецк)
Современные аспекты аддитивной терапии рассеянного склероза 79

Евтушенко С. К., Иванова М. Ф., Симонян В. А., Мурадян И. Э. (Донецк)
Нарушения мозгового кровообращения у молодых женщин, принимавших гормональные контрацептивные средства 80

Євтушенко С. К., Грищенко А. Б., Вінокуров Д. Л., Ревякіна О. Г., Гончарова Я. А., Марусиченко В. В. (Донецьк)
Особливості стану пре- та інтрацеребральних судин і церебральної гемодинаміки у хворих на розсіяний склероз та спосіб їх корекції 80

Ежова В. А., Царёв А. Ю., Куницина Л. А., Мирзоян С. А., Словеснов С. В., Колесникова Е. Ю., Желдаков А. М.(Ялта)
Результаты психофизической реабилитации больных церебральным атеросклерозом в условиях курорта 81

Завгородний А. А. (Харьков)
Восстановительная терапия речевых нарушений 81

Завгородній О. О. (Харків)
Кінестезіометри і кінезістимуляційна терапія 82

Засуха В. О., Балицький О. П. (Київ)
Застосування високочастотної ритмічної транскраніальної магнітної стимуляції у діагностиці та реабілітації хворих на інфаркт мозку в гострому та ранньому відновлювальному періодах 82

Засуха В. О., Балицький О. П., Фещенко Г. В., Саєнко І. В., Козловська І. Б. (Київ, Москва)
Застосування гравітаційного костюму «Регент» у лікуванні і реабілітації хворих на ішемічний інсульт 83

Засуха В. О., Мокринський Р. А., Балицький О. П., Мазур О. В., Дубініна Л. В., Лук'янчук І. В. (Київ)
Патогенетичні особливості больових вертеброгенних синдромів попереково-крижового відділу хребта 83

Зозуля І. С., Мардзвік В. М. (Київ)
Летальні випадки інсульту в молодому віці 84

Кобись Т. О., Мяловицька О. А., Сепехрі С. (Київ)
Особливості активності демієлінізуючого процесу у хворих на розсіяний склероз та шляхи його корекції 84

Коленко О. І., Коленко Ф. Г. (Суми)
Вторинна контрактура мімічних м'язів: діагностика, лікування 85

Колосинська О. О., Піщиков В. А., Логановський К. М. (Київ)
Основні напрямки удосконалення лікувально-профілактичної допомоги хворим на розсіяний склероз, постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи 85

Кривецька І. І., Пашковський В. М., Яремчук О. Б., Жуковський О. О. (Чернівці)
Ефективність застосування валацикловіру у хворих з синдромом Рамзея — Ханта 85

Кричун І. І., Пашковський В. М., Прасол Ю. Г. (Чернівці)
Плазмовий вміст молекул адгезії у хворих на різні типи вегетосудинної дистонії 86

Куцак А. В., Бахарева Л. В., Бучакчийська Н. М. (Запоріжжя)
Немоторні прояви хвороби Паркінсона 86

Левченко И. Л., Негреба Т. В. (Харьков)
Иммунный статус у лиц разного пола при рецидивирующем течении рассеянного склероза 87

Левченко І. Л. (Харьков)
Гендерні відмінності надсегментарної вегетативної регуляції у хворих з рецидивуючим перебігом розсіяного склерозу 87

Левченко І. Л. (Харків)
Сучасні принципи діагностики та лікування хронічних нейроінфекцій 88

Линская А. В. (Харьков)
Ультрасонографические предикторы ишемического мозгового инсульта....88

Литвиненко Н. В., Дельва М. Ю., Дельва І. І., Саник О. В., Мороз О. П. (Полтава)
Залежність перебігу та наслідків ішемічних інсультів від строків госпіталізації....89

Луцкий И. С., Евтушенко С. К., Луцкий Е. И., Морозова А. В. (Донецк)
Влияние длительного производственного напряжения на состояние стрессорных систем и когнитивные функции у машинистов магистральных локомотивов....89

Малахов В. О., Завгородня Г. М., Волох Ф. О. (Харків)
Сучасний стан та перспективи нейрореабілітації у Харківському регіоні....90

Малахов В. О., Монастирський В. О., Володарська Н. М. (Харків)
Гострофазова відповідь імунонейроендокринної системи при гострій церебральній ішемії....91

Марамуха В. И. (Запорожье)
Эффективное лечение неврологических проявлений грыж межпозвонковых дисков поясничной локализации....91

Марковская Е. В., Шапкин А. С. (Харьков)
Ферментативный дисбаланс у больных рассеянным склерозом....91

Мельник Т. М. (Донецк)
Нейровизуализационные феномены у пациентов с диабетической энцефалопатией....92

Мельник Т. М., Михайличенко Т. Е., Никитенко Д. В., Сирота Н. В. (Донецк)
Влияние ожирения на качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа....92

Мироненко Т. В., Федорковская Б. О. (Луганск)
Лечение легких когнитивных расстройств у детей с дисциркуляторной энцефалопатией, рожденных в семьях участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС....93

Мироненко Т. В., Мироненко М. О. (Луганск)
Опыт применения препарата мемоплант-форте в системе реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт на фоне сахарного диабета II....93

Михалойко О. Я., Герасимчук Р. Д., Чмир Г. С., Геник С. І. (Івано-Франківськ)
Ефективність тромболітичної терапії при гострому ішемічному інсульті....94

Мищенко Т. С., Дмитриева Е. В. (Харьков)
Клинико-патогенетические аспекты развития асимптомных инфарктов головного мозга у больных с артериальной гипертензией....94

Міщенко Т. С. (Харьков)
Критерії якості надання допомоги хворим на мозковий інсульт....95

Міщенко Т. С., Міщенко В. М. (Харків)
Критерії виходів ішемічного інсульту....95

Мищенко Т. С., Песоцкая Е. В., Харина Е. В., Линская А. В. (Харьков)
Полиморфизм клинико-неврологических проявлений пролапса митрального клапана....96

Мошенська О. П., Зозуля І. С. (Київ)
Основні причини виникнення фатального ішемічного інсульту....96

Мяловицька О. А., Лобанова І. С. (Київ)
Прогнозування ризику розвитку трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз....97

Наврузов М. Б. (Харьков)
Особенности формирования паранеопластических полиневропатий при злокачественных новообразованиях молочной железы....97

Назарчук І. А. (Харків)
Оцінка серцево-судинної реактивності у хворих з хронічною цереброваскулярною патологією і її клінічне значення....98

Олексюк-Нехамес А. Г., Сон А. С., Стоянов О. М., Левіщенко В. С.(Львів, Одеса)
Діагностика вегетативних проявів поліневропатій методом викликаного шкірного потенціалу....98

Пантелеєнко Л. В., Соколова Л. І. (Київ)
Детермінанти якості життя хворих через рік після перенесеного ішемічного інсульту....98

Пашковська Н. В., Пашковський В. М. (Чернівці)
Досвід застосування цитиколіну у комплексному лікуванні хворих на діабетичну енцефалопатію....99

Пашковський В. М., Кричун І. І., Мудрик З. А. (Чернівці)
Показники стану ренін-ангіотензинової системи у хворих на різні типи вегетосудинної дистонії....99

Перцев Г. Д. (Харьков)
Особенности определения психической активности у больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы....99

Перцев Г. Д. (Харьков)
Функционально-диагностическое значение сенсорно-болевой адаптации при сегментарном поражении вегетативной нервной системы....100

Пітик М. І., Пітик О. М. (Івано-Франківськ)
Фактори фармакорезистентності і їх вплив на якість лікування епілепсії у дітей....100

Полякова Л. А. (Харків)
Клініко-електрофізіологічні кореляції у хворих з вегетативно-сенсорною поліневропатією при вібраційній хворобі ..101

Померанцева Т. И., Винницкая О. А., Можаева Н. Г., Фоменко Н. Н., Шуйская И. Г., Скоробогатова О. В., Назаренко Е. Н. (Луганск)
Церебрастенический синдром детского и подросткового возраста....101

Померанцева Т. И., Перфилов А. П., Задорожная Т. Д. (Луганск)
Морфологические изменения головного мозга у новорожденных, перенесших внутриутробную гипоксию, обусловленную плацентарной недостаточностью вследствие экстрагенитальной и акушерской патологии матери....102

Прасол Ю. Г., Васильєва Н. В.(Чернівці)
Лікування вторинної попереково-крижової радикулопатії за допомогою комплексних блокад....103

Пулик О. Р., Гирявець М. В. (Ужгород)
До питання якості життя хворих після перенесеного інсульту....103

Пшук Н. Г., Стукан Л. В. (Вінниця)
Вивчення якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією....104

Сергиенко О. В., Шалашова И. В., Дьяченко Л. И., Офицерова Ю. В. (Харьков)
Пути развития и задачи медицинской науки в Украине 104

Самосюк И. З., Самосюк Н. И., Чухраева Е. Н., Федоров С. Н. (Київ)
Медицинская реабилитация больных инсультом на различных этапах его развития....105

Сон А. С., Солодовнікова Ю. А. (Одеса)
Оптимізація якості надання медичної допомоги хворим з мозковим інсультом....106

Статинова Е. А., Кочкарева Е. С. (Донецк)
Хронический панкреатит и его неврологические осложнения....106

Статинова Е. А., Фоминова Н. В. (Донецк)
Способ прогнозирования течения ишемического инсульта в остром периоде с помощью динамической магнитно-резонансной ангиографии....106

Статинова Е. А., Омельченко Р. Я., Селезнева С. В. (Донецк)
Органически-аффективные расстройства при рассеянном склерозе....107

Сухоносова О. Ю., Сальникова В. В. (Харьков)
Якість надання неврологічної допомоги дітям, хворим на епілепсію, в Харківській області....107

Танцура Л. М., Гроховський В. В., Привалова Н. М., Пилипець О. Ю. (Харків)
Можливості покращання когнітивного та соціального функціонування дітей з епілепсіями 107

Терещенко Л. П. (Харьков)
Использование препарата цереброкурин в комплексном лечении больных с периферической полиневропатией 108

Терещенко Л. П. (Харьков)
Применение препарата Пропес в лечении больных с хроническими нейроинфекциями 108

Товажнянская Е. Л., Дубинская О. И. (Харьков)
Состояние церебральной сосудистой реактивности у больных с диабетической энцефалопатией 108

Третьяков Д. В. (Харьков)
Генетичні аспекти комплексного вивчення епілепсії у дітей 109

Федосєєв С. В. (Харьков)
Структура больового синдрому та фактори формування хронічного болю у хворих на розсіяний склероз 109

Федосеев С. В. (Харьков)
Диагностика и методы оценки боли в спине (дорсалгии) ...109

Фернандес де Ривес Сергей Франсискович (Киев)
Дифференцированная терапия функциональных тикозных гиперкинезов 110

Філіпець О. О., Пашковський В. М., Жуковський О. О., Колесник В. В. (Чернівці)
Співвідношення показника соматичної коморбідності з тяжкістю неврологічних проявів і летальністю в гострому періоді ішемічного інсульту 111

Чернецький В. К., Хоменко О. Д., Мудрик З. А., Дикусаров І. К., Кардащук Н. І., Шваб Н. А. (Чернівці)
Ефективність гірудотерапії у комплексному лікуванні рецидивуючих дискогенних попереково-крижових радикулопатій з порушенням спинального кровообігу у осіб літнього віку....111

Чернецкий В. К., Пашковский В. М., Кривецкая И. И., Паляница В. Н., Филипец Е. А. (Черновцы)
Решенные и нерешенные вопросы вторичной профилактики транзиторных ишемических атак и ишемических инсультов 112

Чупровська Н. Ю. (Київ)
Застосування протоколу діагностики дисциркуляторної енцефалопатії у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС у медичних закладах України....112

Шевага В. М., Паєнок А. В., Кухленко О. Я. (Львів)
Стан когнітивних функцій в гострому періоді черепно-мозкової травми легкого та середнього ступеня важкості...113

Яремчук О. Б., Васильєва Н. В., Кривецька І. І., Білоус І. І. (Чернівці)
Нейропсихологічний статус хворих на дисциркуляторну енцефалопатію в динаміці комплексного лікування 113

ПСИХІАТРІЯ

Акименко Е. А. (Стрелечье)
Доказательства наследственной составляющей в суицидогенезе больных шизофренией с помощью генетических методов исследования и метода голографической интерференционной микроскопии 114

Алиева Т. А. (Харьков)
Критерии эффективности медико-психологической коррекции дезадаптации детей подросткового возраста.....114

Байбарак Н. А. (Харків)
Варіант періодизації етапів перебігу рекурентного депресивного розладу 114

Бачериков А. Н. (Харків)
Клинико-психопатологические особенности депрессивных расстройств у матерей несовершеннолетних детей.....115

Бачериков А. М., Лакінський Р. В., Матузок Е. Г. (Харків)
Завершені суїцидальні спроби у популяції психічнохворих у місті Харкові (2008—2009 роки) 115

Бачериков А. М., Матузок Е. Г., Харіна К. В., Лакінський Р. В. (Харків)
Порівняльний аналіз жінок із депресією та їх дітей із практично здоровими жінками та їхніми дітьми 115

Бачериков А. М., Ткаченко Т. В. (Харків)
Вплив депресивного розладу матері на сімейне функціонування 116

Беро С. Я., Никифорова Е. Г. (Донецк)
Оценка эффективности и качества комплексного лечения у шахтеров с органическими психическими расстройствами, возникшими в результате техногенных аварий.....116

Беро М. П., Сорока В. В. (Донецк)
Оценка эффективности семейной психотерапии в комплексном лечении жертв насилия в семье 116

Боднар Л. А. (Полтава)
Особливості тривожності у пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа 117

Брагин Р. Б., Брагина А. И. Тахташова Д. Р. (Харьков, Донецк)
Попытка систематики позитивных эффектов религиозной веры относительно психического здоровья 117

Букреев В. И., Серикова О. И. (Харьков)
Некоторые аспекты особенностей лечебной тактики у больных с двойным диагнозом....118

Витенко И. С. (Харків)
Структура дезадаптивных реакций у врачей семейной медицины....118

Гавенко В. Л., Бойко В. В. (Харків)
Качество жизни и дезадаптивные, психосоматические расстройства у врачей хирургов....118

Гавенко В. Л., Гавенко Н. В., Бойко В. В. (Харьков)
Качество жизни как один из основных факторов развития расстройств адаптации и другой психической патологии у студентов 119

Герасименко Л. О. (Полтава)
Ціннісні орієнтації у пацієнтів косметичної хірургії.....119

Гринь К. В. (Полтава)
Динаміка депресивної та тривожної симптоматики у пацієнтів з депресивними розладами при лікуванні препаратом мелітор.... 119

Гринько Н. В. (Чернівці)
Акцентуації характеру у пацієнтів з поєднаною патологією серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту....119

Гуменюк Л. Н., Редзанова Т. Э. (АР Крым)
Тревожные и депрессивные расстройства непсихотического уровня у студентов экономического факультета в условиях реформирования высшего образования 120

Гуменюк Л. Н., Рослякова В. А. (АР Крым)
Особенности психоэмоционального состояния пациентов с опухолями челюстно-лицевой области....120

Гуменюк Л. Н., Строевский В. А. (АР Крым)
Макро- и микросоциальные факторы формирования ограниченной способности к интеграции в сообщество у психически больных....121

Демченко В. А. (Київ)
Клініко-соціальна характеристика хворих на психічні розлади в загальномедичній практиці — «узагальнення портрета» пацієнта з психічними розладами в первинній медичній мережі 121

Демченко О. А. (Харьков)
Организация психотерапевтической помощи в условиях санаторной школы-интерната для детей, больных сахарным диабетом 1 типа 122

Демченко О. А. (Харьков)
Психологический скрининг в изучении психического и соматического состояния у детей, больных сахарным диабетом 1 типа 122

Деркач В. Г., Азов Ю. Ф., Левицька А. П. (Чернівці)
Поєднання мемантину і цитофлавіну у лікуванні хвороби Альцгеймера 123

Деркач В. Г., Деркач А. В., Калуцький В. В., Курик В. І. (Чернівці)
Терапія судинної деменції....123

Дищук І. П., Калуцький В. В., Ніколенко П. Т. (Чернівці)
До питання організації медичної допомоги хворим на соматоформні та психосоматичні розлади у Чернівецькій області....123

Дубенко О. Е., Михайлова Э. А., Степанченко К. А. (Харьков)
Инновационный метод коррекции клинико-психологических нарушений у подростков с головной болью напряжения....124

Егоров А. А. (Харьков)
Лечение психопатологических расстройств у больных раком шейки матки....124

Ежов А. В. (Симферополь)
Специфика клинической трансформации нейросифилиса — особенности ранней диагностики....125

Иванова Н. Н. (Черновцы)
Психодинамические подходы к пониманию депрессии. 125

Ігрунова Є. Л. (Київ)
До обґрунтування актуальності створення системи медико-психологічної підтримки вагітних жінок із загрозою переривання вагітності....126

Ісаков Р. І. (Полтава)
Якість життя пацієнтів, хворих на шизофренію....126

Казакова С. Е. (Луганск)
Патоморфоз дебюта прогрессивного паралича....126

Казакова С. Е. (Луганск)
Дебют нервной анорексии в рамках эндогенного процесса....127

Карвацька Н. С. (Чернівці)
Рівень особистісної і реактивної тривожності у хворих на соматоформні розлади....127

Карвацька Н. С. (Чернівці)
Терапевтична резистентність хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами....127

Карвацька Н. С. (Чернівці)
Особливості клініки, діагностики, лікування хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом....128

Коваленко І. В., Мазур О. В., Коваленко М. В. (Вінниця)
Патоморфоз невротичних та психосоматичних розладів. 128

Кожина А. М., Гайдук Л. М. (Харьков)
Современные подходы к терапии депрессивных расстройств....129

Кожина А. М., Гайчук Л. М., Самардакова Г. А. (Харьков)
Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи....129

Колядко С. П. (Харків)
Психотерапевтична корекція у хворих на невротичні розлади і пароксизмальні стани в клінічній картині....130

Коростий В. И. (Харків)
Клинико-патогенетические особенности психических нарушений при различных психосоматических заболеваниях у молодых лиц....130

Коростий В. И., Соколова И. М., Тимченко А. В., Бровко Т. П. (Харків)
Модель реализации мультидисциплинарного подхода к лечению психосоматических заболеваний в научно-практическом медицинском центре харьковского национального медицинского университета....130

Кудинова Е. И. (Харьков)
Эффективность системы психотерапевтической коррекции эмоциональных нарушений у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы и паническим расстройством....131

Лещина И. В. (Харків)
Оценка качества жизни студенческой молодежи....131

Логановський К. М., Чупровська Н. Ю., Бомко М. О., Чумак С. А., Антипчук К. Ю. (Київ)
Удосконалення діагностики та лікування психічних розладів у постраждалих внаслідок радіаційних аварій....131

Малыхина Н. А., Малыхин А. В., Шахмаев А. Е. (Харьков)
Патогенетические механизмы формирования депрессивных расстройств эндогенного регистра на базе скрининговой оценки кровообращения и метаболизма, основанной на термометрии активных точек....132

Малюта Л. В. (Харків)
Психотерапевтична корекція депресивних порушень у хворих на невротичні розлади....132

Маркова М. В., Ветрила Т. Г. (Харьков)
Варианты семейного взаимодействия, формирующиеся в семьях с «особым» ребенком....133

Маркова М. В., Діхтяр В. О. (Харків, Бердянськ)
Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї....133

Маркова М. В., Книш Н. В. (Харків, Суми)
Щодо зв'язку актуального психоемоційного статусу жінок, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, та стану їх сімейної взаємодії....134

Маркова М. В., Коломієць В. П. (Харків, Київ)
Тип темпераменту як визначальний критерій виду порушення комунікації у чоловіків з сексуальними розладами різного ґенезу....135

Маркова М. В., Кужель І. Р. (Харків, Київ)
Ситуативно-соматичний та психолого-особистісний фактори у плануванні медико-психологічної допомоги інкурабельним онкологічним хворим....136

Марута Н. А., Явдак И. А. (Харьков)
Особенности формирования аутоагрессии у больных депрессивным эпизодом пожилого возраста....136

Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю. (Харків)
Аспекти психотерапевтичної корекції тривожно-фобічних розладів з урахуванням особливостей факторів психічної травматизації....137

Мельник В. И., Мельник А. В. (Киев)
К вопросу социальной реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия....137

Михайлов Б. В. (Харьков)
Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи....137

Михайлов В. Б. (Харьков)
Современные принципы психотерапевтичной реабилитации непсихотических психических расстройств у больных, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт....138

Михайлов Б. В., Григорович А. А. (Харьков)
Повышение качества психокоррекционных программ больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами....138

Михайлова Е. А., Проскурина Т. Ю., Майоров О. Ю., Мителев Д. А., Матковская Т. Н., Федкевич О. В. (Харьков)
К проблеме депрессии у детей 7—11 лет....139

Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Мітельов Д. А., Матковська Т. М., Кудь В. С., Ісаєва О. П., Беспалова Я. В., Шаповалова Н. О. (Харків)
Роль нових психосоціальних технологій в реабілітації підлітків з девіантною поведінкою....139

Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Мітельов Д. А., Матковська Т. М., Ісаєва О. П., Беспалова Я. В., Кудь В. С., Шаповалова Н. О. (Харків)
Мультидисциплінарний підхід до проблеми суїцидальної поведінки у сучасних підлітків....140

Михайлова Э. А., Проскурина Т. Ю., Майоров О. Ю., Мителев Д. А., Матковская Т. Н., Степанченко К. А. (Харьков)
Критерии оценки терапевтического вмешательства у подростков с невротической депрессией....140

Міхановська Н. Г. (Харків)
Шляхи удосконалення психіатричної допомоги дітям раннього віку 141

Мозговая Т. П.
Роль вегетативной дисфункции в формировании когнитивного дефицита у подростков с расстройствами поведения....141

Москаленко К. І., Хаустова О. О. (Київ)
Життєстійкість особистості як чинник у системі реабілітаційної роботи з пацієнтами з фізичною травмою....141

Педак А. А., Пинчук Е. В., Педак А. А. (Николаев)
Критерий качества жизни пациента — как индикатор эффективности терапевтической стратегии 142

Пітик О. М. (Івано-Франківськ)
Якість життя і стан психічного здоров'я хворих на гіпотиреоз 142

Пішель В. Я., Полив´яна М. Ю., Гузенко К. В. (Київ)
Оцінка якості психіатричної допомоги очима лікарів-психіатрів 143

Полшкова С. Г. (Київ)
Аутоагресія з позицій психосоматики (на прикладі небезпечних видів професій)....143

Пріб Г. А. (Київ)
Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади 144

Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А., Мителев Д. А., Матковская Т. Н., Кудь В. С., Шаповалова Н. А., Исаева Е. П., Беспалова Я. В (Харьков)
Современное представление о патогенезе депрессии у детей и подходы к антидепрессивной терапии 144

Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А., Матковская Т. Н., Мителев Д. А., Кудь В. С., Шаповалова Н. А., Исаева Е. П., Беспалова Я. В. (Харьков)
Некоторые аспекты тревожно-фобического расстройства у подростков....144

Пшук Н. Г. (Вінниця)
Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих....145

Пшук Н. Г., Мазур О. В. (Вінниця)
Клінічні особливості та психотерапевтична корекція депресивних розладів судинного ґенезу 145

Рудницкий Р. И., Калуцкий В. В., Хмелькова С. М. (Черновцы)
Некоторые аспекты лечения рексетином 146

Русіна С. М., Деревенко С. О. (Чернівці)
Аспекти надання психіатричної допомоги особам допризовного і призовного віку 146

Русіна С. М., Деревенко С. О., Русіна Р. А (Чернівці)
До питання оптимізації якості життя хворих на шизофренію....147

Ряполова Т. Л. (Донецк)
Ранняя психосоциальная реабилитация больных шизофренией 147

Савин А. А., Гуменюк Л. Н. (АР Крым)
Особенности адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией с первыми психотическими эпизодами 147

Савка С. Д. (Чернівці)
Особливості діагностики депресії при шизофренії та аспекти надання психіатричної допомоги....148

Сазонов С. О. (Харків)
Засоби оцінки ефективності лікування та допомоги хворим у виборі терапевтичних підходів при депресивних розладах....148

Серікова О. І. (Харків)
Клінічні предиктори несприятливого перебігу біполярного афективного розладу I типу....149

Серікова О. С. (Харків)
Погляди на соціальне становище душевнохворих у студентів-медиків 149

Сінайко В. М., Земляніцина О. В. (Харків)
Корекція проявів метаболічного синдрому у хворих на параноїдну шизофренію 149

Скоробреха В. З., Стоянов А. Н. (Одесса)
Диссоциация, конверсия, истерия — проблемы терминологии?....150

Сотніченко В. В. (Київ)
Ресурс сімейної підтримки пацієнта з шизофренією як критерій якості надання психіатричної допомоги 150

Стрельникова И. Н. (Харьков)
Улучшение качества жизни больных эпилепсией 151

Субаева К. Р. (Харьков)
Клинико-психопатологические варианты аффективных расстройств адаптации среди правонарушителей молодого возраста, находящихся в исправительных колониях разного типа 151

Субаева К. Р. (Харьков)
Пенитенциарные нарушения адаптации как индикатор качества жизни осуждённых в исправительных учреждениях различного типа 151

Сухоруков В. І., Привалова Н. М., Лавинська Л. І. (Харків)
Деякі нейропсихологічні критерії вибору методів допомоги хворим на енцефалопатії з емоційними розладами ... 160

Сухоруков В. І., Назарчук І. А., Бовт Ю. В., Біневська О. М. (Харків)
Клінічні особливості синдромогенезу емоційних розладів у хворих з енцефалопатіями 152

Харченко А. В., Денисенко М. М. (Харків)
Психодіагностичні критерії хворих на рекурентний депресивний розлад з суїцидальною поведінкою....153

Харченко А. В., Малихіна Н. А. (Харків)
Клініко-психопатологічні особливості суїцидальної поведінки хворих на рекурентні депресивні розлади 153

Хаустова О. О., Безшейко В. Г. (Київ)
Напрямки психотерапевтичної інтеграції 154

Хаустова О. О., Лазебник І. В. (Київ)
Феномен гіпервентиляції як облігатний симптом тривожних розладів у пацієнтів з МСХ....154

Хаустова О. О., Орлова Н. М (Київ)
Соціальне функціонування та якість життя хворих на шизофренію з ангедонією 155

Хоменко М. А. (Харьков)
Проблематика вопросов лечения депрессии и профилактики суицидального поведения....156

Чабан О. С., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Жабенко О. Ю. (Київ)
Поетапна система медико-психологічних заходів в терапії тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями 156

Чижова С. А., Илиади И. В., Ежов А. В. (Сімферополь)
Арт-терапевтические методы психосоциальной реабилитации больных шизофренией 157

Шалашова І. В., Дьяченко Л. І., Сергієнко О. В. (Харків)
Основні тенденції розвитку охорони психічного здоров'я 158

Шестопалова Л. Ф., Кожевнівкова В. А., Бородавко О. О. (Харків)
Дослідження терапевтичного альянсу у лікарів, що працюють у медичному закладі психоневрологічного профілю.....165

Шестопалова Л. Ф., Кожевнівкова В. А., Бородавко О. О. (Харків)
Особливості терапевтичного альянсу за оцінками хворих на основні неврологічні та психічні розлади 158

Шиндер В. В. (Полтава)
Сексуальна дисфункція та сімейна дезадаптація у чоловіків з епілептичною хворобою 158

Юрценюк О. С., Поліщук О. Ю., Пендерецька О. М. (Чернівці)
Взаємозв'язок типів реагування на хворобу та суб'єктивних скарг хворих на ішемічну хворобу серця 159

Юрценюк О. С., Ротар С. С., Блажіна І. Ю. (Чернівці)
Взаємозв'язок самопочуття, активності, настрою та особистісної тривожності у хворих з ішемічною хворобою серця....159

НАРКОЛОГІЯ

Авраменко А. С., Линский И. В. (Харьков)
Блокаторы опиатных рецепторов длительного действия и стандартные программы реабилитации лиц, зависимых от опиоидов....160

Артемчук А. А. (Харьков)
Динамика показателей обмена липопротеинов у больных с алкогольной зависимостью как маркеры становления терапевтической ремиссии....160

Артемчук А. Ф (Харьков)
Проблема аддиктивных расстройств....160

Артемчук К. А., Линский И. В. (Харьков)
Сравнительный анализ эффективности различных видов завершающего противоалкогольного лечения....161

Барапенко О. В. (Харків)
Ефективність протирецидивної терапії станів алкогольної залежності....161

Воробьева Т. М., Павлович С. А., Пайкова Л. Н., Безруков В. Ф., Филимонова Н. Б., Плотников А. Г. (Харьков, Киев)
Ассоциация гена hTAS2R38 с аддиктивным поведением и эмоциональными нарушениями....162

Выглазова О. В., Линский И. В. (Харьков)
Анализ результатов применения теста AUDIT при проведении предварительных и периодических наркологических осмотров....162

Гайдабрус А. В., Линский И. В. (Харьков)
Сравнительный анализ данных антропометрии у военнослужащих, уволенных в запас, и гражданских лиц, зависимых от алкоголя....162

Гегешко В. В., Минко А. И. (Харьков)
Вероятность развития синдрома отмены алкоголя с впервые возникшим делирием....163

Животовська Л. В. (Полтава)
Оцінка клінічних та біохімічних параметрів у хворих із залежністю від алкоголю....163

Задорожный В. В. (Харьков)
Острая алкогольная энцефалопатия — новые аргументы к определению понятия....163

Задорожный В. В., Юрченко Н. П. (Харьков)
Клинико-неврологические особенности белой горячки у больных с различными формами злоупотребления алкоголем....164

Закревский А. П., Цыба И. В., Кобен А. Н., Матеева Н. Е., Кононенко И. Н., Медведева Е. В., Закревская Е. Г. (Донецк)
Лечение первитиновых психозов тиапридом....164

Закревский А. П., Цыба И. В., Кобен А. Н., Матеева Н. Е., Кононенко И. Н., Медведева Е. В., Матеева Н. Е. (Донецк)
Актовегин в становлении ремиссии у больных пожилого возраста, страдающих зависимостью от алкоголя....165

Кузьмінов В. Н., Шульга О. О. (Харків)
Методологічні аспекти оцінки статусу хворих з алкогольною залежністю в гострому психотичному стані....165

Кузьмінов В. Н. (Харків)
Особливості стану відміни алкоголю з делірієм в залежності від тривалості зловживання алкоголем перед госпіталізацією....166

Лесная Н. Н. (Харьков)
Уровни комплайенса лиц с синдромом алкогольной зависимости....166

Маркова М. В., Пшук Є. Я. (Вінниця)
Особливості процесу сприйняття соціальної підтримки хворими, які є залежними від алкоголю....167

Маркозова Л. М. (Харьков)
Проблема тютюнопаління на сучасному етапі....167

Маркозова Л. М. (Харків)
Особливості соціальної мотивації у осіб з алкогольною залежністю....168

Маркозова Л. М. (Харків)
Показники якості надання наркологічної допомоги особам з залежністю від психоактивних речовин....168

Мельник А. В. (Київ)
Підстави призначення примусових заходів медичного характеру хворим з гострими алкогольним психозами....168

Мельник В. І., Мельник А. В., Кушнір А. М., Ільїна І. К. (Київ)
Щодо необхідності та достатності застосування примусових заходів медичного характеру хворим з алкогольними психозами у психіатричній лікарні з суворим наглядом....169

Минко А. И., Чугай С. Д. (Харьков)
Купирование патологического влечения к алкоголю топилепсином....169

Мінко О. О. (Харків)
Психодіагностичні маркери залежності від опіоїдів....169

Мусієнко Г. О. (Харків)
Заходи протидії епідемії алкоголізму, наркоманій та відношення до сексу як об'єкта зловживання та проблемного вживання їжі на основі моніторингу процесів їхнього поширення....170

Овчаренко М. О. (Луганськ)
Прогнозування розповсюдженості наркотичної залежності в Луганській області....171

Овчаренко М. О. (Луганськ)
Аналіз розповсюдженості наркотичної залежності в Луганській області та методи її прогнозування....171

Овчаренко М. О., Сосін І. К., Казакова С. Є., Пінський Л. Л., Овчаренко Т. М. (Луганськ, Харків)
Взаємозв'язок між вмістом прозапальних цитокінів та показниками перекисіндукованої хемілюмінесценції в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність....172

Пшук Н. Г., Слободянюк П. М. (Вінниця)
Структурно-динамічний та функціональний взаємозв'язок психологічних предикторів алкогольної залежності....172

Самойлова О. С. (Харків)
Когортне популяційно-генетичне дослідження процесу формування станів залежності різного походження....173

Скринник О. В. Серікова С. О. (Харків)
Особливості перебігу біполярного афективного розладу у пацієнтів, що зловживають алкоголем....173

Сквира И. М. (Беларусь)
Рецидивоопасные клинические состояния ремиссионного периода как индикатор качества лечения пациентов с алкогольной зависимостью....173

Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. (Харьков)
О наркологической ситуации в Украине....174

Чуев Ю. Ф. (Харьков)
Инновационный вариант противоболевой терапии синдрома отмены опиоидов: результаты предварительного исследования....174

Чуева Е. Ю. (Харьков)
Оценка эффективности препарата клопиксол при купировании синдрома отмены опиоидов....175

Шалашов В. В., Литвиненко В. В., Барапенко А. В. (Харків)
Перспективы использования данных о конкуренции/кооперации между различными видами зависимого поведения в молодежной среде....175

Шараневич І. О. (Харьков)
Процес і результати сенсибілізуючої терапії осіб, залежних від алкоголю, в світлі критеріїв доказової медицини....176

УДК 616-058:615.86(477)

М. К. Хобзей[1] *— директор Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України,* ***П. В. Волошин***[2] *— директор ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»,* ***Н. О. Марута***[1, 2] *— Головний позаштатний психіатр МОЗ України, заступник директора ДУ «ІНПН АМН України» з НДР*
Міністерство охорони здоров'я України[1], м. Київ,
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»[2], м. Харків

СОЦІАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА РІШЕННЯ

В статті наведений аналіз статистичних показників, які визначають стан психічного здоров'я населення України та готовність психіатричної служби надавати ефективну допомогу.

В роботі підкреслюється, що основною метою реформування психіатричної допомоги є створення соціально-орієнтованої психіатричної допомоги, що потребує змін в нормативно-правовому, структурно-організаційному, методологічному та кадровому напрямках. Автори наводять кроки, що здійснені та плануються для розвитку соціально-орієнтованої психіатричної допомоги в Україні.

Ключові слова: психосоціальна реабілітація, мультидисциплінарна бригада

Проблема психічного здоров'я є загальною для усіх країн світу тому, що більше ніж у 25 % населення земної кулі в певний момент їхнього життя розвивається один або декілька психічних розладів.

Психічні розлади вносять значний внесок у загальний тягар захворювань, який вимірюється роками життя, які прожиті з інвалідністю (РЖПІ). У 2001 році психічні розлади обумовлювали 13,1 % від усіх РЖПІ [12, 13].

Тяжким соціальним наслідком психічних розладів є суїцидальна поведінка, яка є психологічною травмою для оточення хворого та обумовлює суттєві економічні збитки суспільству [1, 9].

Характеризуючи соціальні наслідки психічної патології, слід також відзначити зменшення тривалості життя осіб з психічними розладами (при порівнянні з такими, які їх не мають), соціальну дезадаптацію, яка супроводжує дану патологію, та суттєве погіршення якості життя пацієнтів та їх родичів [5, 8].

На жаль, Україна не позбавлена проблем, пов'язаних з психічними розладами, про що свідчить аналіз статистичних показників за останні десять років.

Вивчення захворюваності населення на розлади психіки та поведінки свідчить про щорічні коливання цього показника протягом останнього десятиріччя з тенденцією до поступового зниження. В 2000 році цей показник складав 260,7 на 100 тис. населення, на кінець 2009 р. — 232,4, що свідчить про його зниження на 12,2 % (рис. 1).

Така динаміка, з одного боку, віддзеркалює тенденцію до зниження захворюваності на психічні розлади, а з іншого — може бути наслідком недостатнього виявлення психічних розладів, коли переважна більшість хворих не потрапляє до психіатрів, а отримує допомогу на рівні первинної медико-санітарної ланки.

В структурі зареєстрованої захворюваності у 2009 році переважали психічні розлади непсихотичного характеру, які складали 73,9 % (або 171,8 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів, розлади психотичного характеру — 17,5 % (40,5), розумова відсталість — 8,6 % (20,0) (рис. 2).

Тобто, в структурі захворюваності переважають розлади, психогенні за походженням, лікування яких повинно здійснюватися в амбулаторних умовах.

Аналіз поширеності психічних та поведінкових розладів з 2000 по 2009 рік показує, що на кінець 2009 року в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебували 1171 133 особи з різними формами цієї патології (2 548,0 на 100 тис. населення). За 10-річний період цей показник поступово збільшився на 4,8 % (2 430,9 у 2000 р.) (рис. 3).

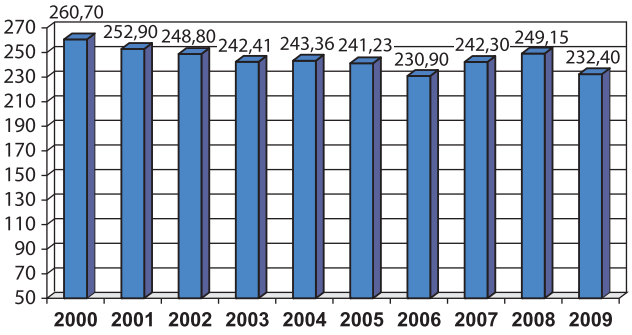


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2000—2009 роках

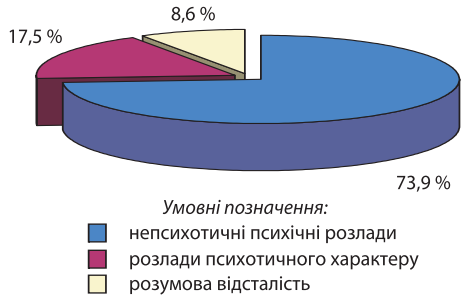


Рис. 2. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2009 році

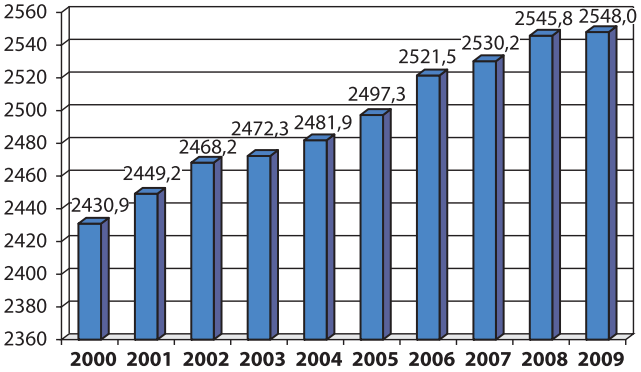


Рис. 3. Поширеність розладів психіки та поведінки (F 00 — F 09, F 20 — F 99) всього (дорослі, підлітки, діти). Диспансерна і консультативна групи у 2000—2009 роках

Наведена динаміка свідчить про те, що 2,5 % населення України потребують допомоги психіатра.

© Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О., 2010

Найбільший відсоток в структурі поширеності розладів психіки та поведінки в динаміці стабільно зберігають непсихотичні психічні розлади — 49,9 % (1 221,0 на 100 тис. населення у 2000 році і 1 272,9 у 2009 році), розлади психотичного характеру складають 26,4 % (647,3 і 672,7) та розумова відсталість — 23,6 % (562,6 і 602,2) (рис. 4).

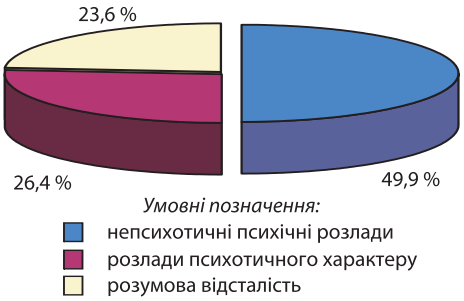


Рис. 4. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2009 році

Одним із важливих критеріїв роботи психіатричної служби є показник інвалідизації осіб з психічними розладами. За 10-річний період кількість інвалідів внаслідок психічних розладів та розладів поведінки збільшилася з 500,4 до 593,8 на 100 тис. населення, що складає 18,7 % (рис. 5). З загальної кількості хворих, які перебувають під диспансерним та консультативним спостереженням, хворі інваліди складають 23,3 % або 272 920 хворих, (відповідно 593,8 на 100 тис. населення). Переважно це інваліди I—II групи, які складають 87 % хворих, що мають групу інвалідності.

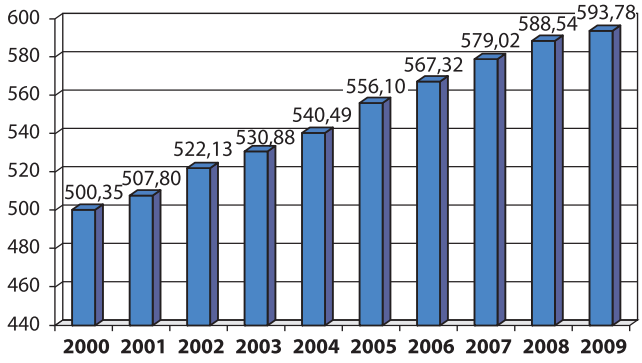


Рис. 5. Контингент хворих на розлади психіки та поведінки, що має групу інвалідності, у 2000—2009 роках

За 10-річний період показник питомої ваги III групи інвалідності серед хворих, які мають інвалідність внаслідок психічного розладу, дещо збільшився — з 8,8 % до 13,0 %.

У структурі інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів 36,5 % складають хворі на шизофренію, шизотипові та маячні розлади, 36,1 % — хворі на розумову відсталість та 10,4 % — хворі на психічні розлади внаслідок епілепсії (рис. 6).

При цьому в динаміці 10-річного періоду кількість інвалідів внаслідок розумової відсталості зросла на 31,8 %, внаслідок шизофренії, шизотипових та маячних розладів — на 14,7 %, кількість інвалідів внаслідок епілепсії суттєво не змінилася.

Зростання показника інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів є наслідком недостатнього виявлення цієї патології та неефективності заходів психосоціальної реабілітації.

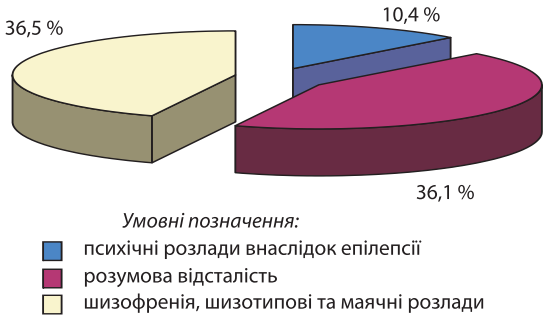


Рис. 6. Структура інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів у 2009 році

Якою є структура психіатричної служби, що надає допомогу в такій епідеміологічній ситуації?

Протягом 2009 року хворі на розлади психіки та поведінки отримували спеціалізовану медичну допомогу в 88 психіатричних та психоневрологічних лікарнях, 30 психоневрологічних диспансерах, в 656 психіатричних та 156 психотерапевтичних кабінетах.

Забезпеченість населення психіатричними ліжками у 2009 році складала 42 185 або 91,8 на 100 тис. населення. Вищі показники забезпеченості населення психіатричними ліжками реєструються у Сумській області (127,7), АР Крим (124,8) та Дніпропетровській області (123,8). Нижчі за середньоукраїнський показник — в Закарпатській (62,9), Миколаївській (63,2), Чернівецькій (64,4) областях.

Аналізуючи структуру психіатричної служби в Україні за десятирічний період, слід відзначити стабільність кількості денних стаціонарів (у 2009 році їх чисельність дорівнювала 105) та зменшення на 8,5 % кількості місць в них — з 5 545 у 2000 році до 5 079 — у 2009 році (рис. 7).

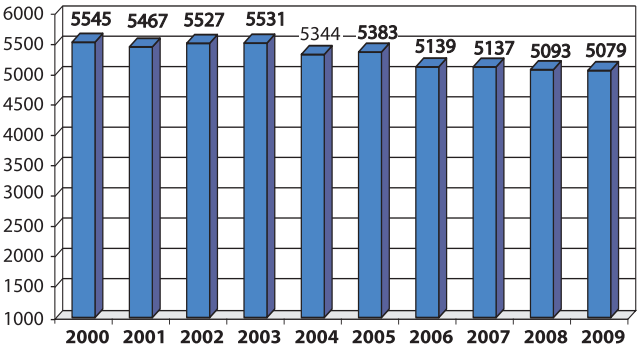


Рис. 7. Кількість місць у денних стаціонарах для психічнохворих у 2000—2009 роках

Незважаючи на зростання потреби в заходах соціальної та трудової реабілітації в структурі служби спостерігається стійка тенденція до зменшення чисельності лікувально-трудових майстерень.

В динаміці останніх 10 років їх кількість скоротилася з 64 — у 2000 році до 24 — у 2009 році (на 62,5 %). Відповідно визначається значне зменшення (на 60,3 %) кількості місць в майстернях (з 5 882 — у 2000 році, до 2 339 — у 2009 році) (рис. 8).

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби віддзеркалює той факт, що кількість фізичних осіб лікарів-психіатрів, які надають психіатричну допомогу, протягом 10-річного періоду зменшується з 3 639 — у 2000 році до 3 304 — у 2009 році. В той же час не відбувається зміцнення кадрового потенціалу служби за рахунок медичних психологів, психотерапевтів та соціальних працівників.

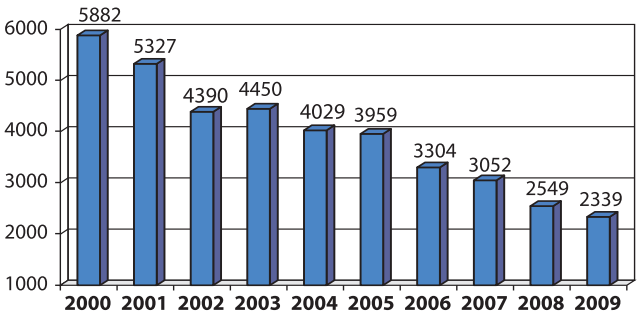


Рис. 8. Кількість місць у лікувально-трудових майстернях у 2000—2009 роках

Узагальнюючи статистичні дані, які визначають стан психічного здоров'я населення, слід відзначити, що в Україні спостерігається зростання кількості осіб з психічними та поведінковими розладами. Вивчення показника поширеності психічних та поведінкових розладів показує, що 2,5 % населення України потребують допомоги лікаря-психіатра.

В той же час у країнах Євросоюзу аналогічний показник сягає 24,1 %, що віддзеркалює високий рівень інтеграції служб психічного здоров'я у первинну медико-санітарну мережу в цих країнах та демонструє низьку спроможність психіатричної служби України надавати допомогу та виявляти хворих на первинному рівні (доповідь робочої групи ECNP, 2008).

Наступною проблемою служби є прогресивне зростання показника інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів (на 18,7 %), що віддзеркалює недостатню ефективність соціально-реабілітаційних заходів в системі надання психіатричної допомоги.

В той же час структура психіатричної служби лишається спрямованою на надання стаціонарної допомоги в найбільш стигматизованих та віддалених від мікросоціума умовах.

Стратегічною метою реформ психіатричної допомоги в Україні є створення суспільно орієнтованої психіатричної служби, яка функціонує на таких принципах:

- Найбільш можливе зміщення психіатричної допомоги безпосередньо у соціальну сферу.
- Відмова від замкненості традиційного формату надання допомоги в стаціонарних умовах (поліклінічна психіатрія, промислова психіатрія, усі види позалікарняної допомоги).
- Зміни структури психіатричної служби на принципах деінституалізації, децентралізації, наближення до населення.
- Поліпрофесійне бригадне надання допомоги.
- Надання допомоги з участю соціального (мікросоціального) оточення.
- Використання системи психосоціальної терапії та реабілітації.
- Активне залучення до надання допомоги усіх організацій та установ, діяльність яких використовується для поліпшення соціального функціонування [1, 3].

Створення соціально-орієнтованої служби потребує змін в декількох напрямках: нормативно-правовому, структурно-організаційному, методологічному та кадровому.

Тобто, основою соціально-орієнтованої допомоги є розвинена мережа позалікарняних установ, служб та організацій. Такий підхід є найбільш виправданим з клінічної, соціальної, а також економічної точок зору [2, 6].

Досвід розвитку соціально-орієнтованих психіатричних служб в Європі, США та Канаді показує, що найбільш ефективно в ініціальному періоді реформи функціонують стратегії, які базуються на поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної допомоги при відповідному зміцненні стаціонар-замісних форм допомоги. Така модель має назву «збалансованої» соціально-орієнтованої допомоги та рекомендується для використання Всесвітньою психіатричною асоціацією [13].

Тому, в розробленому МОЗ положенні «Про надання психіатричної допомоги населенню України», в якості базових структур надання психіатричної допомоги населенню виступають психоневрологічні диспансери (диспансерні відділення), поліклінічні відділення психіатричних лікарень, денні стаціонари, психіатричні кабінети поліклінік та центральних районних лікарень, а також лікувально-трудові майстерні.

Поряд з вищевикладеним, в «Положенні» підкреслюється, що сучасна психіатрична лікарня з модернізованою структурою не втрачає своєї ролі в наданні допомоги. При цьому структура лікарні повинна включати підрозділи, які відповідають потребам соціально-орієнтованій допомоги та надають високодиференційовані послуги: реабілітаційні центри, відділення первинного епізоду психозу, геронтологічні відділення, відділення сестринської допомоги, кризисні відділення. Такі структурні підрозділи, окрім численних покладених на них функцій (діагностика, лікування, догляд, нагляд, експертиза) з перших моментів госпіталізації виконують і реабілітаційні завдання, вважаючи їх базовими.

В розробленій ідеології подальшого реформування психіатричної служби України не виділена роль для загальнопсихіатричних відділень, які виконують функції ізоляторів.

Відповідно до «Положення» невід'ємною складовою психіатричного закладу (стаціонарного або амбулаторного) є бібліотека, спортивний зал та клуб (кінотеатр).

Подальші кроки з розвитку соціально-орієнтованої психіатричної служби в України включають звертання до таких форм надання допомоги як відділення психіатричної допомоги на дому, позалікарняні реабілітаційні відділення, різні види «житло під захистом», форми міжвідомчої взаємодії психіатричної та соціальної служб (гуртожитки, квартири для самостійного проживання), пункти працевлаштування (разом з центром занятості) в диспансерах.

Наступною важливою складовою розвитку соціально-орієнтованої служби в Україні є перехід від переважно медичної до біопсихосоціальної та, відповідно, до мультидисциплінарної моделі психіатричної допомоги і бригадного підходу до її надання.

Робота мультидисциплінарної бригади передбачає активну участь у лікувально-реабілітаційному процесі не лише лікаря-психіатра, а й лікаря-психотерапевта, медичного психолога, соціального працівника та медичної сестри. Спільний план роботи з конкретним хворим визначається на робочих засіданнях бригади. Роль кожного з членів бригади залежить від стану хворого, етапу лікування, соціального оточення [4, 7].

Як свідчить досвід роботи мультидисциплінарних бригад у країнах з розвиненою соціально-орієнтованою службою, на початковому етапі роботи бригади найбільш ефективне керівництво здійснюється лікарем-психіатром, на подальших етапах роботи ці функції успішно виконують медичні психологи, соціальні робітники та медичні сестри [10, 11].

Мультидисциплінарна бригада, яка бере участь в наданні психіатричної допомоги, здійснює функції лікування, реабілітації та соціально-психологічної підтримки пацієнта. Ці функції є взаємопов'язаними та залежними від потреб конкретного етапу надання допомоги.

Діапазон втручання мультидисциплінарної бригади охоплює та включає проведення фармакотерапії, здійснення соціальної та емоціональної підтримки, активізацію соціальної мережі пацієнта, формування мотивації до доступної соціальної активності та її реалізацію [4, 7].

Мультидисциплінарна бригада здійснює раннє включення хворих в різні форми психосоціальної реабілітації

(діапазон подібних втручань досить широкий: від тренінгу навиків незалежного проживання до більш складних навичок соціальної взаємодії).

Окрім цього, мультидисциплінарна бригада проводить психоосвіту, роботу з родичами пацієнта, вирішує проблеми соціально-правової допомоги пацієнтам. Змістовні аспекти бригадної курації пацієнта закладені у новій редакції «Протоколів надання допомоги пацієнтам з психічними та поведінковим розладами». Кадрове забезпечення роботи мультидисциплінарних бригад потребує подальших зусиль для поповнення служби медичними психологами та соціальними робітниками [10, 11].

На покращання здібностей первинної мережі медичної допомоги надавати допомогу особам з психічними розладами спрямовані заходи МОЗ України, затвердженні наказом № 283 від 31.03.2010 (на 2010—2012 роки).

Ці заходи передбачають вдосконалення доступності психіатричної допомоги населенню України шляхом розширення мережі психіатричних кабінетів (у поліклініках та ЦРЛ) та психосоматичних відділень у багатопрофільних лікарнях. Наступною складовою цих заходів є проведення постійно діючого семінару щодо підвищення рівня знань лікарів первинної ланки з питань діагностики та лікування психічних розладів. Виконання заходів сприятиме розвитку ефективної взаємодії лікарів первинної медико-санітарної мережі та лікарів-психіатрів в усіх регіонах України для покращання якості надання медичної допомоги особам з психічними розладами.

Ефективна взаємодія на первинному рівні надання допомоги є принциповою умовою ефективного здійснення заходів психосоціальної реабілітації, кінцевою метою яких є ресоціалізація пацієнтів, відновлення або формування їх соціальної автономії, незалежного функціонування в суспільстві, розширення соціальної мережі [14].

Психосоціальна реабілітація та психосоціальна терапія базується на наступних принципах:

- Процес психосоціальної реабілітації починається на любому етапі надання психіатричної допомоги (якомога раніше після купірования гострих клінічних проявів).
- Психосоціальні втручання повинні бути структурованими по відношенню до певного періоду лікування (мета, період).
- Визначення форми впливу залежить від психосоціального дефіциту пацієнта (соціальна дезадаптація).
- Послідовність реалізації заходів психосоціальної реабілітації з урахуванням повсякденних життєвих вимог пацієнта.
- Безперервність психосоціальних впливів.

Важливим кроком впровадження заходів психосоціальної реабілітації у психіатричну допомогу є Державна цільова Програма лікування та реабілітації хворих на первинний психотичний епізод до 2015 року, концепція якої підготовлена Департаментом розвитку медичної допомоги населенню України.

Затвердження та виконання Програми дасть можливість здійснювати допомогу первинними хворим на засадах суспільно-орієнтованої допомоги.

Очікувані результати виконання Програми наступні:

- Забезпечення доступності, безперервності та координації надання допомоги хворим на первинний психотичний епізод (визначення «маршруту» первинного хворого з залученням лікарів загально медичної ланки).
- Створення мережі підрозділів для надання допомоги хворим на первинний психотичний епізод в амбулаторних, напівстаціонарних та стаціонарних умовах.
- Зменшення негативних наслідків інституалізації, обумовлених перебуванням пацієнтів за межами родинного та професійного середовища.
- Забезпечення хворих на первинний психотичний епізод безпечними та високоефективними ліками.
- Підвищення рівня трудової та професійної реабілітації хворих на первинний психотичний епізод.
- Покращання умов у психіатричних відділеннях — забезпечення гідного та сучасного стандарту умов перебування та лікування хворих на первинний психотичний епізод.
- Зростання питомої ваги психосоціальних заходів в наданні допомоги хворим на первинний психотичний епізод (збільшення кількості поліпрофесіональних бригад, які беруть участь у наданні допомоги хворим на первинний психотичний епізод).
- Підвищення рівня знань з питань охорони психічного здоров'я фахівців первинної медико-санітарної ланки та фахівців, які працюють з широкими верствами населення.
- Поширення серед населення знань з питань психічного здоров'я та запобігання розвитку психічних розладів.

Узагальнюючи вищенаведене, слід відзначити, що досвід країн з розвинутою соціально-орієнтованою психіатричною допомогою (країн Європи, США, Канади) свідчать, що процес формування такої допомоги є тривалим, потребує нормативно-правових, організаційно-методичних, кадрових змін та суттєвої фінансової підтримки.

Важливою складовою розвитку соціально-орієнтованої психіатричної допомоги в Україні є консолідація суспільства (політиків, законодавців, фахівців — психіатрів, професійних асоціацій, громадськості, соціальних служб, освітян, користувачів допомоги та їх родичів в напрямку дестигматизації суспільства та зміцнення психічного здоров'я населення України).

Список літератури

1. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. — М.: Медпрактика-М, 2004. — 491 с.
2. Жданова М. П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы в Украине / Жданова М. П., Коллякова О. М., Зинченко Е. Н. // В кн.: Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. — СПб., 2009. — Т. 1. — С. 346—354.
3. Мовина Л. Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Л. Г. Мовина. — М., 2005. — 24 с.
4. Практикум по социальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных : под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. — М., 2002. — 179 с.
5. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство [под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера]. — М.: Медпрактика-М, 2007. — 200 с.
6. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи : под ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельда. — М.: ИД Медпрактика-М, 2007. — 356 с.
7. Allness D. J. A manual for ACT start-up: based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illnesses / D. J. Allness, W. H. Knoedler. — Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill, 2003. — 230 p.
8. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients / [Bond G. R., Drake R. E., Mueser K. T., Latimer E.] // Disease Management and Health Outcomes. — 2001. — Vol. 9, № 3. — P. 141—159.
9. Chisholm D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the Choice program of the World Health Organization / D. Chisholm // World Psychiatry. — 2005. — Vol. 4, № 1. — P. 37—44.
10. The program of assertive community treatment: Implementation and dissemination of an evidence-based model of community-based care for persons with severe and persistent mental illness / [Gold P. B., Meisler N., Santos A. B. et al.] // Cognitive and Behavioral Practice. — 2003. — Vol. 10. — P. 290—303.
11. Latimer E. A. Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness / E. A. Latimer // J. Psychiatry and Neuroscience. — 2005. — Vol. 30, № 5. — P. 355—359.
12. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care / M. Maj // World Psychiatry. — 2010, № 9. — P. 65—76.
13. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care / [Thornicroft G., Alem A., Antunes Dos Santos R. et al.] // Ibid. — P. 67—77.
14. Assertive community treatment of the mentally ill: Service model and effectiveness / [Udechuku A., Olver J., Hallam K. et al.] // Australasian Psychiatry. — 2005. — Vol. 13, № 2. — P. 29—134.

Надійшла до редакції 06.08.2010 р.

***Н. К. Хобзей*[1], *П. В. Волошин*[2], *Н. А. Марута*[1, 2]**
Министерство охраны здоровья Украины[1], *ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»*[2]

Социально-ориентированная психиатрическая помощь в Украине: проблемы и решения

В статье представлен анализ статистических показателей, которые определяют состояние психического здоровья населения Украины и готовность психиатрической службы оказывать эффективную помощь.

В работе подчеркивается, что основной целью реформирования психиатрической помощи является создание социально-ориентированной психиатрической помощи, которая требует изменений в нормативно-правовом, структурно-организационном, методологическом и кадровом направлениях. Авторы представляют шаги, которые сделаны и планируются для развития социально-ориентированной психиатрической помощи в Украине.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, мультидисциплинарная бригада

***M. K. Khobzey*[1], *P. V. Voloshyn*[2], *N. O. Maruta*[1, 2]**
[1] *Ministry of Health of Ukraine, Kyiv,*
[2] *State institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine», Kharkiv*

Community-based mental health care in Ukraine: problems and decisions

In the article an analysis is given on statistical indexes which determine a state of a mental health of the population of Ukraine and a readiness of the psychiatric service to provide an effective care.

The work emphasizes that the main purpose of reforming of mental health care is a creation of a community-based mental health care and this requires changes on legislative, structural-organizational, methodological, and staff directions. The authors describe performed and planned steps to develop a community-based mental health care in Ukraine.

Key words: community-based mental health care, psychosocial rehabilitation, multiprofessional team

ДК 616-053.2:615.86

Р. О. Моісеєнко, О. В. Терещенко, І. А. Марценковський
Департамент материнства, дитинства та соціального забезпечення Міністерства охорони здоров'я України,
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ВІД СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДИТЯЧОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ — ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Психічне здоров'я та психологічне благополуччя — фундаментальні складові життя дитини, які забезпечують сприйняття значущості буття, дозволяють їй розкрити особистісний потенціал, стати суспільно активним громадянином. Більшість психічних розладів маніфестує в дитячому та підлітковому віці, проте вперше діагностуються вони переважно в зрілі роки. Психічні розлади у дітей та підлітків рідко закінчуються спонтанною ремісією. Вони зазвичай стають причиною порушень соціальної адаптації та психічних розладів у дорослому житті. Особистісні страждання, стигматизація та соціальна дискримінація у дітей з психічними розладами може посилювати соціальні наслідки психічних розладів, зумовлювати низьку ефективність лікування та соціальної допомоги, призводити до соціальної дезадаптації та ізоляції. У статті аналізується робота дитячої психіатричної служби України у 2009 році, обговорюються шляхи її подальшого розвитку і політика Міністерства охорони здоров'я в цій галузі. Підґрунтям цієї політики є скорочення інституційних підходів до обслуговування дітей, породжуваної ними соціальної ізоляції. Забезпечення доступності медичних та соціальних послуг дітям із психічними розладами на громадському рівні, інтеграція психіатричної допомоги в педіатричну та первинну медичну допомогу мають дозволити пацієнтам та їх сім'ям отримати безпосередню та індивідуальну відповідь на свої потреби. Автори статті роблять висновок, що системи соціальної та медичної допомоги дітям повинні бути інтегровані для забезпечення благополуччя дитини з особливими потребами та соціальної реінтеграції її сім'ї.

Ключові слова: діти та підлітки, психічне здоров'я, психічні розлади, профілактика, психічна інвалідність, соціальне забезпечення, соціальна допомога дітям

Психічне здоров'я та психологічне благополуччя — фундаментальні складові життя дитини, які забезпечують сприйняття значущості буття, дозволяють їй розкрити особистісний потенціал, стати суспільно активними громадянами. Більшість психічних розладів маніфестує в дитячому (підлітковому) віці, проте вперше діагностуються вони переважно в зрілі роки. Для хворих на шизофренію, біполярний розлад від виникнення перших ознак розладу до його діагностики минає, як правило, 5—10 років.

Рання діагностика та терапія розладів психіки є складною проблемою, міцно пов'язаною з дестигматизацією психіатричної допомоги, успішністю психоосвітніх проектів на мікросоціальному (сімейному) та макросоціальному (персонал навчальних закладів, соціальних служб, лікарі загальної практики) рівнях. Саме рання діагностика та рання допомога в значному числі випадків визначають прогноз перебігу психічного захворювання та його соціальні наслідки.

Якщо розлад зі спектра аутизму діагностується у віці до трьох років, спеціальні терапевтичні програми, побудовані на принципах поведінкової терапії, дозволяють більше ніж половину дітей успішно інтегрувати в загальноосвітні навчальні заклади. При діагностиці розладу в 6—7 років 60 % дітей матимуть у подальшому помірну чи тяжку розумову відсталість. Тяжкі поведінкові розлади роблять проблематичним навчання таких дітей навіть у спеціальних закладах освіти.

Шизофренія, що маніфестує в дитячому віці, при ранній діагностиці, лікуванні сучасними атиповими нейролептиками та дієвій соціальній реабілітації не завжди закінчується формуванням тяжких дефектних станів і інвалідністю хворих. З 2005 року первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена шизофренією, зменшилася в Україні в 2,1 разів. У 2009 році в Україні лише 66 дітей, хворих на шизофренію, шизоафективні та шизотипові розлади вперше були визнані інвалідами, що становить 0,81 на 100 000 населення.

Первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена розумовою відсталістю, з 2005 року зменшилася в Україні в 2,2 разів. В 2009 році з розумовою відсталістю вперше були визнані інвалідами 1407 дітей (17,19 на 100 000 населення). Зменшення інвалідності зумовлене поліпшенням медичної, зокрема, неврологічної допомоги дітям з органічним ураженням мозку на першому році життя. Первинна психіатрична інвалідність у дитячому віці, зумовлена епілепсією, з 2005 року зменшилася в 2,3 разів. В 2009 році лише 91 дитина з епілепсією була первинно визнана інвалідом (1,11 на 100 000 населення).

Як дитячі неврологи, так і дитячі психіатри при наданні медичної допомоги дітям із епілепсією ефективно застосо-

© Моісеєнко Р. О., Терещенко О. В., Марценковський І. А., 2010

вують клінічні протоколи Міністерства охорони здоров'я. Враховуючи наявні тенденції, можна передбачити, що головною причиною психіатричної дитячої первинної інвалідності в найближчі три роки в Україні стануть розлади зі спектра аутизму.

Психічне здоров'я дитячого населення України викликає серйозне занепокоєння. Близько 4,7 % дітей є споживачами психіатричної допомоги. Психічні розлади дітей становлять 34,5 % всієї психічної захворюваності. Вони вкрай рідко закінчуються спонтанною ремісією, приводять до порушень соціальної, сімейної та трудової адаптації.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки в Україні повільно підвищуються. В 2009 році під спостереженням психіатрів перебувало 1171 133 осіб або 2 548,0 на 100 000 населення; під спостереженням дитячих психіатрів перебувало 220 890 дітей віком 0—17 років, у тому числі 31 545 підлітків у віці 15—17 років і 167 223 дітей у віці 0—14 років.

На дитячий вік припадає 8,8 % інвалідності, зумовленої розладами психіки. У 2009 році в Україні було 23 979 дітей-інвалідів із розладами психіки. Показники первинної інвалідності протягом останніх років зменшувалися. В 2005 році інвалідність була встановлена в 3511, у 2009 році — 2352 дітей. Контингент дітей-інвалідів продовж останніх 5 років зменшився на 22,8 % (на 1,1 % за останній рік). Протягом останніх двох років (2008/2009) показники дитячої інвалідності були найвищими в Івано-Франківській — 478,74/437,35; Луганській — 387,35/347,92; Вінницькій — 374,50/364,77; Житомирській — 360,08/359,86; Чернівецькій — 360,01/377,12 областях, найнижчими в місті Севастополі — 201,38/195,15; АР Крим — 207,45/200,42; Волинській області — 215,12/217,70.

Україна сильно запізнилася з реформуванням системи психіатричної допомоги дітям, проте задекларувала наміри проводити зміни в контексті загальноєвропейських процесів. Базові принципи єдиної політики країн Європи в цій сфері відбиті в Ґельсінській декларації та Європейському плані дій у сфері психічного здоров'я Європейської конференції ВООЗ на рівні міністрів охорони здоров'я (Ґельсінкі, Фінляндія, 2005) та Флорентійській Декларації XIII конгресу Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (Флоренція, Італія, 2007). Основний наголос у цих документах робиться на: 1) наданні психіатричної допомоги дітям у максимально нестигматизованих умовах: за місцем проживання чи навчання (на рівні громад), без обмеження зв'язків із батьками та референтним оточенням дитини; 2) розширенні спектра та підвищенні якості психіатричних послуг на етапі первинної медичної допомоги; 3) перевазі психологічних (психотерапевтичних) і соціальних форм допомоги над біологічним лікуванням; 4) залученні громадських організацій до створення мережі агентств, зайнятих підтримкою особливих потреб дітей, пов'язаних з охороною здоров'я, освітою, культурою.

Рішення круглих столів, організованих комітетами з питань охорони здоров'я та з питань сім'ї, молодіжної політики, спорту та туризму Верховної Ради України від 6 червня 2008 року, Національною Радою з питань охорони здоров'я населення при Президенті України «Криза в психіатрії дитячого віку: мультидисциплінарні підходи до вирішення проблеми» від 5 травня 2009 року, розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів із виконання в 2010 році загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року», наказ МОЗ України № 176 від 19.03.09 «Про затвердження заходів МОЗ України щодо удосконалення психіатричної допомоги на 2009—2010 роки», рішення наради МОЗ України від 22.12.09 за участю Міністра охорони здоров'я Князевича В. М. «Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні» визначили шляхи реформування системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні.

У 2009 році заклади охорони здоров'я України надавали психіатричну допомогу в умовах економічної кризи та зменшення дитячої популяції. За рік дитяче населення України скоротилося на 1,7 % і складало 139 410 осіб. Кількість дітей у віці до 14 років зменшилася на 0,4 % (24 903 осіб). Популяція підлітків скоротилася на 6,3 % (114 507 дітей). Популяція дорослих за рік скоротилася лише на 89 540 осіб (0,2 %).

Протягом двох передкризових років показник захворюваності на розлади психіки та поведінки в Україні збільшувався у 2007 на 4,9 %, у 2008 — 2,8 %. Захворюваність на розлади психіки та поведінки в дітей підвищувалась повільніше: у 2007 на 1 %, у 2008 — 4,1 %. Рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки в дітей до 14 років протягом 2007 та 2008 років збільшилися відповідно на 1,0 % та 1,9 %, у підлітків на 1,6 % та 13,4 %.

Кризові процеси в суспільстві негативно вплинули на затребуваність та доступність психіатричної допомоги в країні. У 2009 році рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки в населення України зменшився на 6,7 %, серед дитячого населення — на 5,7 %. Загальна захворюваність становила 106 801 осіб (232,36 на 100 000 населення), дитяча — 36891,0 осіб (450,6 на 100 000 дитячого населення), що відповідає рівню 2006 року. Протягом 2009 року під спостереження з уперше встановленим діагнозом узято 6403 дітей у віці 15—17 та 30 488 дітей у віці 0—14 років. У дітей віком до 14 років показники захворюваності зменшилися на 4,8 %, у підлітків — 10,3 %.

Показники загальної захворюваності на психічні розлади в передкризовому 2008 році значно відрізнялися в різних регіонах: від 427,3 на 100 000 населення в Житомирській області, 334,1 в Київській та 317,3 в Херсонській до 153,9 у Волинській, 135,1 у Києві та 145,4 у Севастополі.

У 2009 році спостерігалася тенденція до зменшення міжрегіональних розбіжностей показників загальної психіатричної захворюваності. Найвищими показники захворюваності залишалися в Житомирській (407,8 на 100 000 загального населення), Київській (350,9) областях, найнижчі — у Волинській (162,6) області, м. Києві — 149,3 та Севастополі — 153,9.

Показники дитячої захворюваності на психічні розлади в 2008 році також значно відрізнялися в різних регіонах України: від 911,3 на 100 000 дитячого населення в Чернігівській, 809,9 — Херсонській областях, 761,7 у АР Крим, 753,2 у Житомирській області до 240,7 у Волинській, 340,3 — Закарпатській, 361,9 — Рівненській, 288,1 у Чернівецькій областях та 374,0 у місті Києві.

Для регіонів із низькими показниками дитячої захворюваності притаманні проблеми з доступністю амбулаторної психіатричної допомоги, її стигматизацією, низьким рівнем якості послуг, які не відповідають очікуванням населення. Навіть у промислово розвинутих областях дитячі психіатри працюють далеко не у всіх районах. Це негативно впливає на рівень діагностики в цих регіонах психічнохворих дітей.

У сільській місцевості, у разі відсутності дитячих психіатрів, психіатричну допомогу дітям і підліткам надають дільничні психіатри центральних районних лікарень. Рівень їх кваліфікації не відповідає вимогам часу.

Внаслідок віддаленості сільських населених пунктів від районних центрів транспортна складова витрат у сільській місцевості суттєво впливала на доступність первинної психіатричної допомоги в кризових 2009—2010 роках. Подорожчання вартості нейротропних та психотропних ліків також суттєво впливало на доступність психіатричної допомоги дітям. За статистичними даними Міністерства охо-

рони здоров'я України активність звернення за допомогою до дитячих психіатрів в 2009 році зменшилася. Показники захворюваності в сільськогосподарських регіонах країни виявилися особливо чутливими до економічної кризи.

У великих містах на зниження показників офіційно зареєстрованої захворюваності протягом останніх 5 років впливала стигматизація психіатричної допомоги дітям, нерозвинутість послуг, що надавалися в амбулаторній ланці. Значна частина дітей із розладами психіки та поведінки отримували медичну допомогу в приватних медичних структурах, закладах, створених організаціями батьків, у дитячих неврологів і не враховуються медичною статистикою як випадки первинно діагностованих захворювань. Збільшення зареєстрованої захворюваності в великих містах протягом 2009 року було зумовлено тим, що частина родин в умовах економічної кризи виявилася неспроможною оплачувати такі послуги і частіше зверталася за допомогою до бюджетних медичних закладів.

У 2009 році міжрегіональні розбіжності рівнів первинної діагностики розладів психіки та поведінки в дітей посилилися. У Миколаївській області показники захворюваності зменшилися протягом року на 28,1 % (з 618,6 до 444, 5 на 100 000 населення), у Чернігівський — на 22,3 % (з 911,3 до 707,6 %), Вінницькій та Донецькій — на 21,0 % (з 428,5 до 338,5 та з 493,5 до 390,0 %), Дніпропетровській — на 18,3 % (з 498,2 до 407,0), Івано-Франківській — на 15,4 % (з 436,3 до 369,3). Значне підвищення показників дитячої захворюваності в 2009 році зареєстровано лише в Житомирській (на 11,0 %, з 753,17 до 853,8), Кіровоградській (на 8,2 %, з 424,7 до 459,7), Луганській (на 6,4 %, з 535,4 до 569,9) та Чернівецькій (на 4,3 %, з 288,1 до 300,6) областях. Найвищі показники захворюваності (на 100 000 населення) спостерігалися в Житомирській (835,8), Херсонській (811,0), Чернігівській (707,6) областях і АР Крим (650,4), найнижчі — у Волинській (241,50), Чернівецькій (300,6), Закарпатській (320,0) областях.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки в Україні повільно підвищуються. У 2009 році під спостереженням психіатрів перебувало 1171 133 осіб або 2 547,97 на 100 000 населення. Під спостереженням дитячого психіатра перебувало 220 890 дітей віком 0—17 років, у тому числі 31 545 підлітків у віці 15—17 років і 167 223 дітей віком 0—14 років. Показники поширеності значно відрізнялися в різних регіонах: коливалися від 3079,43 на 100 000 населення в Херсонській, 3098,14 — у Черкаській, 2941,93 — у Донецькій областях до 2039,08 у Києві, 2039,64 — у Вінницькій, 2105,05 — у Полтавській областях.

Відповідно до визначених МОЗ України пріоритетів у 2009 році продовжене реформування системи надання спеціалізованої психіатричної допомоги дітям, приведення її у відповідність до вимог доказової медицини.

Ужиті заходи щодо підвищення якості діагностики та лікування розладів зі спектра аутизму та гіперкінетичних розладів: 1) 3—4 червня 2009 року в місті Львові на базі навчально-реабілітаційного центру «Джерело» проведено нараду та школу-семінар головних позаштатних спеціалістів областей, міст Києва та Севастополя «Перспективи розвитку послуг дітям із розладами спектра аутизму та гіперкінетичними розладами в Україні»; 2) 10—11 жовтня Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Трастом південного Лондону та клініки Модслі, Науково-дослідною мережею західного Лондону, Інститутом психіатрії Модслі та Королівським коледжем Лондону в місті Києві проведено міжнародну школу-семінар «Аутизм і гіперкінетичний розлад: Методи діагностики та лікування»; 3) Робочою групою МОЗ України з розробки клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям з розладами психіки були розроблені та апробовані у Львівській, Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Запорізькій та Харківській областях клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям із розладами зі спектра аутизму та гіперкінетичними розладами.

З 2006 по 2009 р. захворюваність на розлади зі спектра аутизму в дітей в Україні збільшилася в 2,2 рази й на кінець 2009 року склала 252,0 на 100 000 дитячого населення. Показник стабільно підвищувався протягом трьох останніх років: у 2007 — на 28,2 %; 2008 — 32 %, 2009 — 27,2 %.

Не зважаючи на позитивні зрушення з виявленням розладів зі спектра аутизму, його діагностика в 2009 році залишалася незадовільною в більшості регіонів України. У Вінницькій, Житомирській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській областях показники захворюваності були нижчими за 2,0 на 100 000 дитячого населення. Позитивні результати досягнуті лише в 7 регіонах: АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Харківській, Чернівецькій областях та м. Києві. У цих регіонах показники захворюваності для розладів зі спектра аутизму в 2009 році були в діапазоні від 3,8 до 9,8 на 100 000 дитячого населення.

Занепокоєння викликає невчасна діагностика розладів зі спектра аутизму. Рівень діагностики у віці до 3 років залишається низьким. що знижує дієвість медико-соціальної допомоги. Батьки значної частини хворих не звертаються за психіатричною допомогою до дитячих психіатрів, чи звертаються несвоєчасно (у 4—5-річному віці), отримують медичну допомогу в дитячих неврологів і в приватних медичних структурах.

Показник поширеності розладів зі спектра аутизму в Україні також швидко підвищувався: у 2006 на 27,2 %, в 2008 — на 20,2 %, у 2009 — на 20,0 %. З 2005 по 2009 рік цей показник збільшився у 2,2 рази та становив 1388,0 на 100 000 дитячого населення. Поширеність розладів зі спектра аутизму коливається в різних регіонах України в широкому діапазоні: від 4,2 до 41,6 на 100 000 дитячого населення. Високою поширеність аутизму є в АР Крим (19,2), Дніпропетровській (20,4), Донецькій (41,6), Запорізькій (25,0), Івано-Франківській (16,0), Миколаївській (18,9), Сумській (16,2), Чернівецькій (29,0) областях, містах Києві (41,6) та Севастополі (35,3). У Закарпатській, Житомирській, Рівненській, Тернопільській областях у 2009 році поширеність розладу була нижче 6,0 на 100 000 дитячого населення.

Якість діагностики гіперкінетичних розладів в Україні залишається незадовільною. Показник врахованої психіатричною службою захворюваності в 2009 році збільшився лише на 1,2 % (з 18,3 на 100 000 дитячого населення в 2008 до 19,5 в 2009 році). Показник поширеності розладу в 2009 році збільшився на 25 % з 76,8 на 100 000 дитячого населення в 2008 до 96,0 в 2009 році.

Ефективні заходи, щодо діагностики розладу відповідно до клінічного протоколу та рекомендацій МОЗ України були вжиті лише в 5 регіонах (Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Полтавській, Рівненській областях), у яких показники захворюваності в 2009 році були в діапазоні від 108 до 185, а показники поширеності — від 425 до 998 на 100 000 дитячого населення.

Вкрай незадовільною діагностика гіперкінетичного розладу в 2009 році залишалася в Херсонській, Волинській, Тернопільській, Вінницькій, Закарпатській та Миколаївській областях, у яких показники захворюваності в 2009 році були нижчими за 25, поширеності — нижчими за 75 на 100 000 дитячого населення. Це свідчить, що цілеспрямована робота із цим контингентом хворих у зазначених регіонах майже не проводиться. У місті Києві захворюваність

на гіперкінетичні розлади в 2009 році становила 65, поширеність — 308 на 100 000 дитячого населення, що не відповідає реальній поширеності розладу та наявним кадровим ресурсам для надання якісної медико-психологічної допомоги цьому контингенту хворих відповідно до вимог клінічного протоколу.

Аналіз структури захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки в дітей в Україні, розраховані на 100 000 дитячого населення, свідчить про те, що в структурі патології, як і в минулі роки, переважають непсихотичні психічні розлади (захворюваність — 79,9, поширеність — 71,2) та розумова відсталість (захворюваність — 16,5, поширеність — 25,6). Психотичні розлади мають менше 2 % дітей. Така структура захворюваності та поширеності розладів психіки ставить під сумнів доцільність надання спеціалізованої психіатричної допомоги цьому контингенту хворих на ліжках в психіатричних лікарнях.

У 2009 році показники захворюваності та поширеності розумової відсталості в дітей були найвищими в Дніпропетровській, Донецькій, Львівській областях, найнижчими — у Волинській, Кіровоградській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій областях, містах Києві та Севастополі. У деяких регіонах спостерігалося накопичення діагностованих випадків специфічних затримок розвитку та легкої розумової відсталості. Найвищими показники захворюваності та поширеності цих розладів були у Вінницькій, Луганській та Харківській областях.

В Україні в 2009 році було 524,75 посад дитячих психіатрів (у 2008 році — 525,25), з них зайняті 480,75 (у 2008 році — 474,25). Ці посади обіймали 408 фізичних осіб (у 2008 році — 404). Укомплектованість і забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами протягом останніх років суттєво різнилася в різних регіонах країни. Протягом 2009 року розбіжності між регіонами збільшувалися. У регіонах із відносно високими показниками укомплектованості дитячими психіатрами в кризовому 2009 році, порівняно з показниками 2008 року, вони збільшилися: у Києві на 13,3 %, до 10,29, АР Крим — на 51,1 %, до 8,66 на 100 000 дитячого населення. Стабільно високими показники укомплектованості залишалися в Севастополі — 10,51 і у Луганській області — 9,07 на 100 000 дитячого населення. У регіонах із низькими показниками укомплектованості служби в 2009 році вони продовжували знижуватися. У Рівненській області укомплектованість дитячої психіатричної служби зменшилася на 22,4 % до 1,56, Миколаївській — на 29,3 % до 2,08 на 100 000 дитячого населення. У Закарпатській області показник укомплектованості в 2009 році становив 2,94 на 100 000 дитячого населення. Ці статистичні показники свідчать про тенденцію зниження престижу спеціальності дитячого психіатра та суттєвий брак спеціалістів у сільськогосподарських регіонах України.

На кінець 2009 року дитячий ліжковий фонд психіатричної служби становив 1844 ліжка. Майже всі дитячі психіатричні ліжка розміщені в структурі психіатричних лікарень. Винятками є Харківська область, у якій дитячі психіатричні ліжка розгорнуті в багатопрофільній дитячій міській лікарні та Запорізька область, у якій працює дошкільний психоневрологічний центр санаторного типу. Скорочення кількості ліжок протягом 1998—2009 років становило 3,1 % (666 ліжок). Забезпеченість дитячими психіатричними ліжками в 2009 року досягла рівня 22,5 ліжка на 100 000 дитячого населення. В 2009 році загальні показники роботи дитячого психіатричного ліжка, порівняно з 2008 роком, залишалися стабільними. Середнє число днів роботи дитячого психіатричного ліжка скоротилося на 10,4 днів і становило 292,7 днів. Середня тривалість перебування дитини в стаціонарі скоротилася на 1,2 дні, з 28,9 до 27,6 днів. Оберт ліжка залишився незмінним. Використання психіатричного ліжка в значній кількості регіонів залишалося нераціональним.

Окремою проблемою стаціонарної психіатричної допомоги дітям протягом кількох останніх років є надання психіатричної допомоги дітям-сиротам, дітям, позбавленим батьківського піклування, вихованцям інтернатів Міністерства науки та освіти та Міністерства праці та соціальної політики.

Госпіталізація таких дітей не завжди зумовлена медичною необхідністю, а подекуди має на меті виконання плану ліжко-дня. У значній кількості таких випадків дітей можна не госпіталізувати, а лікувати в умовах інтернатів, які мають у своєму штаті дитячих лікарів-психіатрів, або амбулаторно в територіальних закладах охорони здоров'я, що не потребує використання дороговартісного спеціалізованого ліжка. За офіційними даними Генеральної прокуратури України, з року в рік, мали місце численні порушення прав таких дітей, пов'язані з необґрунтованим поміщенням вихованців інтернатів та будинків дитини до психіатричних лікарень. Зафіксовані випадки надання такої допомоги дітям без згоди їх законних представників, попереднього огляду дитячим психіатром та підписання згоди на госпіталізацію дитини юридично не вповноваженими особами, відсутності обґрунтування комісією лікарів-психіатрів необхідності продовження стаціонарного лікування дитини на термін понад 30 діб.

Протягом 2009 року відповідно до рішення апаратної наради МОЗ «Питання якості та безпечності надання психіатричної допомоги» від 24.07.09 та на підставі листа МОЗ № 04.04.19-43 від 22.04.09 в Україні було вжито системних заходів щодо дотримання законодавства, недопущення безпідставних госпіталізації зазначених контингентів дітей.

У 2009 році у Вінницькій, Рівненській, Харківській, Черкаській областях та місті Києві спеціалізована психіатрична допомога зазначеним контингентам дітей надавалась переважно в амбулаторних умовах. У Запорізькій, Полтавській, Миколаївській, Чернігівській, Кіровоградській, Одеській, Луганській, Донецькій областях показники надання психіатричної допомоги зазначеним контингентам дітей у стаціонарних умовах залишалися необґрунтовано високими. Відсоток ліжко-днів при наданні стаціонарної психіатричної допомоги дітям-сиротам і позбавленим батьківського піклування в середньому по Україні становив 9,9 %, у той час як у Запорізькій — 34,1 %, Полтавській — 47,2 %, Миколаївській — 24,0 %, Чернігівській — 23,1 %. Відсоток ліжко-днів при наданні стаціонарної психіатричної допомоги дітям із інтернатів в середньому по Україні становив 0,45 %, в той час як у Полтавській — 46, 5 %, Запорізькій — 38,6 %, Одеській — 20,9 %.

На стаціонарну психіатричну допомогу дітям із розладами зі спектра аутизму, помірною, тяжкою та глибокою розумовою відсталістю в 2009 році припадало 15,2 % ліжко-днів. Показники використання ліжкового фонду для надання психіатричної допомоги цьому контингенту хворих у 2009 році були найвищими в Харківській (35,3 %), Тернопільській (26,0 %), Чернівецькій (23,9 %), Дніпропетровській (23,6 %), Миколаївській (22,9 %), Вінницькій (22,1 %), Одеській (20,6 %) областях. Проте, якщо в Дніпропетровській і Донецькій областях значна частина ліжко-днів пов'язана із організацією високоспеціалізованої психіатричної допомоги дітям із розладами зі спектра аутизму (відповідно 7,9 % та 10,3 %), то в Тернопільській, Чернівецькій, Миколаївській, Вінницькій областях — із малоефективним утриманням на психіатричних ліжках дітей із помірною, тяжкою та глибокою розумовою відсталістю. Позитивним є досвід Запорізької області, в якій працює обласний дошкільний психоневрологічний центр санаторного типу, що надає високоспеціалізовану психіатричну

допомогу дітям із розладами зі спектра аутизму. На цей контингент хворих в області припадає 9,1 % ліжко-днів, у той час як на психіатричну допомогу дітям із помірною, тяжкою та глибокою розумовою відсталістю відповідно 4,6 % та 0,7 % ліжко-днів.

Узагальнення наведених вище результатів дозволяє сформулювати пропозиції щодо подальших заходів з реформування системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні.

Системи охорони психічного здоров'я дітей у розвинених країнах світу переживають черговий етап свого становлення, пов'язаний із переглядом самої парадигми їхньої побудови, перенесенням акценту із соціальної реабілітації та інклюзії на профілактику, створення на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Напрямки розвитку профілактичного напрямку в системі охорони психічного здоров'я дітей зафіксовані у Флорентійській декларації, прийнятій 29 серпня 2007 року на XIII конгресі Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії й підтримані резолюціями Європейського бюро ВООЗ та Європейської академія дитячої та підліткової психіатрії. Перед дитячою психіатричною службою України в 2010 році стоїть завдання продовження та поширення динамічної співпраці закладів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства освіти та науки, Міністерства в справах сім'ї, молоді та спорту для розробки спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів у рамках реформування системи шкільної медицини, що сприятимуть зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатимуть антисоціальній поведінці, жорстокому поводженню, формуватимуть соціально адаптивні форми поведінки, для розробки програм інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей з психічними розладами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки, запровадження програм підготовки вчителів загальним принципам психосоціальної терапії дітей з дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

Пріоритетом реформування системи психіатричної допомоги дітям в Україні є перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: розвиток психіатричної допомоги дітям із психічними розладами та особливими потребами за місцем проживання, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, організація дитячих психіатричних відділень у структурі дитячих багатопрофільних лікарень, формування ланки високоспеціалізованої психіатричної допомоги, оптимізація кількості дитячих психіатричних ліжок, виходячи з кількості дитячого населення та ефективності їх використання, пріоритетний розвиток амбулаторних і напівстаціонарних форм допомоги. Перерозподіл функцій у сфері охорони психічного здоров'я дітей потребує відповідального використання наявних фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів і має спиратися на результати проведеного МОЗ ситуаційного аналізу.

Для приведення якості психіатричної допомоги дітям у відповідність до сучасного рівня розвитку науки перед службою поставлене завдання розробити та регулярно переглядати клінічні протоколи і критерії якості допомоги для найбільш поширених та соціально значущих розладів психіки та поведінки у дітей: розладів зі спектра аутизму, гіперкінетичних розладів, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій, забезпечити доступ дітей із психічними розладами до лікарських засобів, які в установленому порядку зареєстровані на території України, ефективність яких ґрунтується на принципах доказової медицини, забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову.

Надійшла до редакції 05.08.2010 р.

Р. А. Моисеенко, А. В. Терещенко, И. А. Марценковский

Департамент материнства, детства и социального обеспечения Министерства здравоохранения Украины, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии

От специализированной детской психиатрической помощи — к системе охраны психического здоровья детей

Психическое здоровье, эмоциональное и психологическое благополучие являются фундаментальными составляющими жизни ребенка, обеспечивающими восприятие ее значимости, позволяющими раскрыть личностный потенциал и стать общественно активным гражданином. Доказано, что многие психические расстройства, диагностируемые в зрелые годы, манифестируют в подростковом возрасте. Психические расстройства у детей и подростков редко заканчиваются спонтанной ремиссией. Они обычно приводят к нарушениям социальной адаптации и психическим расстройствам во взрослой жизни. Личные страдания, стигматизация и социальная дискриминация детей с психическими расстройства могут усиливать социальные последствия психических расстройств, обуславливать низкую эффективность лечения и социальной помощи, приводить к социальной дезадаптации и изоляции. В статье анализируется работа детской психиатрической службы Украины в 2009 году, обсуждаются пути ее дальнейшего развития и политика Министерства здравоохранения в этой области. Основой этой политики является сокращение институциональных подходов к обслуживанию детей, порождаемой ими социальной изоляции. Обеспечение доступности медицинских и социальных услуг детям с психическими расстройствами на общинном уровне, интеграция психиатрической помощи в педиатрическую и первичную медицинскую помощь позволят пациентам и их семьям получить непосредственный и индивидуальный ответ на свои потребности. Делается вывод, что системы социальной и медицинской помощи детям должны быть интегрированы для обеспечения благополучия ребенка с особыми потребностями и социальной реинтеграции его семьи.

Ключевые слова: дети и подростки, психическое здоровье, психические расстройства, профилактика, психическая инвалидность, социальное обеспечение, социальная помощь детям.

R. O. Moiseenko, O. V. Tereshcenko, I. A. Martsenkovsky

Department of Motherhood, Childhood and Welfare of Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

From specialized child psychiatric services — to prevention mental health care for children

Mental health and emotional and psychological well-being are fundamental for all children, enabling them to meet their potential, to experience life as meaningful and to be active citizens. There is evidence that adult mental disorders usually begin in adolescence, although they are often first detected later in life. Developmental psychiatric disorders in child and adolescent rarely have a spontaneous remission and may cause difficulties in social adaptation or mental disorders in adult life. Personal suffering, stigma and discrimination, mental disorders may determine a high social impact, in terms of treatment and support costs, reduced or lost productivity.

The article analyzes the work of Children's Mental Health Service of Ukraine in 2009, discussed ways of further development and policies of the Ministry of Health in this field. The commitment of this policy is to reduce institutional approaches to care for children generated by their social isolation. The availability of services, mostly at the community-based level, helps patients and their families have an immediate and individualized answer to their needs. We believe that social and medical systems need to integrate their specific fields of action, with the well-being of the person as their central objective.

Keywords: child and adolescent, mental health, mental health disorders, prevention, mental disabilities, social welfare, child care.

УДК 616.832-004.2-073.756.8:612.66

Н. П. Волошина, *д-р мед. наук, проф., зав. отделом нейроинфекций и рассеянного склероза;* ***И. К. Гапонов,*** *мл. науч. сотрудник*
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ

Целью работы явилось изучение особенностей МРТ-показателей у больных рассеянным склерозом (РС) в зависимости от пола, возраста и характера течения заболевания. Обследовано 260 больных с РС, из них женщин — 178 и мужчин — 82 человека. До 44 лет было 203 человека, а в возрасте 45 и более лет — 57 человек. Исследование различных параметров структур головного мозга и ликворосодержащих пространств показало, что уже на ранних этапах болезни у 98,5 % больных РС отмечались очаги демиелинизации в различных структурах головного мозга. У 80,9 % больных РС было увеличение желудочковой системы и у 84,3 % —субарахноидального пространства, что указывает как на субкортикальную, так и на кортикальную атрофию головного мозга. По большинству МРТ-показателей отмечается тенденция к более выраженным изменениям у мужчин в сравнении с женщинами и эти изменения отмечаются у них в более молодом возрасте, чем у женщин. Имеется достоверная зависимость ($p < 0,05$) характера и тяжести МРТ-изменений от возраста и длительности заболевания.

Ключевые слова: рассеянный склероз, диагноз, МРТ, гендерные и возрастные факторы, прогноз

Рассеянный склероз (РС) — прогрессирующее тяжелое хроническое заболевание центральной нервной системы, которое является основным представителем группы демиелинизирующих заболеваний. Он поражает в основном лиц молодого возраста и быстро ведет их к инвалидизации.

Со времен Шарко диагностика РС основывалась только на клинических проявлениях. В 1965 году Schumacher G. A. et al. предложил диагностические неврологические критерии, подтверждающие диссеминацию болезни как в пространстве (более чем один очаг в ЦНС), так и во времени (периоды обострения). Он же ввел такие критерии как «достоверный», «вероятный» и «возможный» диагноз.

Очень важно, что всегда диагноз РС должен ставиться в последнюю очередь, при исключении других причин подобного многоочагового поражения мозга [1, 3]. По данным многих авторов, ошибочный клинический диагноз РС устанавливается у 9—12 % пациентов, а у 4—5 % больных РС в дебюте заболевания этот диагноз вообще не устанавливается. Точный диагноз РС ставится в среднем через 2—3 года после появления первых симптомов [7, 12, 13, 25]. В настоящее время наиболее широко в диагностике РС используются критерии, предложенные Позером с соавт., 1983; McDonald et al., 2005. Основное отличие от критериев Шумахера — в этих диагностических системах дополнительно используются и параклинические тесты (МРТ, КТ, вызванные потенциалы, анализ цереброспинальной жидкости).

Магнитно-резонансную томографию (МРТ) впервые применили в 1981 году Young J. R. et al. Он показал, что МРТ в 5 раз улучшает диагностику РС даже по сравнению с компьютерной томографией (КТ). МРТ на сегодняшний день является основным параклиническим методом, помогающим в диагностике РС. Чувствительность МРТ при этом заболевании достигает 95 %. Таким образом, отсутствие изменений на МР-томограмме головного и спинного мозга, проведенного с контрастным усилением, почти однозначно исключает диагноз РС. Для выявления «рассеянности процесса в пространстве» проводится МРТ в Т2-режиме и режиме Flair, которые позволяют выявить множественные очаги гиперинтенсивного сигнала, имеющие характерную локализацию (перивентрикулярно, мозолистое тело и др.) Проведение МРТ в Т1-режиме с контрастированием парамагнетиками (препараты гадолиния) позволяет выявить наличие очагов разной давности, так как контрастное вещество накапливают лишь активные очаги [8, 9, 27].

Для определения и оценки активности патологического процесса при РС в настоящее время используется магнитно-резонансная спектроскопия [2, 29, 30, 36]. А для прижизненной оценки метаболических процессов в различных структурах головного мозга применяется позитронно-эмиссионная томография [21, 22, 34, 40].

Следует отметить, что ни один из МРТ-признаков не специфичен для РС, так как при многих поражениях белого вещества головного мозга наблюдается вторичная демиелинизация или деструкция миелина. Эти изменения широко варьируют от чистой демиелинизации до некроза, апоптоза и ремиелинизации. Они могут быть обусловлены токсическими, метаболическими нарушениями, а также быть вирусной и поствакцинальной этиологии. Поэтому МРТ-данные у больных РС необходимо дифференцировать с этими вторичными демиелинизациями.

Неуклонно нарастающая инвалидность у больных РС чаще всего связана с нарушением двигательного акта. Однако степень и последовательность вовлечения в патологический процесс различных структур двигательного анализатора остаются неясными.

Следует отметить, что у больных РС имеется диффузное поражение как белого, так и серого вещества ЦНС, приводящее к развитию атрофии головного и спинного мозга. Выделяется тотальная (уменьшение объема мозговой паренхимы и увеличение объема ликворных путей) и локальная атрофия отдельных структур головного мозга [17].

В некоторых работах показано, что атрофия мозга является более адекватным маркером тяжести состояния больных, чем объем и локализация очагов демиелинизации и, что в атрофический процесс при РС серое вещество коры и подкорковых ядер могут вовлекаться уже на самых ранних стадиях заболевания [15, 29, 30].

Однако, несмотря на работы, в которых отмечается наличие у больных РС атрофии головного мозга до настоящего времени остается дискуссионным вопрос белое или серое вещество мозговой паренхимы вовлекается в патологический процесс первично и в какой степени и как атрофия влияет на степень повреждения отдельных функциональных систем. Неизвестными остаются последовательность и механизмы развития атрофии различных структур ЦНС [30, 31, 39].

Dalton C. M. et al. (2004) нашли у больных с достоверным РС развитие атрофии коркового серого вещества и увеличение объема желудочков без уменьшения объема белого вещества. Подобные, но менее выраженные изменения они нашли и в группе больных с клинически изолированным синдромом (КИС).

© Волошина Н. П., Гапонов І. К. , 2010

Однако De Stefano N. et al. (2003), исследуя больных с КИС, отметил достоверное снижение фракции белого вещества без уменьшения фракции серого вещества.

Нет единого мнения и в отношении развития атрофических процессов в подкорковых структурах головного мозга у больных РС. По данным одних исследователей имеется достоверное снижение объема таламуса у больных РС по сравнению со сходным по полу и возрасту контролем [18, 24, 38]

Л. Н. Прахова с соавт. (2009) нашли у больных с РС наряду с общей атрофией головного мозга и локальные атрофические изменения подкорковых структур. Они отметили корреляционную связь между последовательностью развития атрофии разных структур головного мозга со степенью инвалидизации больных. В первую очередь они находили атрофию червеобразных ядер и мозжечка. При умеренной инвалидизации отмечалось уменьшение мозговой паренхимы и атрофия хвостатых ядер и мозжечка. При выраженной инвалидизации присоединялась значительная атрофия таламуса.

Однако Filippi M. et al. (2001) и Holtmannspotter M. et al. (2006) не выявили достоверных изменений в базальных ганглиях и таламусе у больных РС по сравнению со здоровым контролем.

Требуют дальнейшего изучения и вопросы возрастных особенностей нейровизуализационных изменений у больных РС, так как показано, что у детей кроме очаговых определяется и диффузная демиелинизация глубокого белого вещества с быстрым вовлечением в патологический процесс субкортикальных волокон. В детском возрасте даже крупные очаги могут подвергаться полному обратному развитию. У них также долгое время не развивается атрофия мозга, что очевидно обусловлено большим репаративным потенциалом ЦНС [4].

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей МРТ-показателей у больных РС в зависимости от возраста, пола и характера течения заболевания.

Нами обследовано 260 больных РС, из них 178 женщин и 82 мужчины. Средний возраст больных составил 34,9 года (у женщин — 35,1, у мужчин — 34,8 года); до 45 лет было 203 человека, а в возрасте 45 и более лет — 57 человек.

По течению заболевания больные распределялись следующим образом: ремиттирующий тип течения РС был отмечен у 138 больных, вторично-прогредиентный тип РС наблюдался у 100 больных и первично-прогредиентный тип течения РС был у 22 больных.

Функциональное состояние больных имело оценку по шкале оценки тяжести, предложенной Kurtzke (EDSS), у 163 больных менее 5 баллов (умеренные признаки инвалидизации и умеренная зависимость от посторонних) и у 97 больных инвалидизация была 5 и более баллов.

МРТ-обследование проводилось на томографах, напряженностью магнитного поля 0,35—1,5 Тесла. Использовали Т2-взвешенные изображения и режиме Flair, что обеспечивало высокую чувствительность, но несколько меньшую специфичность. Для временной характеристики очага использовали Т1-взвешенное изображение с контрастированием гадолинием. Все обработки МРТ-данных были проведены по единым критериям. Определяли количество очагов и их размеры, локализацию и стадии их развития, с детальным указанием структур головного мозга, на которые эти очаги распространялись.

Характер изменений субарахноидальных пространств определялся по максимальной ширине межполушарной щели и сильвиевых борозд, подсчитывалось количество других борозд больших полушарий мозга. Для характеристики желудочковой системы определяли индексы и ширину боковых желудочков, а также третьего и четвертого желудочков головного мозга.

Анализ полученных данных показал, что общим признаком для больных РС было выявление множественных диссеминированных гиперинтенсивных очагов маленьких и средних размеров (0,2—2,5 см в диаметре на Т2-взвешенном изображении и в режиме Flair). Эти очаги могли сочетаться с большими очагами или с диффузными зонами гиперинтенсивности в белом веществе больших полушарий головного мозга. Чаще эти изменения отмечались перивентрикулярно или в семиовальных центрах. В различных структурах головного мозга отмечалось нарушение дифференцировки белого и серого вещества головного мозга.

Как видно из табл. 1, в 98,5 % случаев на МРТ больных РС отмечаются очаги демиелинизации в различных структурах головного и спинного мозга. Они преимущественно локализованы в больших полушариях мозга (85,5 %) и мозолистом теле (74,5 %). Несколько реже они встречаются в стволе головного мозга (43,1 %), мозжечке (40,6 %) и спинном мозге (38,5 %).

В мозолистом теле очаги чаще локализовались по его нижнему краю, имея вид локальных или сливных очагов гиперинтенсивного МР-сигнала на Т2. В большинстве случаев (52,4 %) процесс демиелинизации сопровождался и явлениями атрофии.

Таблица 1

Типы патологических изменений на МРТ у больных рассеянным склерозом с учетом пола и возраста (в %)

Типы патологических изменений на МРТ	Больные РС М + Ж $n = 260$	Мужчины $n = 82$	Женщины $n = 178$	Больные РС в возрасте	
				до 45 лет $n = 203$	≥ 45 лет $n = 57$
1. Очаги гиперинтенсивного МР-сигнала различной локализации:	98,5	99,2	98,3	98,1	98,6
а) большие полушария мозга	85,5	86,4	84,8	83,2	87,6
б) мозолистое тело	74,5	75,1	74,0	71,1	77,9
в) ствол мозга	43,1	43,2	43,0	39,8	47,3
г) мозжечок	40,6	40,5	40,8	40,7	40,6
д) спинной мозг	38,5	38,1	39,2	38,4	38,6
2. Сочетание очагов с диффузными зонами					
а) Очаги сливного характера	8,0	8,9	7,2	6,8	9,1
б) Зоны по передним и/или задним отделам боковых желудочков мозга	26,0	25,8	26,4	22,4	30,1
3. Увеличение желудочков	80,9	81,0	80,5	70,9	90,8
4. Расширение субарахноидальных пространств	84,3	85,2	83,1	69,8	97,6
5. Атрофия мозолистого тела	52,9	51,2	54,8	43,9	61,1
6. Атрофия мозжечка	14,5	15,1	14,2	12,4	16,6

Из стволовых структур наиболее часто в патологический процесс вовлекался варолиев мост. Очаги демиелинизации были как единичными, так и множественными, размерами 3—6 мм.

Для мозжечка характерной локализацией очагов демиелинизации были глубинные отделы белого вещества его полушарий, однако очаги диагностировались и в ножках мозжечка. Они были одиночными, диаметром 3—8 мм. У 4,5 % больных очаговая демиелинизация сопровождалась и атрофическими процессами. В 1,5 % случаев не наблюдалась классическая локализация очагов демиелинизации, а отмечались диффузные зоны демиелинизации по передним и задним отделах боковых желудочков на фоне диффузных атрофических изменений вещества головного мозга. Анализ состояния ликворосодержащих пространств (табл. 1 и 2) показал, что у 80,9 % больных были данные об увеличении желудочковой системы и у 84,3 % больных РС было увеличение субарахноидального пространства, что указывает как на субкортикальные, так и на кортикальные атрофические изменения вещества головного мозга. Атрофические изменения локализовались преимущественно в передних отделах мозга. У 14 % больных были выявлены явления кортико-субкортикальной атрофии мозга уже на ранних этапах развития заболевания. Большинство из этих больных были из группы с прогредиентным типом течения заболевания.

Таблица 2

Состояние ликворосодержащих пространств головного мозга у больных рассеянным склерозом с учетом пола и возраста

Показатели (в мм)	Контроль $n = 20$	Больные РС М + Ж $n = 260$	Мужчины $n = 82$	Женщины $n = 178$	Больные РС в возрасте	
					до 45 лет $n = 203$	≥ 45 лет $n = 57$
Ширина передних рогов бокового желудочка	6,90 ± 1,06	8,99 ± 1,34	9,30 ± 1,08	8,59 ± 1,10	7,20 ± 0,92	10,90 ± 12,1
Ширина задних рогов бокового желудочка	6,90 ± 1,04	8,97 ± 1,26	9,08 ± 1,16	8,88 ± 1,21	7,60 ± 1,12	10,31 ± 1,20
Ширина центрального отдела бокового желудочка	8,10 ± 3,10	9,87 ± 2,87	10,12 ± 2,31	9,61 ± 2,46	8,21 ± 2,91	11,53 ± 2,82
Ширина третьего желудочка	3,57 ± 0,14	5,8 ± 1,1	6,41 ± 0,92	5,21 ± 0,98	5,28 ± 0,61	6,40 ± 1,01
Ширина четвертого желудочка	6,80 ± 0,14	10,06 ± 1,21	7,72 ± 0,91	12,14 ± 1,32	7,65 ± 0,82	12,25 ± 1,19
Ширина сильвиевой борозды слева	3,25 ± 0,93	4,30 ± 0,98	5,15 ± 1,01	4,01 ± 0,63	3,98 ± 0,53	5,42 ± 0,99
Максимальная ширина межполушарной щели	4,26 ± 0,75	5,57 ± 1,32	5,99 ± 0,95	5,36 ± 0,85	4,58 ± 0,91	6,69 ± 1,01
Усредненная ширина 4-х максимальных корковых борозд	2,86 ± 0,46	3,59 ± 0,91	3,62 ± 0,58	3,49 ± 0,52	2,98 ± 0,44	4,52 ± 0,51

Таблица 3

Состояние ликворосодержащих пространств головного мозга в зависимости от типа течения рассеянного склероза

Показатели (в мм)	Контроль $n = 20$	РТ $n = 139$	ВПТ $n = 100$	ППТ $n = 21$
Ширина передних рогов бокового желудочка	6,90 ± 1,04	7,32 ± 1,36	9,25 ± 3,24	11,56 ± 1,33
Ширина задних рогов бокового желудочка	6,90 ± 1,04	7,33 ± 1,12	9,30 ± 2,55	10,12 ± 2,18
Ширина центральных отделов бокового желудочка	8,10 ± 3,10	9,20 ± 2,26	9,33 ± 3,18	11,50 ± 3,25
Ширина третьего желудочка	3,57 ± 0,14	4,35 ± 1,02	5,15 ± 2,12	6,90 ± 1,38
Ширина четвертого желудочка	6,80 ± 0,14	7,53 ± 0,98	11,21 ± 2,03	13,46 ± 2,15
Ширина сильвиевой борозды справа	3,57 ± 0,29	3,98 ± 1,05	4,56 ± 1,01	5,48 ± 1,44
Ширина сильвиевой борозды слева	3,25 ± 0,93	3,84 ± 0,93	4,44 ± 0,98	5,50 ± 1,53
Максимальная ширина межполушарной щели	4,26 ± 0,75	5,25 ± 1,31	5,80 ± 1,85	6,20 ± 1,32
Усредненная ширина 4-х максимальных корковых борозд	2,86 ± 0,46	3,21 ± 0,98	3,65 ± 1,02	4,15 ± 1,02

Морфометрический анализ томограмм при РС показал достоверные различия ($p < 0,05$) большинства показателей ликворосодержащих пространств в сравнении с контрольной группой, что указывает на увеличение желудочковой системы и субарахноидального пространства. Явления кортикальной и субкортикальной атрофии всегда сопровождаются атрофическими изменениями мозолистого тела.

Гендерный анализ МР-томографических данных показал, что по большинству показателей ликворосодержащих путей имеется тенденция более выраженных изменений у мужчин в сравнении с женщинами. Говоря о возрастных различиях МР-томографических данных, необходимо отметить, что достоверно наблюдаются более выраженные патологические изменения после 45 лет.

Описанные МР-томографические изменения характерны при всех типах течения РС. Однако имеются и различия. У больных с первично- и вторично-прогредиентным типом течения РС, по сравнению с ремиттирующим типом, значительно возрастало количество очагов в стволовых отделах мозга (соответственно 58,6 % и 40,2 %). Увеличивалось количество больных с атрофическими изменениями головного мозга, прежде всего за счет больных, у которых кроме кортикально-субкортикальной атрофии были и явления гипотрофии мозолистого тела и мозжечка.

Как видно из таблицы 3, у больных с первично- и вторично-прогрессирующим типом течения РС имеются достоверно более выраженные изменения структур ликворосодержащих пространств головного мозга по сравнению с больными с ремиттирующим типом течения.

Анализируя зависимость МРТ-данных от длительности заболевания (табл. 4), отмечаем достоверные ($p < 0,05$) субкортикальные (ширина бокового желудочка у болеющих до 5 лет была 8,95 ± 2,1 мм, а после 20-летней болезни — 12,5 ± 2,71 мм) и кортикальные (ширина корковых борозд соответственно — 3,32 ± 0,89 и 5,01 ± 0,63 мм) атрофические изменения вещества головного мозга. А также необходимо отметить сокращение количества поступающих в стационар больных с увеличением длительности заболевания. Так, если с длительностью до 5 лет было 112 больных, от 5 до 10 лет — 70, от 10 до 20 лет — 65 больных, то с длительностью более 20 лет поступает всего лишь 13 больных РС.

Таблица 4

Состояние ликворосодержащих пространств головного мозга у больных рассеянным склерозом с учетом длительности их заболевания

Показатели (в мм)	Контрольная группа *n* = 20	Основная группа (*N* = 260), длительность заболевания, лет			
		до 5 *n* = 112	5,5—10 *n* = 70	10,5—20 *n* = 65	20,5 и более *n* = 13
Ширина центрального отдела бокового желудочка	8,10 ± 3,10	8,95 ± 2,1	9,63 ± 1,94	11,40 ± 2,6	12,5 ± 2,71
Ширина сильвиевой борозды	3,57 ± 0,29	3,96 ± 0,51	4,93 ± 0,91	5,47 ± 1,10	6,12 ± 1,32
Максимальная ширина межполушарной щели	4,26 ± 0,75	4,78 ± 0,93	5,38 ± 0,91	6,41 ± 1,11	7,01 ± 1,32
Усредненная ширина 4-х максимальных корковых борозд	2,86 ± 0,46	3,32 ± 0,89	3,62 ± 0,82	4,51 ± 0,50	5,01 ± 0,63

Таким образом, с увеличением длительности заболевания тяжесть состояния больных РС начинает больше определяться не количеством очагов, а выраженностью атрофических процессов головного мозга.

Имеется зависимость МР-томографических изменений от степени инвалидизации больных. У больных с инвалидизацией 5 и более баллов значительно чаще встречаются так называемые «черные дыры» (глиозные изменения белого вещества головного мозга) и более выраженные кортикально-субкортикальные атрофии.

Сравнительный анализ анамнестических и МР-томографических данных показал, что имеются некоторые особенности в структурах головного мозга и ликворопроводящих путей, которые обусловлены условиями их формирования в интранатальном периоде развития. В условиях гипоксии различного генеза развиваются признаки морфологической незрелости мозга: расширение наружных арахноидальных пространств и желудочков мозга; изолированное расширение задних отделов боковых желудочков; изолированное расширение 4-го желудочка и сильвиевого водопровода без расширения 3-го и боковых желудочков; расширение большой цистерны мозга и изолированное расширение парастволовых цистерн; истончение мозолистого тела; диффузные «облаковидные» зоны незавершенной миелинизации. Поэтому при постановке диагноза РС необходимо учитывать эти факты.

Наряду с развитием доброкачественной МРТ-картины заболевания РС у детей, как отмечал В. Н. Корниенко и И. Н. Пронин (2006), по нашим данным в некоторых случаях отмечается злокачественный вариант течения с нарастанием атрофических изменений в мозге, увеличением количества очагов демиелинизации и отсутствием ответа на препараты превентивной терапии.

Наши исследования подтверждают данные А. В. Переседова с соавт. (2009), И. Д. Столярова с соавт. (2008) и Wegner et al. (2008), что в некоторых случаях МРТ-картина не отражает степени тяжести процесса у больных РС. Следовательно, тяжесть клинических проявлений может определять не только степень структурных изменений, но и пластичность мозга.

Таким образом, исследование различных параметров структур головного мозга и ликворосодержащих пространств показало, что уже на ранних этапах болезни (КИС и РТ) у 98,5 % больных РС отмечались очаги демиелинизации в различных структурах головного мозга. Они локализовались преимущественно в больших полушариях мозга (85,5 %) и мозолистом теле (74,5 %). Несколько реже они встречались в стволе головного мозга (43,1 %), мозжечке (40,6 %) и спинном мозге (38,5 %).

У 80,9 % больных РС было увеличение желудочковой системы и у 84,3 % субарахноидального пространства, что указывает как на субкортикальную, так и на кортикальную атрофию головного мозга различной степени выраженности.

У 1,5 % больных РС не наблюдаются классические очаги демиелинизации и их обычная локализация, а отмечаются диффузные зоны демиелинизации по передним и задним отделам боковых желудочков на фоне диффузных атрофических изменений вещества головного мозга.

По большинству показателей структурных изменений головного мозга и ликворосодержащих путей отмечается тенденция к более выраженным изменениям у мужчин в сравнении с женщинами. Необходимо отметить, что у мужчин эти изменения отмечаются в более молодом возрасте, чем у женщин.

Имеется достоверная зависимость ($p < 0,05$) характера и тяжести МР-томографических изменений от возраста и длительности заболевания, что может отражать тенденцию более раннего старения организма у больных РС (Н. П. Волошина с соавт., 2009).

Список литературы

1. Дискриминантный анализ как метод прогноза течения рассеянного склероза на этапе дебюта / [Волошина Н. П., Табачников М. И., Левченко И. А. и др.]. // Український вісник психоневрології. — 2007, Т. 15, вип. 1(50), додаток. — С. 30.

2. Нейродегенеративный процесс при рассеянном склерозе и возможные пути его коррекции / [Давыдовская М. В., Бойко А. Н., Гусев Е. И.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — Т. 109, № 7. — С. 44—52.

3. Евтушенко С. К. Современные критерии ранней диагностики достоверного рассеянного склероза / Евтушенко С. К., Деревянко И. Н. // Международный неврологический журнал. — 2005. — № 1. — С. 70—85.

4. Корниенко В. Н. Диагностическая нейрорадиология / Корниенко В. Н., Пронин И. И. — М., 2006. —1426 с.

5. Реорганизация коры у больных рассеянным склерозом с двигательными нарушениями по данным функциональной МРТ / [Переседова А. В., Коновалов Р. Н., Кротенкова М. В. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. —2009. —Т. 109, № 7. —С. 38—43.

6. Атрофические изменения в головном мозге и их связь с неврологическими нарушениями у больных рассеянным склерозом / [Прахова Л. Н., Ильвес А. Г., Петров А. М. и др.] // Там же. — 2009, Т. 109, № 7. —С. 32—37.

7. Рассеянный склероз (диагностика, лечение) / [Столяров И. Д., Бойко А. Н., Агафьина А. С. и др.]. — СПб.: ЭЛБИ-СПБ, 2008. — 320 с.

8. Тринитатский Ю. В. Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением как показатель активности демиелинизирующего процесса при рассеянном склерозе / Ю. В. Тринитатский // Материалы 10-й науч.-практ. конф. «Нейроиммунология». — СПб., 2001. — С. 268—270.

9. Шмидт Т. Е. Дифференциальная диагностика рассеянного склероза / Т. Е. Шмидт // Неврологический журнал. — 2004, № 3. — С. 4—9.

10. Grey matter N-acetyl aspartate deficits in secondary progressive, but not relapsing-remitting multiple sclerosis / [Adalsteinsson E., Langer-Gould A., Homer R. G., et al.] // Am. J. Neuroradiol. — 2003.— Vol. 24. — P. 1941—1945.

11. Neuronal damage in brain inflammation / [Aktas O., Ullrich O., Infante-Duarte C. et al.] // Arch Neuronal. — 2007; 64: 185—189.

12. Ali E. N. Neuroimaging in multiple sclerosis / E. N. Ali, G. J. Buckle // Neurol. Clin. — 2008; 27: 203—219.

13. ToWards specific magnetic resonance imaging criteria in the early diagnosis of multiple sclerosis (abstract) / [Barkhof F., Filippi M., Lossseff N. et al.] // Neurology. — 1995, 45 (supple 4): A398.

14. Buckle. G. J. Functional magnetic resonance imaging and multiple sclerosis: the evidence for neuronal plasticity / Buckle. G. J. // J Neuroimaging. — 2005; 15 (4 Suppl): 82—93.

15. Brain atrophy in clinically early relapsing remitting multiple sclerosis / [Chard D. T., Griffin CM., Parker G. J. et al.] // Brain. — 2002; 125: 327—337.

16. Thalamic neurodegeneration in multiple sclerosis / [Cifelli A., Arridge M., JezzardP. et al.] // Ann. Neurol. — 2002.— Vol. 52. — P. 650—653.

17. Early development of multiple sclerosis is associated with progressive grey matter atrophy in patients presenting with clinically isolated syndromes / [Dalton CM., Chard D. T., Davies G. R. et al.] // Brain. — 2004. — Vol. 127 — P. 1101—1107.

18. Emergence of thalamic magnetization transfer ratio abnormality in early relapsing-remitting multiple sclerosis / [Davies G. R., Altmann D. R., Rashid W. et al.] // Multiple sclerosis. —2005. — P. 276—281.

19. Evidence of early cortical atrophy in MS: relevance to white matter changes and disability / [De Stefano N., Matthews P. M., Filippi M. et al.] // Neurology. — 2003. — Vol. 60 — P. 1157—1162.

20. Axonal damage in acute multiple sclerosis lesions / [Ferguson B., Matyszak M. K., Esiri M. M., Perry V. H.] // Brain. — 1997; 120 (Pt 3): 393—399.

21. Magnetization transfer and diffusion tensor MR imaging of basal ganglia from patients with multiple sclerosis / Filippi M., Bozzali M., Comi G. // J Neurol Sci. — 2001 Jan 15. — Vol. 183(1). — P. 69—72.

22. Filippi M. Magnetic resonance imaging techniques to define and monitor tissue damage and repair in multiple sclerosis / Filippi M., Rocca M. A. // J Neurol. — 2007; 254 (Suppl. 1): 55—62.

23. Progressive cerebral atrophy in MS: a serial study using registered, volumetric MRI / [Fox N. C., Jenkins R., Leary S. M. et al.] // Neurology. — 2000; 54: 807—812.

24. MR spectroscopic evidence for thalamic and hippocampal, but not cortical damage in multiple sclerosis / [Geurts J. J., Reuling I. E., Vrenken H., et al. // Magn Reson Med. — 2006. — Vol. 55. — P. 478—483.

25. Herndon R. M. Misdiagnosis of multiple sclerosis / Herndon R. M, Brooks B. // Semin Neurol. — 1985, 5: 94—98.

26. A diffusion tensor MRI study of basal from patients with ADEM / [Holtmannspotter M., Inglese M., Rovaris M. et al.] // J. Neurol Sci. — 2003 Jan 15. — Vol. 206(1). — P. 27—30.

27. Lassmann H. The pathologic substrate of magnetic resonance alterations in multiple sclerosis. Neuroimaging / Lassmann H. // Clin N Am. — 2008; 18: 563—576.

28. Impairment of movement-associated brain deactivation in multiple sclerosis: further evidence for a functional pathology of interhemispheric neuronal inhibition / [Manson S. C., Wegner C, Filippi M., et al.] // Exp Brain Res. — 2008; 187:1: 25—31.

29. Magnetic resonance imaging in monitoring the treatment of multiple sclerosis: concerted action guidelines / [Miller D. H., Barkhof F., Berry I. et al.] // J Neurol Neurosurg Psychiatry. — 1991. — Vol. 54 — P. 683—688.

30. Measurement of atrophy in multiple sclerosis: pathological basis, methodological aspects and clinical relevance / [Miller D. H., Barkhof F., Frank J. A. et al.] // Brain. — 2002. — Vol. 125. — P. 1676—1695.

31. Axonal loss is progressive and partly dissociated from lesion load in early multiple sclerosis / [Pascual A. M., Martinez-Bisbal M. C, Bosca I. et al.] // Neurology. — 2007; 69: 63—67.

32. Remyelination is extensive in a subset of multiple sclerosis patients / [Patrikios P., Stadelmann C., Kutzelnigg A. et al.] // Brain. — 2006; 129: (Pt 12): 3165—3172.

33. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols / [Poser CM, Paty DW, Scheinberg L, et al.] // Ann Neurol. — 1983; 13: 227—31.

34. Quantitative assessment of blood- brain barrier permeability in multiple sclerosis using 68-Ga-EDTA and positron emission tomography / [Pozzilli C., Bernardi S., Mansi L. et al.] // J. Neurol Neurosurg Psychiatry. — I988 Aug. — Vol. 51(8). — P. 1058—1062.

35. Rocca M. A. Functional MRI in multiple sclerosis / Rocca M. A., Filippi M. // J Neuroimaging. — 2007; 17: Suppl. 1: 36—41.

36. Rovaris M. Diffusion tensor MRI in multiple sclerosis / Rovaris M., Filippi M. // J. Neuroimaging. — 2007 Apr. — Vol. 17. — Suppl 1. — P. 27S—30S.

37. Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis: / [Schumacher G. A., Beebe G, Kibler R. E. et al.] // Ann N Y. Acad Sei. —1965; 122: 552—568.

38. Regional gray matter atrophy in early primary progressive multiple sclerosis: a voxel-based morphometry study / [Sepulcre J., Sastre-Garriga J., Cercignani M. et al.] // Arch Neurol. — 2006 Aug. — Vol. 63(8) — P. 1175—1180.

39. Simon J. H. Brain atrophy in multiple sclerosis: what we know and would like to know / Simon J. H. // Mult Scler. — 2006. — Vol. 12(6). — P. 679—687

40. Imaging demyelination and remyelination in the CNS: the promise of positron emission tomography / [Stankoff B., Bottlaender M., Aigrot M. et al.] // Ibid. —2007; 13: S23.

41. Relating functional changes during hand movement to clinical parameters in patients with multiple sclerosis in a multi-centre fMRI study / [Wegner C, Filippi M., Korteweg T. et al.] // Eur J Neurol 2008; 15: 2:109—110.

42. Wojda U. Calcium ions in neuronal degeneration / Wojda U., Salinska E., Kuznicki J. // IUBMB Life. — 2008; 60: 575—590.

43. Nuclear magnetic resonancen imaging of the brain in multiple sclerosis / [Young IR, Hall AS, Pallis CA, et al.] // Lancet. —1981; 2: 1063—6.

Надійшла до редакції 03.08.2010 р.

Н. П. Волошина, І. К. Гапонов

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

Можливості магнітно-резонансній томографії в діагностиці і прогнозі перебігу розсіяного склерозу залежно від статі і віку хворих

Метою роботи стало вивчення особливостей МРТ-показників у хворих на розсіяний склероз (РС) залежно від статі, віку і характеру перебігу захворювання. Обстежено 260 хворих на РС, з них — 178 жінок і 82 чоловіків. До 44 років були 203 хворих, а у віці 45 і більше — 57 хворих. Дослідження різних параметрів структур головного мозку і ліквороміснних просторів показало, що вже на ранніх етапах хвороби у 98,5 % хворих РС відмічалися вогнища демієлінізації в різних структурах головного мозку. У 80,9 % хворих РС було збільшення шлуночкової системи і у 84,3 %) — субарахноїдального простору, що указує як на субкортикальну, так і на кортикальну атрофію головного мозку. За більшістю МРТ-показників відмічалася тенденція до більш виражених змін у чоловіків порівняно з жінками і ці зміни відмічалися у них в більш молодшому віці, ніж у жінок. Є достовірна залежність ($p < 0,05$) характеру і важкості МРТ-змін від віку і тривалості захворювання.

Ключові слова: розсіяний склероз, діагноз, МРТ, гендерні і вікові чинники, прогноз.

N. P. Voloshyna, I. K. Gaponov

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

Possibilities magnetic resonance tomography in diagnostics and prognosis of flow of the multiple sclerosis depending from gender and age of patients

The aim of the investigation was to study of features MRI — indexes at patients MS depending on gender, age and character of flow of disease. It was inspected 260 patients with MS, from them women 178 persons and men 82 men. There were 203 men from 44 years, and in age 45 and more than years 57 persons. Research of different parameters of structures of cerebrum and liquor-containing spaces showed that already on the early stages of illness at 98.5 % of sick MS the hearths of demyelinating were marked in the different structures of cerebrum. 80.9 % of sick MS had an increase of the gastric system and at 84/3 % of subarachnoidite space, that specifies both on subcortical and on cortical atrophy of cerebrum. On majority MRI of indexes is marked tendency to more expressed changes for men by comparison to women and these changes register in their more young age what for women. There is reliable dependence ($p < 0,05$) of character and weight MRI of changes from age and duration of disease.

Keywords: multiple sclerosis, diagnosis, MRI, gender and age-related factors, prognosis.

УДК 616.89-006:615.851

Г. Ю. Васильєва
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

ОЦІНКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЯКІСТЮ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

У статті наведені результати вивчення психологічного реагування пацієнтів, що страждають на злоякісні новоутворення, на той факт, що має місце важка соматична патологія та необхідність проведення комплексного специфічного протипухлинного лікування, та якості їх життя. Виявлено взаємозв'язок між зниженням рівня якості життя та соціального функціонування хворих та наявністю дезадаптивних варіантів психологічного реагування на онкологічне захворювання.

Ключові слова: хворі на злоякісні новоутворення, внутрішня картина хвороби, типи реагування на онкологічне захворювання, якість життя та рівень соціального функціонування за методикою SF-36

Досягнення сучасної онкології дозволяють не лише добиватися поліпшення результатів спеціального протипухлинного лікування, але й роблять надзвичайно актуальними питання психотерапевтичного супроводу пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями під час лікувально-реабілітаційного процесу, який спрямований на формування у онкохворих адекватних реакцій до захворювання та створення реалістичного ставлення до лікування. Успішна реалізація цього можлива лише за умови вивчення «внутрішньої картини хвороби» як складного комплексу переживань та уявлень пацієнта про своє захворювання, причини його виникнення та наслідки. Проблемі вивчення типу реагування на соматичну хворобу присвячено багато робіт, однак дослідження цього питання у хворих з онкологічною патологією, незважаючи на високу актуальність, на жаль залишаються поодинокими [1, 2]. Крім того, надзвичайно важливим на сучасному етапі розвитку онкології постають питання якості життя пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями [3], оскільки саме критерій якості життя є незалежним та вельми значимим прогностичним чинником для оцінки ефективності протипухлинної терапії, толерантності хворого до лікування і виживаності [3, 4].

Мета дослідження — вивчення взаємозв'язку між особливостями реагування на захворювання та якістю життя й рівнем соціального функціонування онкологічних хворих.

Дослідження ґрунтується на вивченні емоційного стану 450 хворих на злоякісні новоутворення різної локалізації, які перебували на лікуванні у Донецькому обласному протипухлинному центрі. Усі пацієнти знали або здогадувалися про характер свого захворювання та дали інформовану згоду на свою участь у дослідженні. Критеріями включення були наявність онкологічного захворювання й однотиповість протипухлинних лікувальних заходів. З дослідження було виключено пацієнтів із екзогенно-органічними (в т. ч. метастатичним) ураженнями головного мозку, ендогенною психічною патологією та за віком старших за 60 років.

У дослідження увійшли пацієнти з онкологічною патологією шлунково-кишкового тракту (новоутворення шлунка та усіх відділів товстої кишки) — 138 хворих (30,6 ± 2,2 %), онкогінекологічною (новоутворення жіночої статевої сфери — матки і яєчників) — 210 пацієнток (46,7 ± 2,4 %) та онкоурологічною патологією (новоутворення нирок, сечового міхура та простати) — 102 пацієнти (22,7 ± 1,9 %).

У 39 хворих (8,7 ± 1,3 %) онкологами було виявлено I стадію пухлинного процесу, у 183 пацієнтів (40,7 ± 2,3 %) — II стадію, у 221 онкохворих (49,1 ± 2,4 %) — III стадію та у 7 осіб (1,5 ± 0,6 %) — IV стадію.

234 пацієнта (52,0 ± 2,4 %) страждали на злоякісні новоутворення менш ніж 1 рік, у 125 осіб (27,8 ± 2,1 %) тривалість онкологічного захворювання була від 1 року до 3-х, у 91 онкохворого (20,2 ± 1,7 %) — більше 3 років.

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, виявлені емоційні розлади у онкологічних хворих виражені депресивними порушеннями в рамках симптоматичних депресивних розладів (F 06.32) (138 пацієнтів, 44,1 ± 2,8 %), а також розладів адаптації — пролонгованої депресивної реакції (F 43.21) (34 пацієнти, 10,9 ± 1,7 %) і змішаної тривожно-депресивної (F 43.22) реакції (46 пацієнтів, 14,7 ± 2,0 %). Переважно анксіозні порушення виражені симптоматичними тривожними розладами (F 06.4) (33 пацієнти, 10,5 ± 1,7 %) і розладами адаптації у вигляді реакцій з переважанням тривоги (F 43.23) (62 пацієнти, 19,8 ± 2,5 %). У 137 пацієнтів (30,4 ± 2,1 %) емоційні порушення не досягали клінічного рівня, що дозволило віднести їх до групи умовної психіатричної норми (Z 85).

Для визначення типу психологічного реагування у онкологічних хворих було використано методику для вивчення типу ставлення до хвороби («ТОБОЛ») [5] на підставі типології, запропонованої А. Е. Лічко і Н. Я. Івановим (1980) [6], яка дозволяє діагностувати 12 типів реагування на захворювання. Для узагальнювального аналізу отриманих результатів усі типи ставлення до хвороби були об'єднані в три блоки. Перший блок включає гармонійний, ергопатичний і анозогностичний типи відносини до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушується. У другий (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний типи) і третій блоки (сенситивний, егоцентричний, паранойяльний та дисфорічний типи) включені типи реагування на хворобу, які характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв'язку із захворюванням і розрізняються переважно інтрапсихічною або інтерпсихічною спрямованістю реагування на хворобу.

Для вивчення якості життя (ЯЖ) було використано російську версію опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey-36) [7—9], який дозволяє проаналізувати показники якості життя та рівень соціального функціонування онкологічних хворих за такими шкалами:

1. Physical Functioning (PF) — фізичне функціонування, яке відбиває ступінь, в якої здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень.

2. Role-Physical (RP) — вплив фізичного стану на рольове функціонування: роботу, виконання повсякденної діяльності.

3. Bodily Pain (BP) — інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю.

© Васильєва Г. Ю., 2010

4. General Health (GH) — загальний стан здоров'я: оцінка хворим стану свого здоров'я на момент бесіди та перспектив лікування.

5. Vitality (VT) — життєва активність.

6. Social Functioning (SF) — соціальне функціонування.

7. Role-Emotional (RE) — вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку міри, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості і тому подібне.

8. Mental Health (MH) — оцінка психічного здоров'я (характеризує настрій — наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Усі шкали формують два інтегральні показники: «фізичний компонент здоров'я» (Physical health — PH 1) і «психологічний компонент здоров'я» (Psychological health — PH 2). «Фізичний компонент здоров'я» складають шкали: фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю і загальний стан здоров'я. «Психологічний компонент здоров'я» складається з таких шкал: психічне здоров'я; ролеве функціонування, обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування і життєва активність. При цьому показники за кожною шкалою можуть варіювати від 0 до 100 балів (більше число балів відповідало вищій оцінці за вибраною шкалою).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили в пакеті Medstat з використанням стандартних статистичних методів, рангового однофакторного аналізу Крускала — Уолліса, множинних порівнянь (за критерієм Данна), а також для виявлення взаємозв'язку між отриманими результатами — кореляційний аналіз з використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена.

Аналіз отриманих результатів виявив, що у хворих на злоякісні новоутворення найчастіше діагностувався змішаний тип реагування на захворювання з певними особливостями відповідно до етапу лікувально-діагностичного процесу. У загальній ранговій оцінці домінували тривожний (68,7 ± 2,2 %), неврастенічний (62,4 ± 2,3 %), меланхолічний (48,4 ± 2,4 %) сенситивний (33,8 ± 2,2 %) та іпохондричний (30,7 ± 2,2 %) типи ставлення до хвороби, що свідчить про інтрапсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу та обумовлює порушення як соціальної адаптації онкологічних хворих з цими типами реагування, так і поведінки: характерні реакції за типом дратівливої слабкості на тлі тривожно-депресивного настрою та «заглиблення у хворобу» з відмовою від боротьби за одужання.

Було виявлено певні особливості типу реагування на онкологічне захворювання від клінічного варіанту непсихотичних психічних розладів. Так, у пацієнтів із симптоматичними розладами (F 06.32, F 06.4) достовірно частіше діагностувався змішаний тривожно-меланхолічно-неврастенічний тип внутрішньої картини хвороби (62,6 ± 3,72 %). У пацієнтів із розладами адаптації (F 43.21, F 43.22, F 43.23) — тривожно-сенситивний (36,6 ± 4,1 %), тривожно-іпохондричний (27,5 ± 3,9 %) та меланхолічно-іпохондричний (23,9 ± 3,6 %), що проявлялося у надмірному зосередженні на суб'єктивних відчуттях, неспокої і пригніченому настрої. Наявність тривожного компонента була обумовлена тяжкістю стану і невизначеністю прогнозу захворювання, а поєднання декількох методів протипухлинного лікування суб'єктивно сприймалося хворими як показник «несприятливості» перебігу захворювання.

У онкологічних хворих, які увійшли до групи умовної психіатричної норми (Z 85) типовим був ергопатично-анозогностичний варіант ставлення до захворювання (78,1 ± 3,5 %), який відбивав прагнення пацієнтів подолати страшну хворобу, неприйняття ролі хворого, збереження ціннісної структури і активного соціального функціонування без виразних проявів психічної і соціальної дезадаптації.

У онкохворих на діагностичному етапі достовірно частіше спостерігався змішаний тривожно-меланхолічно-сенситивний тип. Пацієнти відчували загальний неспокій, виражену тривогу, відчуття повної безнадійності, безперспективності існування, думки про несприятливість перебігу хвороби з постійною фіксацією уваги на своєму самопочутті і суб'єктивних хворобливих відчуттях: прислухалися до функціонування ураженого органу, інтерпретували невизначені і невиразні відчуття як симптоми розповсюдження пухлинного процесу і метастазування у внутрішні органи. Висловлювали побоювання відносно можливих ускладнень під час проведення діагностичних процедур, неефективності протипухлинного лікування, занадто переймалися через враження від специфіки онкологічного діагнозу на оточуючих та надмірно турбувалися, що через захворювання їх будуть вважати неповноцінними, зневажати та уникати спілкування, побоювалися стати тягарем для родини.

У пацієнтів, які перебували на передопераційному етапі, діагностувався змішаний тривожно-сенситивно-іпохондричний тип психологічного реагування, який проявлявся у тривожному очікуванні оперативного втручання, побоюванні можливих фатальних ускладнень втручання, страх можливої смерті в процесі операції і ускладнень, пов'язаних з дією наркозу, а також калічущих наслідків від подібного роду лікування. Пацієнти категорично вимагали від лікарів надання гарантій успішності оперативного втручання, наполягали на власному виборі хірурга, що оперуватиме. Типовою для цього періоду була поява у структурі типу ставлення до хвороби нав'язливостей у вигляді всякого роду захисних ритуальних дій, особливої уваги до змісту сновидінь, різних прикмет і т. п.

У хворих на злоякісні новоутворення, які перебували на післяопераційному етапі протипухлинного лікування, домінували тривожно-іпохондрично-неврастенічні варіанти реагування на захворювання. Такі особливості внутрішньої картини хвороби пов'язані не тільки із спадом емоційного напруження після тривалої психотравмуючої ситуації, але і перебільшеними побоюваннями про можливий прогноз післяопераційного періоду, страхом розвитку віддалених ускладнень, невпевненістю у відновленні порушених оперативним втручанням функцій організму і вираженою фіксацією на стані свого здоров'я. Характерна поведінка за типом «дратівливої слабкості»: части спалахи дратівливості, особливо при болях, неприємних відчуттях, невдачах лікування. Негативні емоції виливаються на оточуючих, після чого хворий відчуває розкаяння.

Аналізуючи отримані нами за методикою MOS SF-36 дані, ми виявили, що якість життя пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення, виявилася значно зниженою за всіма шкалами опитувальника. Детальне вивчення структури ЯЖ у онкохворих виявило найбільш низькі показники за шкалами «соціальна активність» (20,0 ± 1,2 балів), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (25,0 ± 0,7 балів), «інтенсивність фізичного болю» (35,0 ± 1,2 балів) й «життєва активність» (35,0 ± 0,8 балів). Таким чином, низьку якість життя пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення, було обумовлено переважно за рахунок значного зниження психологічного компонента здоров'я, який склав 32,5 ± 1,2 балів. Наявність фізичних

проблем (у т. ч. болю) сприяло формуванню обмежувальної поведінки в повсякденній діяльності.

Нами також було проведено оцінку якості життя онкопацієнтів, в яких було виявлено непсихотичні психічні розлади (табл. 1). Найгіршим сприйняття ЯЖ виявилося онкопацієнтами із симптоматичними депресивними й тривожними розладами, що пояснюється, на нашу думку, комбінацією факторів соматогенного й психогенного характеру. По-перше, наявність онкологічного захворювання: стадія й локалізація пухлинного процесу, основні клінічні прояви сприяли досить істотним обмеженням практично у всіх сферах життя пацієнтів, які у свою чергу в деяких випадках виявилися більш значимими для пацієнта, ніж навіть саме фізичне неблагополуччя. По-друге, значно впливало на ЯЖ відчуття життєвого неблагополуччя в соціальному й емоційному аспектах. Більшість пацієнтів хвилювала необхідність тривалого протипухлинного лікування (курси поліхіміо- і променевої терапії), проведення діагностичних інструментальних досліджень, несприятливі зміни зовнішності, пов'язані із проявами як самого захворювання, так і спеціального лікування. Істотний вплив на ЯЖ пацієнтів виявили й такі фактори, як наявність підтримки з боку родини, родички, друзів і медичного персоналу протипухлинного центру.

Таблиця 1

Показники якості життя онкохворих із непсихотичними психічними розладами

	F 06.32 (*n* = 138)	F 06.4 (*n* = 33)	F 43.21 (*n* = 34)	F 43.22 (*n* = 46)	F 43.23 (*n* = 62)	Z 85 (*n* = 137)	рівень значимості відмінностей, *p*
PF	28,0 ± 0,5	42,0 ± 0,7	35,0 ± 0,9	42,5 ± 0,5	50,0 ± 0,4	65,0 ± 0,6	< 0,001*
RP	20,0 ± 0,5	35,0 ± 0,7	30,0 ± 1,2	40,0 ± 0,9	50,0 ± 1,3	70,0 ± 1,4	< 0,001*
BP	20,0 ± 0,6	30,0 ± 1,2	35,0 ± 1,0	40,0 ± 0,5	50,0 ± 0,6	65,0 ± 2,2	< 0,001*
GH	25,0 ± 0,6	50,0 ± 0,9	30,0 ± 0,9	40,0 ± 0,6	45,0 ± 0,4	60,0 ± 0,7	< 0,001*
VT	20,0 ± 0,4	30,0 ± 0,8	44,0 ± 0,8	50,0 ± 0,8	52,0 ± 0,5	68,0 ± 1,5	< 0,001*
SF	30,0 ± 1,0	40,0 ± 1,1	45,0 ± 0,9	50,0 ± 0,7	50,0 ± 0,5	65,0 ± 0,7	< 0,001*
RE	20,0 ± 0,5	20,0 ± 0,7	55,0 ± 0,4	60,0 ± 1,4	65,0 ± 0,8	65,0 ± 1,3	< 0,001*
MH	25,0 ± 0,8	40,0 ± 0,9	45,0 ± 0,8	45,0 ± 0,5	50,0 ± 0,4	70,0 ± 0,8	< 0,001*
PH 1	23,5 ± 0,9	39,5 ± 0,4	32,5 ± 0,7	40,7 ± 1,3	48,7 ± 0,5	65,0 ± 1,5	< 0,001*
PH 2	23,5 ± 1,3	32,5 ± 0,8	47,5 ± 1,2	51,3 ± 0,6	54,2 ± 0,9	67,0 ± 1,3	< 0,001*

Примітка: PF — фізична активність; RP — роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; BP — інтенсивність фізичного болю; GH — загальне сприйняття здоров'я; VT — життєва активність; SF — соціальна активність; RE — роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; MH — психічне здоров'я; PH 1 — фізичний компонент здоров'я; PH 2 — психологічний компонент здоров'я.

Як видно з табл. 1, істотне зниження якості життя пацієнтів із симптоматичними розладами мало дифузійний характер за рахунок низьких показників, що стосуються як фізичної (PH $1_{F\ 06.32}$ — 23,5 ± 0,9 балів; PH $1_{F\ 06.4}$ — 39,5 ± 0,4 балів) (роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності й інтенсивність фізичному болю), так і емоційної сфер життя (PH $2_{F\ 06.32}$ — 23,5 ± 1,3 балів; PH $2_{F\ 06.4}$ — 32,5 ± 0,8 балів) (життєва активність і роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності).

Трохи вищим виявився рівень ЯЖ в онкохворих із тривожно-депресивними порушеннями в рамках розладів адаптації, ніж в групі пацієнтів із симптоматичними розладами. Пацієнти з розладами адаптації відзначали незадоволеність переважно фізичним компонентом здоров'я (PH $1_{F\ 43.21}$ — 32,5 ± 0,7 балів; PH $1_{F\ 43.22}$ — 40,7 ± 1,3 балів; PH $1_{F\ 43.23}$ — 48,7 ± 0,5 балів). Якість життя онкологічних хворих, емоційні порушення яких не досягли клінічного рівня, виявилося зниженим, але у вірогідно меншому ступені, ніж в пацієнтів з непсихотичними психічними розладами (PH $1_{Z\ 85}$ — 65,0 ± 1,5 балів; PH $2_{Z\ 85}$ — 67,0 ± 1,3 балів).

Інтегральні показники якості життя онкопацієнтів з непсихотичними психічними розладами, залежно від локалізації пухлинного процесу наведено в таблиці 2.

Аналізуючи ці дані, слід зазначити, що найгірше сприйняття як фізичного, так і психологічного компонентів здоров'я в структурі ЯЖ у групі хворих з онкогінекологічною патологією виявилося в пацієнток із симптоматичними депресивними розладами (PH 1 — 23,5 ± 0,9 балів; PH 2 — 20,3 ± 0,6 балів) і пролонгованими депресивними реакціями в рамках розладів адаптації (PH 1 — 27,5 ± 0,7 бала; PH 2 — 42,5 ± 0,4 балів). Значне зниження ЯЖ у групі хворих з онкологічною патологією ШКТ було виявлено в пацієнтів із тривожними розладами в рамках симптоматичних (PH 1 — 36,5 ± 0,4 балів; PH 2 — 32,1 ± 0,9 балів) і адаптаційних розладів (PH 1 — 46,8 ± 1,4 балів; PH 2 — 50,3 ± 0,6 балів). Найбільше зниження ЯЖ у групі пацієнтів з онкоурологічною патологією відзначено в осіб із змішаними тривожно-депресивними реакціями (PH 1 — 40,3 ± 0,4 балів; PH 2 — 45,2 ± 1,3 балів).

Таблиця 2

Інтегральні показники якості життя онкохворих з непсихотичними психічними розладами залежно від локалізації пухлинного процесу

		Онкологічна патологія ШКТ (*n* = 138)	Онкогінекологічна патологія (*n* = 210)	Онкоурологічна патологія (*n* = 102)
F 06.32 (*n* = 138)	PH 1	25,2 ± 0,8	23,5 ± 0,9	28,0 ± 0,4
	PH 2	23,3 ± 1,3	20,3 ± 0,6	25,5 ± 0,8
F 06.4 (*n* = 33)	PH 1	36,5 ± 0,4	37,5 ± 1,3	41,5 ± 0,5
	PH 2	32,1 ± 0,9	34,5 ± 0,8	38,0 ± 0,9
F 43.21 (*n* = 34)	PH 1	34,2 ± 0,3	27,5 ± 0,7	38,5 ± 1,2
	PH 2	45,7 ± 1,2	42,5 ± 0,4	49,0 ± 1,4
F 43.22 (*n* = 46)	PH 1	40,8 ± 0,7	42,6 ± 1,3	40,3 ± 0,4
	PH 2	52,4 ± 1,4	50,3 ± 0,6	45,2 ± 1,3
F 43.23 (*n* = 62)	PH 1	46,8 ± 1,4	48,7 ± 0,5	50,3 ± 0,6
	PH 2	50,3 ± 0,6	54,2 ± 0,9	56,6 ± 0,8
Z 85 (*n* = 137)	PH 1	66,5 ± 0,7	68,1 ± 1,3	72,5 ± 0,8
	PH 2	60,5 ± 1,3	65,3 ± 1,5	70,0 ± 1,6

Кореляційний аналіз отриманих в ході дослідження результатів дозволив виявити достовірно значущі зв'язки між типом особистісного реагування на онкологічне захворювання та оцінкою якості життя й рівня соціального функціонування пацієнтів. Так, найбільш несприятливі показники якості життя та соціального функціонування пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями різної локалізації були пов'язані з наявністю тривожного ($r = –0,352$ при $p = 0,032$), меланхолічного ($r = –0,442$ при $p = 0,05$) та неврастенічного ($r = –0,318$ при $p = 0,045$) типів особистісного реагування на онкологічне захворювання. У хворих з локалізацією пухлини в шлунково-кишковому тракті низькі показники якості життя (переважно психологічний компонент здоров'я), були кореляційно пов'язані із наявністю тривожно-іпохондричного ($r = –0,279$ при $p = 0,045$) та меланхолічно-іпохондричного ($r = –0,362$ при $p = 0,0254$) типів реагування на злоякісну пухлину; у пацієнток онкогінекологічного профілю — з тривожно-сенситивним ($r = –0,294$ при $p = 0,034$) та меланхолічно-егоцентричним ($r = –0,422$ при $p = 0,0034$) типами ВКХ; у осіб з онкоурологічною патологією — з меланхолічно-дисфорічним ($r = –0,194$ при $p = 0,03$) типом особистісного реагування на захворювання.

Найнижчу якість життя та соціального функціонування було виявлено у онкохворих з симптоматичними депресивними розладами, причому такі інтегральні показники якості життя як «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я» були міцно пов'язані зі змішаним тривожно-меланхолічно-неврастенічним типом внутрішньої картини хвороби ($r = –0,386$ при $p = 0,0012$ та $r = –0,318$ при $p = 0,045$ відповідно).

У онкохворих з розладами адаптації нами було виявлено кореляційні зв'язки між інтегральними показниками якості життя (фізичним та психологічним компонентами здоров'я) та тривожно-сенситивним ($r = –0,328$ при $p = 0,031$ та $0,453$ при $p = 0,0011$ відповідно), тривожно-іпохондричним ($r = –0,236$ при $p = 0,048$ та $r = –0,335$ при $p = 0,045$ відповідно) та меланхолічно-іпохондричним ($r = –0,295$ при $p = 0,017$ та $r = –0,383$ при $p = 0,0001$ відповідно) типами особистісного реагування.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про значне зниження якості життя та соціального функціонування хворих зі злоякісними новоутвореннями різної локалізації, які супроводжуються порушенням як фізичного, так й психологічного компонентів здоров'я. Найбільш низькими виявилися такі показники: роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, інтенсивність фізичного болю і роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, що у свою чергу різко обмежує життєву активність пацієнтів і, як наслідок, обумовлює низький рівень соціальної адаптації онкохворих. При цьому у онкохворих нами було виявлено значне переважання дезадаптивних типів психологічного реагування на факт наявності злоякісної пухлини з домінуванням інтрапсихічної направленості внутрішньої картини хвороби. Враховуючи особливості виявлених типів реагування, можна припустити, що сформований тип ставлення до онкологічного захворювання може виконувати різні функції, як захисну з одного боку, так і таку, що сприяє розвитку непсихотичних психічних порушень. Отже, специфіка діагнозу злоякісного новоутворення і особливості протипухлинного лікування обумовлюють патологічний вплив на емоційну сферу пацієнтів з подальшим формуванням порушення адаптації в рамках ставлення до хвороби та негативно впливають на якість життя та соціального функціонування онкохворих.

Список літератури

1. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с опухолевой патологией матки / [Володин Б. Ю., Петров С. С., Куликов Е. П. и др.] // Пал. мед. и реабил. — 2006. — № 1. — С. 15—19.

2. Маркова М. В. Особливості внутрішньої картини хвороби пацієнток, які перенесли мастектомію / Маркова М. В., Мартинова Ю. Ю. // Chem_Biol. — 2009. — Т. 13, № 1(46). — С. 48—52.

3. Ионова Т. И. Понятие качества жизни больных онкологического профиля / Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А. // Онкология. — 2000. — Т. 2. — № 1—2. — С. 25—28.

4. Browman G. P. Prognostic Tools for Cancer Survival: A Secondary Role for Quality-of-Life Measurement / Browman G. P., Berrang T., Smith S. // J. Clin. Oncol. — 2009. — Vol. 27(18). — P. 2902—2904.

5. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ): Методические рекомендации / Сост. Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, Я. А. Вукс. — СПб., 2001, — 33 с.

6. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / Личко А. Е., Иванов И. Я. // Журнал невропатол. и психиатр. — 1980. — № 8. — С. 1195—1198.

7. Ware J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / Ware J. E., Sherbourne C. D. // Medical Care. — 1992. — Vol. 30. — P. 473—83.

8. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / [Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B.] // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1993.

9. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / [Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Keller S. D.] // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1994.

Надійшла до редакції 24.06.2010 р.

А. Ю. Васильева

Оценка взаимосвязи между особенностями личностного реагирования на заболевание и качеством жизни у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями

Украинский НИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев

В статье представлены результаты изучения психологического реагирования пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, на факт наличия тяжелой соматической патологии и необходимости проведения комплексного специфического противоопухолевого лечения, и качества их жизни. Выявлена взаимосвязь между снижением уровня качества жизни и социального функционирования больных и наличием дезадаптивных вариантов психологического реагирования на онкологическое заболевание.

Ключевые слова: пациенты, страдающие злокачественными новообразованиями, внутренняя картина болезни, типы реагирования на онкологическое заболевание, качество жизни.

A. Vasylyeva

Estimation of intercommunication between features of personality reacting on disease and quality of life of patients, suffering from malignant neoplasm

Ukraine Research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse, Ukraine Ministry of Public Health, Kyiv

The results of study of the psychological reacting of patients, suffering from malignant neoplasm, on the fact of presence of heavy somatic pathology and necessity of lead through of specific antitumor treatment, and quality of their life are presented in the article. Intercommunication is exposed between the decline of level of quality of life and social functioning of patients and presence of disadaptive variants of the psychological reacting on an oncologic disease.

Keywords: patients, suffering from malignant neoplasm, types of reacting on an oncologic disease, quality of life.

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

Т. Г. Ветрила, *канд. мед. наук*
Евпаторийская городская больница № 2
Харьковская медицинская академия последипломного образования

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

На основе анализа зарубежной литературы и результатов собственных исследований 200 семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития, научно обоснована концепция медико-психологического сопровождения такой семьи, ее структура, мишени и содержание. Система медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития состоит из психодиагностического, реабилитационного этапов (стадии активной интервенции и суппортивной поддержки) и этапа оценки эффективности. Доказано, что реализация комплексного подхода в осуществлении медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с задержкой психического развития, позволяет нормализовать психологический статус членов семьи, оптимизировать интеграцию ребенка в учебный процесс, восстановить соматическое и психическое здоровье членов семьи, усовершенствовать взаимоотношения «семья — социум», гармонизировать семейное взаимодействие, в общем, улучшить качество жизни и социальное функционирование всех членов семьи.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, семья, ребенок с нарушением психического развития

Семья — приоритетная ценность любого общества. Отношение государства к проблеме поддержки и развития семейных ценностей, тенденции, характеризующие состояние института семьи, являются показателями общего состояния и перспектив развития государства [1, 2].

Особое положение в этом вопросе занимают семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, для которых характерен высокий уровень проявления «проблемности». Существенные изменения, происшедшие в последние десятилетия в обществе в плане гуманизации отношения к лицам с отклонениями в развитии, определяют особый интерес к семье, в которой воспитывается такой ребенок.

Семейную систему можно рассматривать как единое образование, обладающее определенными особенностями структуры, функционирования и развития [3]. В семейной системе все взаимосвязано, и при повреждении любого одного ее звена возникают реперкуссии во всех остальных. Таким «повреждающим» семейную систему фактором может явиться наличие в семье ребенка с ограниченными возможностями, в частности, с нарушением психического развития. Общепризнанным является тот факт, что наличие в семье больного не оставляет интактным никого из ее членов, нарушая равновесие во взаимоотношениях [4].

Таким образом, семья, в которой воспитывается ребенок с нарушением психического развития (НПР), оказывается особой группой, которой соответствует присущая только для нее атмосфера межличностных отношений. Эти отношения по-разному проявляются и в различной степени влияют на развитие ребенка, течение его заболевания, а также общее психическое состояние самих родителей [5, 6].

«Образ ребенка» и связанная с этим степень несоответствия ему конкретного ребенка во многом определяется общими ценностями и установками общества. В частности, современная культура ориентирована на социальные достижения, большую степень включенности человека в социальные контакты, его интеллектуальные достижения. Подобные социокультурные традиции и общественные ценности способствуют тому, что психическое нарушение ребенка является сильнейшей психологической травмой для родителей. Усугубляет положение семьи и зачастую негативное отношение общества к психически неполноценным людям. В иерархии различных видов патологии психические нарушения стоят очень низко. К переживаниям, связанным с состоянием ребенка, у многих родителей добавляется чувство вины, стыда, смущения за ребенка, родители предпочитают не афишировать, что он имеет отклонения в развитии.

В жизнедеятельности таких семей имеет место ряд закономерностей:

а) нарушение взаимодействия с социумом (родные, знакомые, врачи, педагоги и др. специалисты), замыкание в своей семье, неадекватная реакция на врачебные и педагогические рекомендации, конфронтация с детскими дошкольными учреждениями;

б) нарушение внутрисемейных отношений, в особенности супружеских. Как правило, в этом случае позиция отца меняется сильнее: отцы болезненнее переживают, что его ребенок болен и что он находится в ситуации «заброшенного»;

в) нарушение репродуктивного поведения, характерного для данного типа семьи: в случае даже небольшого риска рождения ребенка с той же патологией супруги принимают решение не иметь больше детей, и наоборот;

г) формирование неверных установок на лечение и воспитание ребенка. Необратимость диагноза и вытекающих из него последствий признается не всеми родителями и не сразу. На словах соглашаясь с врачами и специалистами, родители тратят огромные силы и средства на «хождение по кругу специалистов», надеясь, что диагноз не подтвердится. Не иссякает надежда и на чудодейственные лекарства, возможности лечения, которые помогут изменить состояние ребенка [7].

Современными исследователями, с одной стороны, постулируется необходимость изучения такой семьи как системы, которая сама по себе требует психологической помощи из-за стресса, вызванного появлением в семье особого ребенка [8—11]. С другой стороны, такую семью рассматривают как среду, в которой растет и развивается особый ребенок, помогающую или препятствующую его адаптации и социализации: родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцируют развитие у детей негармоничных форм взаимодействия с социальным окружением и формируют дезадаптивные характерологические черты личности [12, 13].

Тесная связь между этими двумя подходами самими исследователями далеко не всегда осознается, хотя очевидно, что только в психологически благополучной семье особый ребенок может получить то, что ему необходимо для вхождения в социум и дальнейшей как можно более полноценной жизни. Таким образом, в условиях дисфункциональности отношений образуется порочный круг взаимопотенцирующих негативных воздействий, реализующихся в рамках семьи.

© Вєтрила Т. Г., 2010

В связи с этим одним из ведущих *locus minoris resistentia*, обуславливающих отсутствие фрустрационной толерантности и низкий реабилитационный потенциал таких семей, является многоуровневое нарушение семейного взаимодействия, имеющее место в большинстве подобных случаев [8, 9, 14—19].

Учитывая вышеизложенное, сегодня уже очевидным стал тот факт, что успешная работа с детьми, имеющими психофизические недостатки, невозможна без включения в поле коррекционного воздействия семьи, воспитывающей ребенка. Разработка основ такой работы становится, таким образом, одним из важнейших направлений в системе медицинских, психологических и педагогических наук.

Зарубежный опыт [20—24] подсказывает, что работа с семьей ребенка с НПР должна быть направлена на:

- оказание квалифицированной психологической поддержки родителям;
- создание необходимых условий для активного участия родителей в воспитании и обучении ребенка;
- оказание помощи близким взрослым с целью создания комфортной для развития ребенка семейной среды;
- формирование адекватных взаимоотношений между взрослыми и их детьми.

Медико-психологическая помощь в данном случае должна быть конструктивной и динамической, основанной на принципах комплексного подхода к организации реабилитационного процесса, единства диагностики и коррекции, сотрудничества между родителями и специалистами, родителями и детьми, учета интересов родителей и детей.

К сожалению, в настоящее время в нашей стране государственная система медико-психологической поддержки семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, так же, как и единая государственная политика в данной области, отсутствует. В этом контексте разработка концептуального подхода по оказанию психологической помощи семье ребенка с НПР является актуальной и необходимой.

Под концепцией медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, мы понимаем системный подход, позволяющий оказать такой семье комплексную помощь, включающую психологическое изучение, активную медико-психологическую, педагогическую и социальную реабилитацию, а также мероприятия поддерживающего характера, что, по нашему мнению, позволит оптимизировать семейное взаимодействие на уровнях «супруг — супруга», «родитель — ребенок», «семья — социум» и, как следствие, — решить проблему в двух плоскостях: улучшить состояние ребенка с НПР, а также повысить качество жизни его родителей.

В результате комплексного изучения 200 семей, воспитывающих ребенка с НПР (у 82 % детей диагностированы нарушения кластера F 8 — расстройство психологического развития, у 18 % — кластера F 7 — умственная отсталость), осуществленного с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Евпаторийской городской больницы № 2 в период 2006—2010 гг., на основании анализа особенностей семейного функционирования в различных плоскостях семейного взаимодействия, индивидуально-психологических особенностей супругов и их детей, выявления взаимосвязей между вышеуказанными параметрами, а также их роли в генезе нарушения семейных отношений, нами разработана система медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР (рис. 1).

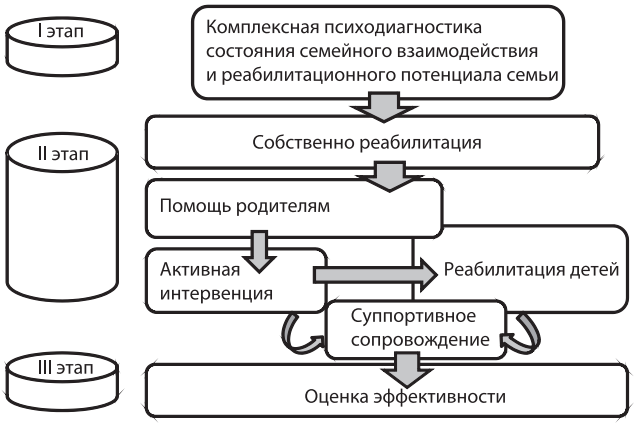


Рис. 1. Система медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей «особого» ребенка

При определении содержания I (психодиагностического) этапа системы медико-психологического сопровождения семьи, в которой растет ребенок с НПР, на основании сформулированных В. Ткачевой (2004—2007) принципов психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии [12, 14, 20], а именно:

- комплексности и многоаспектности изучения проблем семьи,
- гуманного и чуткого отношения к членам семьи и к самому ребенку,
- конфиденциальности и профессиональной этики,
- выявления факторов, оказывающих негативное воздействие на внутрисемейную атмосферу и развитие ребенка,
- учета психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии,

с учетом данных литературы [6—8, 10, 12, 14, 21, 23], а также результатов собственных исследований [18, 19, 25], в качестве задач данного этапа, нами выделены следующие:

- выявление внутрисемейных факторов, как способствующих, так и препятствующих гармоничному существованию членов семьи и развитию в семье ребенка с НПР;
- определение причин, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения;
- определение неадекватных типов родительско-детского взаимодействия и деструктивных форм общения в семье;
- определение путей гармонизации семейного взаимодействия.

Для решения вышеуказанных задач нами выделены психодиагностические блоки, направленные на изучение следующих параметров:

- уровень психологического благополучия ребенка и состояние психического здоровья родителей;
- напряженность семейных отношений, степень супружеской конфликтности;
- характерологические и личностные особенности родителей;
- тип взаимодействия «Родитель — Ребенок»;
- состояние супружеской коммуникации, успешность функционирования семьи, вариант семейного взаимодействия.

Разработка II (непосредственно реабилитационного) этапа системы медико-психологического сопровождения семьи, в которой растет ребенок с НПР, проводилась на основании модифицированных нами существующих

принципов психокоррекционной работы с детьми и их родителями [20], а именно:

- гуманистической направленности психокоррекционной помощи;
- интегративного использования разнообразных средств, методов и приемов психокоррекционного воздействия;
- гармонизации внутрисемейной атмосферы (разрешение личностных и межличностных конфликтов между членами семьи);
- оказания личностно-ориентированной помощи;
- формирования положительного отношения к ребенку (формирование положительных ценностных ориентаций и установок у родителей ребенка, принятие его нарушений членами семьи);
- повышения педагогической грамотности, психологической компетентности и общей культуры родителей;
- единства взаимодействия семьи, психолого-психиатрической службы и образовательных учреждений.

Путем проведения комплексного изучения психологических особенностей супругов на личностном, межличностном и родительско-детском уровнях функционирования, установления различных вариантов семейного взаимодействия, формирующихся в семьях с «особым» ребенком, нами определены структура и содержание реабилитационного этапа системы медико-психологического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с НПР (рис. 2).



Рис. 2. Структура реабилитационного этапа системы медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей «особого» ребенка

Как указано на рис. 1, реабилитационный этап системы медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей «особого» ребенка, включает две стадии: активной интервенции и суппортивного сопровождения. Стадия активной интервенции включает в себя (рис. 3):

1) нормализацию психического состояния родителей, коррекцию их дезадаптивных эмоционально-личностных установок;

2) нивелирование негативных характерологических и личностных особенностей супругов;

3) нормализацию межличностной супружеской коммуникации, снижение и/или трансформация супружеской конфликтности, нейтрализацию деструктивных форм поведения, формирование навыков адекватного общения друг с другом и окружающим миром;

4) формирование адекватных родительско-детских отношений: информирование родителей о характере психического расстройства у ребенка, а именно, клинической тяжести состояния, течении, причинах, возможных последствиях, характере лечения; повышение активности родителей в лечебно-реабилитационном процессе; коррекцию привычных неконструктивных эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий в отношении ребенка;

5) восстановление функциональности семьи, гармонизацию семейного взаимодействия на всех уровнях его организации.

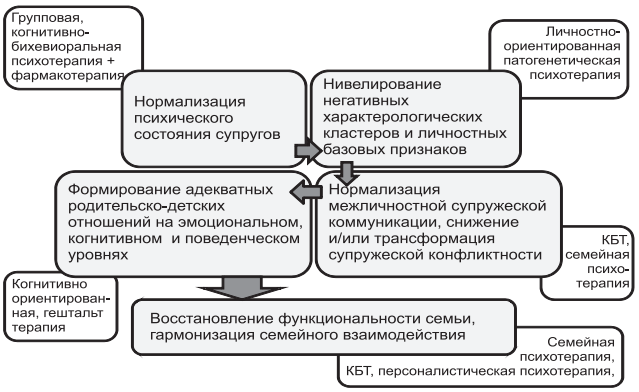


Рис. 3. Мишени и содержание стадии активной интервенции реабилитационного этапа системы медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей «особого» ребенка

Стадия суппортивного сопровождения состоит из:

а) мониторинга состояния семейного взаимодействия,

б) поддержки и подкрепления позитивных изменений в семье, наступивших вследствие активной реабилитационной работы,

в) оптимизации взаимодействия «семья — социум» (рис. 4).

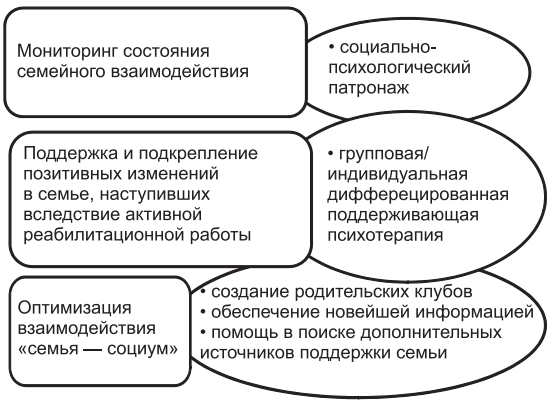


Рис. 4. Содержание стадии суппортивного сопровождения реабилитационного этапа системы медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей «особого» ребенка

Обобщая вышесказанное, можно сформулировать основные концептуальные положения медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей «особого» ребенка.

1. Создание системы медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, является одним из важнейших условий, обеспечивающих приемлемый уровень качества жизни и социального функ-

ционирования родителей, а также необходимый уровень социально-психологической адаптации детей с психофизическими нарушениями.

2. Разработка проблемы медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, является важным направлением в системе медицинских, психологических и педагогических наук. Через оптимизацию и трансформацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений решается проблема оказания дифференцированной и адресной помощи ребенку с НПР, а также коррекционной и консультативной помощи его родителям.

3. Система медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, должна быть конструктивной и динамичной, основанной на принципах комплексного подхода к организации реабилитационного процесса, единства диагностики и коррекции, сотрудничества между родителями и специалистами, родителями и детьми, учета интересов родителей и детей.

4. Каждая семья, воспитывающая ребенка с отклонениями в развитии, имеет право на получение комплексного медико-психологического сопровождения, включающего психологическую диагностику и реабилитационные мероприятия активного и поддерживающего характера.

5. Медико-психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с НПР, является этапной системой мероприятий, состоящей из психодиагностической и реабилитационной составляющих. Такая структура снижает фрустрационную нагрузку членов семьи, повышает ее реабилитационные возможности и позволяет индивидуализировать подход к ребенку.

6. Реализация комплексного системного подхода в осуществлении медико-психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с НПР, позволяет нормализовать психологический статус членов семьи, оптимизировать интеграцию ребенка в процесс обучения и выбор адекватных воспитательных стратегий семьи, хотя бы частично восстановить соматическое и психическое здоровье членов семьи, усовершенствовать взаимоотношения «семья — социум», гармонизировать семейное взаимодействие и в целом улучшить качество жизни и социальное функционирование всех членов семьи.

Список литературы

1. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. — 2007. — Т. 1, № 2. — С. 3—8.

2. Маркова М. В. До проблеми трансформації інституту сім'ї / М. В. Маркова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — № 1. — С. 91—94.

3. Ветрила Т. Г. Успешное функционирование семейной системы как основа развития и становления гармоничной личности / Т. Г. Ветрила // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. — 2008. — № 2 (14). — С. 27—31.

4. Ряполова Т. Л. Анализ семейной тревоги в семьях больных аффективными расстройствами / Т. Л. Ряполова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2005. — № 1 (15). — С. 24—26.

5. Лидерс А. Г. Семья как психологическая система. Очерки психологии семьи / А. Г. Лидерс. — Москва-Обнинск: ИГ-СОЦИН, 2004. — 294 с.

6. Полоухина Е. А. Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Е. А. Полоухина. — СПб., 2009. — 20 с.

7. Тулегенова С. Ю. Психологический микроклимат в семье и особенности родительского отношения к детям с ограниченными психическими возможностями / С. Ю. Тулегенова, Г. К. Тулегенова, С. К. Кудайбергенова // Тезисы Второй всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной российской семьи» (25—27 октября 2005 г.). В 3-х частях. — 2 часть ; под общ. ред. д-ра психол. наук В. К. Шабельникова и канд. психол. наук А. Г. Лидерса. — М., 2005. — С. 261 — 263.

8. Майрамян Р. Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р. Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. ; под ред. В. М. Банщикова, Н. М. Шибанова. — М., 1974. — Т. 2. — С. 295— 297.

9. Забабурина О. С. Психологическая помощь родителям в воспитании детей с нарушениями развития: Пособие для педагогов-психологов / О. С. Забабурина, О. В. Максименко, Е. А. Савина ; под ред. Савиной Е. А., Максименко О. В. — М.: Владос, 2008. — 223 с.

10. Boyce G. C. Child Characteristics, Family Demographics and Family Processes: Their Effects on the Stress Experienced by Families of Children with Disabilities / G. C. Boyce, D. Behl // Counseling Psychology Quarterly, 0951-5070. — December 1, 1991. — Vol. 4, Issue 4. — EBSCOhostPsycINFO Database.

11. Hornby G. Disability and the Family: Current Status and Future Developments / G. Hornby, M. Seligman // Counseling Psychology Quarterly, 0951-5070. — December 1, 1991. — Vol. 4, Issue 4. — EBSCOhostPsycINFO Database.

12. Ткачева В. В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование / В. В. Ткачева. — М.: Книголюб, 2007. — 144 с.

13. Шац И. К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Монография / И. К. Шац. — М.: Речь, 2010. — 192 с.

14. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. — М.: УМК Психология, 2004. — 192 с.

15. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия / авт.-сост. И. В. Добряков, О. В. Защиринская. — СПб.: Речь, 2007. — 400 с.

16. Андриенко О. Ю. Изменение социальных функций и ролевых отношений в семьях с детьми с ограниченными возможностями : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. социол. наук: спец. 22.00.04 — социальная структура, социальные институты и процессы / О. Ю. Андриенко. — Хабаровск, 2008. — 23 с.

17. Грошева Е. В. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка (в связи с задачами психологического сопровождения семьи) : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология» (психологические науки) / Е. В. Грошева. — СПб., 2009. — 21 с.

18. Ветрила Т. Г. О взаимосвязи между состоянием семейных отношений и психического здоровья родителей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития, и их детей / Т. Г. Ветрила, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 3 (60). — С. 28—35.

19. Ветрила Т. Г. Особенности функционирования семьи и коммуникации супругов, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития / Т. Г. Ветрила // Таврический журнал психиатрии. — 2010. — № 1. — С. 48—62.

20. Ткачева В. В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии : автореф. на соискание уч. степени д-ра психол. наук: спец. 19.00.10 «Коррекционная психология» / В. В. Ткачева. — Моск. гос. открытый пед. ун-т им. М. А. Шолохова. — Н. Новгород, 2005. — 46 с.

21. Tam S.-F. Self-concepts of parents with a child of school age with a severe intellectual disability [Electronic resource] / S.-F. Tam, A. Cheng // Journal of Intellectual Disabilities. — 2005. — V. 9. — P. 253. — Access mode: http://jid.sagepub.com/cgi/content/abstract/9/3/253.

22. Noller P. Close family relationships: Functions, forms and processes / P. Noller, J. A Feeney (eds). — New York: Psychology Press, 2006. — 400 p.

23. Lloyd H. Solution-focused Brief Therapy with families who have a child with intellectual disabilities: a description of the content of initial sessions and the process [Electronic resource] / H. Lloyd, R. Dallos // Clinical Child Psychology and Psychiatry. — 2006. — V. 11; 3. — P. 367. — Режим доступа: http://ccp. sagepub.com/cgi/content/abstract/11/3/367.

24. Moloney L. Meaningful relationships: Of law, love and biology / L. Moloney // Journal of Family Studies. — 2009. — V. 15, Issue 1. — P. 2—8.

25. Маркова М. В. О разработке комплексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 38—45.

Надійшла до редакції 29.06.2010 р.

Т. Г. Вєтрила
Євпаторійська міська лікарня № 2;
Харківська медична академія післядипломної освіти

Наукове обґрунтування концепції медико-психологічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з порушенням психічного розвитку

На основі аналізу зарубіжної літератури та результатів власних досліджень 200 родин, що виховують дитину з порушенням психічного розвитку, науково обґрунтована концепція медико-психологічного супроводу такої сім'ї, її структура, мішені та зміст. Система медико-психологічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, складається з психодіагностичного, реабілітаційного етапів (стадії активної інтервенції та суппортивної підтримки) та етапу оцінки ефективності. Доведено, що реалізація комплексного підходу у здійсненні медико-психологічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з затримкою психічного розвитку, дозволяє нормалізувати психологічний статус членів родини, оптимізувати інтеграцію дитини в навчальний процес, відновити соматичне та психічне здоров'я членів родини, удосконалити взаємовідносини «сім'я — соціум», гармонізувати сімейну взаємодію, загалом, покращити якість життя та соціальне функціонування усіх членів родини.

Ключові слова: медико-психологічний супровід, сім'я, дитина з порушенням психічного розвитку.

T. G. Vetrila
Yevpatoryan hospital № 2;
Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education

Scientific rationale for the concept of medical and psychological support of family, which brings up a child in violation of the psychological development

The analysis of foreign literature and the results of research of 200 families that bring up a child in violation of psychological development, the concept of evidence-based medical and psychological support of the family, its structure, targets and contents were scientifically based. The system of medical and psychological support of family, which brings child in violation of the psychological development is composed of psychodiagnostic, rehabilitation stages (active intervention and support stages) and evaluation phase. Proved that an integrated approach in implementing the medical and psychological support of family, raising a child with mental retardation, to normalize the psychological status of family members, to optimize integration of the child in the educational process, restore somatic and mental health of family members, improve the relationship "Family — Society", harmonize family interaction, in general, improve the quality of life and social functioning of all family members.

Keywords: medical and psychological support, family, child with violation of psychological development.

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

В. А. Демченко, *головний лікар*
Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Києва

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОГО ПРОФІЛЮ В АСПЕКТІ НЕОБХІДНОСТІ ІНТЕГРАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПЕРВИННУ МЕДИКО-САНІТАРНУ МЕРЕЖУ

Шляхом анкетування і скринінгового вивчення 2894 пацієнтів Центральної поліклініки одного з районів м. Києва, виявлено 816 пацієнтів з психічними розладами. На підставі їх дослідження встановлена нозологічна структура, виділені синдромальні і симптоматичні клініко-психопатологічні особливості психічних розладів, властивих пацієнтам амбулаторної ланки загальносоматичної мережі. Зроблено висновок про необхідність інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико-санітарну мережу.

Ключові слова: психічні розлади, загальносоматична мережа, інтеграція

Згідно з висновками ВООЗ (2000), до першочергових завдань щодо покращання психічного здоров'я належить «…забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб по наданню допомоги хворим на хронічні неінфекційні захворювання, які мають проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям» [1].

Вивченню питання надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам загальносоматичної мережі певна увага приділялася дослідниками і у минулі десятиліття, і в останні роки. Ще на початку 80-х років минулого століття Всесвітня Організація Охорони здоров'я (ВООЗ) призвала до всілякого розвитку позалікарняної психіатричної служби, розширення мережі психіатричних відділень на базі соматичних лікувальних установ і підготовці фахівців в галузі психосоматичної медицини. Особлива увага, на думку розробників програми, при цьому повинна приділятися депресії, яка часто супроводжує соматичні захворювання.

За даними європейських дослідників в останні десятиліття минулого сторіччя поширеність психічних захворювань серед вибіркових груп пацієнтів загального профілю склала: в Англії — 22 %, у Німеччині — 23,2 %, в Австралії — 14,8 %, у Норвегії — 26,6 %, у Нігерії — 22,4 %. При проведенні загальномедичних оглядів населення в Канаді психічні відхилення виявлені в 49,9 % жінок і 50,1 % чоловіків [2, 3].

За даними закордонних авторів, до третини пацієнтів лікарів загальної практики становлять пацієнти із психічними розладами, і лише 2—4 % з них потрапляють в поле зору психіатрів [4].

Інші дослідження показують, що близько 40 % хворих із психічними розладами взагалі б залишилися без будь-якої спеціалізованої допомоги, якби вона не забезпечувалася в загальномедичному центрі, й тільки 5,5 % пацієнтів звернулися б по допомогу до лікарів психіатричного профілю самостійно [5—7].

А. Б. Смулевич із співавторами вказують на те, що від 30 до 70 % пацієнтів, що постійно відвідують лікарів загальної практики, є пацієнти з афективними, невротичними й соматоформними розладами, головними болями, напруженнями та розладами сну. Через недостатню підготовленість у психіатрії лікарі-інтерни не діагностують ці розлади, що приводить до численних та неінформативних параклінічних досліджень, подорожчання обстеження, це в свою чергу затягує лікування та на тривалий час знижує якість життя, працездатність і соціальне функціонування пацієнтів [8].

На думку сучасних українських дослідників, потенційними пацієнтами психіатра та психотерапевта є від 33 до 64 % відвідувачів загальносоматичних поліклінік, а 70 % пацієнтів загальносоматичних стаціонарів потребують або консультації, або лікування лікаря-психіатра (психотерапевта) [9—18]. При цьому до «свого» лікаря, тобто до психіатра або психотерапевта, ці пацієнти потрапляють, у середньому, лише на 7—9 рік від початку захворювання, а весь цей час вони обслуговуються лікарями загальної практики — терапевтом, невропатологом, ендокриноло-

© Демченко В. А. , 2010

гом та ін. [19]. Проте, рівень виявлення психічних розладів у вітчизняній загальносоматичній мережі є вкрай низьким, в той час як у розвинутих країнах він сягає 45—90 % [20].

Враховуючі вищенаведене, з метою встановлення клініко-психопатологічних особливостей психічних розладів у пацієнтів загальносоматичної мережі, для обґрунтування та розроблення організаційної моделі надання інтегрованої медичної допомоги даному контингенту хворих в умовах реальної вітчизняної клінічної практики, нами протягом 2003—2010 рр. проанкетовано та обстежено 2894 пацієнти Центральної поліклініки Дніпровського району м. Києва. Із загальної кількості обстежених у 816 осіб діагностовано психічні та поведінкові розлади, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10. Таким чином, кількість відібраних хворих склала 28,2 % від загальної кількості вивчених пацієнтів. Серед обстежених було 63,1 ± 4,8 % жінок і 36,9 ± 4,8 % чоловіків, питома вага з яких (63,8 ± 4,8 %) були у віці від 41 до 60 років.

Процедура обстеження включала розгорнуте клінічне інтерв'ю з аналізом психічного стану (за діагностичними критеріями МКХ-10), аналіз анамнестичних даних. При цьому враховувалися синдромальні і нозологічні характеристики психічного розладу, умови його маніфестації, фіксувалася тривалість та особливості динаміки. Ступінь вираженості психопатологічної симптоматики ранжували за силою як слабкий, середній, сильний та за частотою — той, що спостерігається рідко, помірно та часто, а для оцінки обох параметрів визначали інтегральний показник (ІП) інтенсивності симптому [21]. Вивчали й медичну документацію (історії хвороби, виписки з історій хвороби, амбулаторні картки, довідки, протоколи засідань МСЕК).

Усі отримані дані в цифровій формі вносили в спеціально створену базу даних з використанням системи керування базами даних MS Access v.8 for Windows 95. Формування зведених таблиць проводили за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. Аналіз, оброблення і розрахунок відсоткових характеристик і коефіцієнтів кореляції здійснювали за допомогою програми SPSS 10.0.5 for Windows.

В результаті дослідження встановлено, що за частотою зустрічаємості психіатричної симптоматики серед пацієнтів загальносоматичної поліклініки були виділені три основні групи соматичних розладів: неврологічна — 276 пацієнтів із психопатологічною симптоматикою, кардіологічна — 234 пацієнта та гастроентерологічна — 135. На всі інші групи соматичних розладів (урологічна, офтальмологічна, отоларингологічна, травматологічна, хірургічна патологія) було виявлено в цілому 171 випадок психічних розладів.

Основними діагнозами серед пацієнтів неврологічної групи були:

- дисциркуляторна енцефалопатія,
- нейроциркуляторна дистонія,
- вертебробазилярна недостатність,
- остеохондроз хребта,
- мігрень,
- невралгія,
- віддалені наслідки ЧМТ.

Кардіологічну групу діагнозів становили:

- артеріальна гіпертензія,
- атеросклероз судин головного мозку,
- вегето-судинна дистонія,
- ішемічна хвороба серця.

Гастроентерологічну групу діагнозів становили:

- хронічний холецистит,
- хронічний коліт,
- виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки,
- коліт,
- хронічний панкреатит і навіть «отруєння».

Загальна кількість виявлених випадків, а також їхня структура наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Поширеність і нозологічна структура психічних розладів серед пацієнтів амбулаторної ланки загальносоматичної мережі

Нозологічна рубрика МКХ-10	Частота зустрічаємості	
	(абсолютна	% ± *m*
Тривожно-фобічні розлади F 40	133	16,3 ± 3,7
Органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади F 06.6	86	10,5 ± 3,1
Органічний тривожний розлад F 06.4	68	8,3 ± 2,8
Неврастенія F 48.0	55	6,7 ± 2,5
Органічний (афективний) розлад F06.3	52	6,4 ± 2,4
Депресивний епізод F 32	47	5,8 ± 2,3
Змішаний тривожний та депресивний розлад F 41.2	45	5,5 ± 2,3
Хронічні (афективні) розлади настрою F 34	44	5,4 ± 2,3
Біполярний афективний розлад, поточний епізод помірної або легкої депресії F 31.3	40	4,9 ± 2,2
Панічний розлад F 41.0	38	4,7 ± 2,1
Рекурентний депресивний розлад F 33	31	3,8 ± 1,9
Обсесивно-компульсивні розлади F 42	31	3,8 ± 1,9
Генералізований тривожний розлад F 41.1	30	3,7 ± 1,9
Легкий когнітивний розлад F 06.7	25	3,1 ± 1,7
Специфічні розлади особистості F60	25	3,1 ± 1,7
Іпохондричний розлад F 45.2	20	2,5 ± 1,5
Пролонгована депресивна реакція F 43.21	19	2,3 ± 1,5
Психічні та поведінкові розлади в наслідок вживання алкоголю F 10.0	18	2,2 ± 1,5
Психічні та поведінкові розлади в наслідок вживання опіоїдів F 11.0	6	0,7 ± 0,9
Біполярний афективний розлад, поточний гіпоманіакальний епізод F 31.0	6	0,7 ± 0,9
Манія без психотичних симптомів F 30.1	5	0,6 ± 0,8
Параноїдна шизофренія F 20.0	3	0,4 ± 0,6
Усього	816	100,0

Примітка. Ранжування за частотою зустрічаємості

Слід зазначити, що 78,6 % пацієнтів, незважаючи на ознаки явного психічного розладу, не мали намірів звертатися до лікарів-психіатрів. Лікарі-інтерни також, або не виявляли у пацієнтів ознак психічного захворювання, або не знали, як вчинити з ним і, фактично, залишали питання без вирішення. Наведені дані, крім стигматизації психіатрії, свідчать про низький психоосвітній рівень як серед пацієнтів, так і серед лікарів-інтернів.

Аналіз нозологічної структури показав, що серед пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі був виявлений фактично весь спектр психічних розладів, однак, превалювала симптоматика афективного (тривожно-фобічного та депресивного) кола, що відзначена майже в 70 % всіх випадків.

Клініка основних психічних розладів у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі в цілому відповідала загальноприйнятим описам та критеріям діагностики МКХ-10. Однак, низка психопатологічних станів в таких пацієнтів відрізнялася деякою специфічністю. Найбільшої відмінності досягали синдроми афективного та невротичного кола.

Клінічною особливістю *депресивних (тривожно-депресивніх) розладів* у пацієнтів загальносоматичної мережі був її маскований характер з переважанням зниження вітального тонусу з проявами вегетосоматичних розладів за типом *locus minoris resistentia*, головним болем, запамороченням, неприємними відчуттями в області серця, спазмами стравоходу, алгіями та сенестопатіями, вегетативно-судинними кризами.

Особливої уваги заслуговували первинні депресії в пацієнтів інволюційного періоду з віковими атеросклеротичними змінами головного мозку при наявності скарг на розсіяність уваги, зниження пам'яті, безініціативність, дезорієнтацію. Ретельне неврологічне обстеження та виключення істотної органічної патології дозволяло розцінювати дані клінічні стани як власне депресивні, що надалі підтверджувалося позитивними результатами антидепресивної терапії. Мнестично-інтелектуальні зміни спостерігалися, за нашим даними, у клінічній картині пізніх депресій в 28 % випадків. Диференціальні розходження між депресивними та дементними станами при ретельному розгляді завжди були явні і дозволяли безпомилково відрізняти один розлад від іншого. Так, початок захворювання при псевдодеменції завжди був відносно гострим, у той час як деменція починалася поступово, з появою перших симптоматичних вкраплень захворювання задовго до його клінічної констатації. У депресивних хворих мало місце посилення дисфункції в ранкові години з відносною компенсацією стану у вечірній час, у той час як у дементних хворих відзначалося посилення дисфункції саме у вечірній і нічний час. Скарги також мали різну виразність: від множинних, що включають скарги і когнітивного, і соматичного характеру в псевдодементних хворих, до одиничних, з елементами ігнорування того, що відбувається — у дементних хворих.

За переважаючим афектом депресія серед пацієнтів даної групи була такою.

Тривожний тип (45 % досліджуваних) характеризувався високим рівнем соматичної та й психічної невмотивованої тривоги на загальному гіпотимному фоні з рідкими, не більше 1—2 рази на місяць, переживаннями, мимовільних, з відтінком нав'язливості уявлень, що відбивають психотравмуючу ситуацію. Типовим було дисфоричне забарвлення настрою, з почуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризувалися труднощами при засинанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побоюваннями за якість та тривалість сну, страхом перед болісними кошмарними сновидіннями, що зрідка відбивали психотравмуючу ситуацію, але здебільшого з фабулою домінуючих стресових переживань не пов'язані. Хворі часто навмисно відсували настання сну через побоювання перед кошмарами та засинали лише під ранок. Характерними були пароксизмальні вечірні та нічні стани з почуттям недостачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом, або припливами жару. Хворі самостійно зверталися по допомогу, і хоча домінувало прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, прагнули до спілкування, якої-небудь цілеспрямованої діяльності, одержуючи полегшення від активності.

Астенічний тип (40 % досліджуваних) відрізнявся домінуванням почуття млявості та слабкості. Фон настрою був знижений, з переживанням байдужості до подій у житті, що цікавили раніше, байдужості до проблем родини або до виробничих питань. Поведінка відрізнялася пасивністю, були характерні переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінували думки про власну неспроможність. Протягом тижня кілька разів виникали мимовільні уявлення епізодів психотравмуючої ситуації. Однак на відміну від тривожного типу, в даних випадках уявлення були позбавлені яскравості, детальності, емоційної забарвленості та визначалися хворими як «виникаючі у свідомості картини з відтінком нав'язливості». Розлади сну характеризувалися гіперсомнією з неможливістю підвестися з ліжка, болісною дрімотою, часом протягом усього дня. Уникаюча поведінка була нехарактерна, хворі рідко приховували свої переживання та, як правило, самостійно зверталися по допомогу.

Дисфоричний тип (15 % досліджуваних) характеризувався постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злості і люті, на фоні пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначали високий рівень агресивності, прагнення зігнати на навколишніх дратівливість та запальність, що їх охоплювали. У свідомості домінували уявлення агресивно-садистичного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійок, спорів із застосуванням фізичної сили, що лякало хворих та змушувало зводити свої контакти з навколишніми до мінімуму. Найчастіше хворі не могли стриматися та на зауваження навколишніх реагували бурхливими реакціями, про які згодом шкодували. Поряд із цим виникали мимовільні уявлення психотравмуючих ситуацій сценоподібного характеру. Нерідкі були сцени насильства з активною участю самих хворих. Зовні хворі виглядали похмурими, міміка відображала невдоволення та дратівливість, поведінка відрізнялося відгородженістю. Були типовими уникаюча поведінка, замкнутість, малослівність. Сон носив поверхневий характер та одночасно характеризувався ранніми ранковими пробудженнями. Хворі активно скарг не висловлювали і попадали в поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, які відзначалися близькими або співробітниками.

За провідним соматизованим симптомокомплексом депресивні розлади у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі розподілялись на такі варіанти:

- алгічний (цефалічний, кардіалгічний, абдомінальний, суглобний та ін.),
- діенцефальний,
- агрипнічний.

На початковому етапі формування розладів відзначалися соматоформні та психовегетативні порушення, які певною мірою маскували прояви депресії та тривоги. Досить типовими були також тілесні сенсації алгічного, алготермічного мігруючого характеру з переживанням почуття печіння, оніміння, поколювання, «прострілів» в ділянці серця та кишечника. Власне це й визначало звертання хворих до лікарів-інтернів.

Особливістю пацієнтів з *невротичними та обсесивно-компульсивними розладами* була істотна представленість у формуванні психічної патології соціальних факторів. Слід зазначити, що, на відміну від усіх інших груп психічних захворювань, розлади невротичної групи структурувалися поетапно. На початковому етапі, при безпосередньому зіткненні пацієнта із психотравмою, відзначалася початкова фаза — усвідомлення того, що сталося. Психотравмуюча ситуація ставила пацієнтів у нові умови, що вимагали іншої оцінки, яка полягала в з'ясуванні позитивних і негативних сторін того, що відбувається. Ця фаза була найгострішою, виявлялася груба, «первинна» оцінка того, що сталося. Далі відбувалася певна інтерпретація подій, що знижувало гостроту сприйняття психотравми. Так, пацієнти оцінювали ситуацію за її сутністю, впливом на різні сторони їхнього життя, можливими змінами, викликаними конфліктом. Спостерігався активний пошук винних, шляхів вирішення психотравмуючої ситуації. На цій фазі, незважаючи на зниження первинної гостроти, все ж відзначалося явище непродуктивного аналізу як самої ситуації, так і подій, що передують їй, при цьому часто штучно пожвавлювалися спогади дитинства, нанесені образи, колишні психотравмуючі ситуації. Характерно, що в чоловіків молодого та середнього віку переважними психотравмуючими факторами були матеріальні труднощі та неможливість працевлаштуватися, у чоловіків старшої вікової групи — втрата близьких людей, фізична неміч. У жінок середньої вікової групи на перше місце виступали — зрада чоловіка, залишення ним родини, розлучення, алкоголізм чоловіка, наявність сексуальних дисгамій, у жінок старшої вікової групи — фізичне зів'янення, смерть чоловіка, самітність, безперспективність майбутнього, зловживання психоактивними речовинами (наркотиками) дітей.

Клінічно-психопатологічними особливостями невротичних і обсесивно-компульсивних станів у пацієнтів загальносоматичної амбулаторної мережі були: у чоловіків — емоційна напруга, зниження настрою, тривога, страх, реакції здивування, розчарування та образи; у жінок — зниження настрою, плаксивість, реакції самобичування, схильність до хвилювання, розгубленість. Як у чоловіків, так і в жінок, виявлені афективні порушення, вони були найбільш вираженими в старшій віковій групі.

На другому етапі відзначалася «каналізація» тривоги та психоемоційної напруги в соматизоване русло, з'являвся комплекс соматизованих невротичних розладів. Невротична «втеча у хворобу» з акцентуванням соматичного неблагополуччя, декларуванням програми обслуговування «хворої людини» (тобто самого пацієнта) спостерігалося більше в осіб жіночої статі. Саме жінки охочіше демонстрували образ хворої людини, маніпулюючи близькими, особливо «винуватцями психотравми». Досягнення «соматичного порога» у значної частини осіб чоловічої статі (72,2 %) відбувалося через інтенсивну алкоголізацію, відхилення від тверезої оцінки реальності, відхід від вирішення невротичних проблем. Примітно, що в чоловіків спостерігалися соматичні порушення, однак вони мали не самостійний характер, а проявлялися у вигляді загострення захворювань, які були в них раніше (стенокардії, виразкової хвороби шлунка, дискінезії жовчних шляхів). У всіх випадках ігровий компонент поведінки в чоловіків у ситуації впливу психотравм був менш виражений, ніж у жінок. В осіб жіночої статі частіше виникали манипулятивна поведінка, рентні установки стосовно навколишніх, реакції психологічного шантажу та наказуюча позиція. І в чоловіків, і в жінок відзначалася тенденція до закріплення невротичних розладів у середньому та літньому віці (36—60 років).

Особливістю виникнення та перебігу *органічних афективних, тривожних та емоційно лабільних розладів* була їх обумовленість, у більшості випадків, наявністю цереброваскулярної патології у пацієнтів. Клінічні прояви психічних порушень в таких випадках були стійкими, важкокурабельними, притаманними, здебільшого, особам літнього віку.

Пацієнти з різними видами залежності в більшості випадків зверталися по допомогу до лікарів-соматиків на етапі тимчасової відмови або несистематичного прийому психоактивних речовин, обумовленого різними причинами (вимога мікрооточення, реальне погіршення соматичного стану, проблеми із правоохоронними органами). Таким чином, пацієнти на момент звернення до амбулаторної загальносоматичної мережі перебували в стані абстиненції, що додатково спричиняло загострення реальної соматичної патології, а також посилення патологічної іннервації з боку внутрішніх органів. Крім стійких розладів гіпопсихотичного рівня, іншими «прямими» психічними симптомами в цих пацієнтів були: розлади сприйняття, специфічні порушення мислення, порушення когнітивних функцій, загальна дисоціація психічної діяльності. Кожний із зазначених симптомів у рамках опійної наркоманії, алкоголізму мав специфічні клінічні прояви, що відрізняли його від аналогічних симптомів при розладах ендогенного рівня.

Треба зазначити, що зв'язок між соматичною та психічною патологіями мультифакторний та складний. Дослідниками визначено, по меншій мірі, чотири категорії причинно-наслідкових зв'язків: а) психічний (насамперед, афективний) розлад — прямий наслідок соматичного захворювання; б) психічний розлад — психологічна реакція на соматичне захворювання (нозогенія); в) психічний розлад — наслідок побічних ефектів терапії соматичного захворювання (наприклад, при лікуванні β-адреноблокаторами); г) психічний розлад — самостійне коморбідне захворювання [18, 22].

В обґрунтуванні спорідненості патогенетичних механізмів і закономірностей розвитку психічних (насамперед, тривожно-депресивних, фобічних) і соматичних розладів сучасні дослідники спираються на поняття стресу як незмінно присутнього в тому й іншому випадку провокуючого чинника. Стресові впливи ініціюють виникнення дисфункціональних вегетативних зрушень, переважно симпатікотонічних, неспецифічних, але східних на початкових етапах розвитку і психічного, і соматичного захворювання. З одного боку, серед соматовегетативних порушень, закономірно притаманних психічним розладам, низка симптомів — коливання артеріального тиску, тахікардія, синусова аритмія, вазомоторна лабільність та ін. — цілком порівняні з початковими стадіями розвитку багатьох соматичних хвороб. З іншого боку, такі порушення астенічного кола, як головний біль, запаморочення, парестезії, підвищена втомлюваність, сенсорна гіперестезія, рівною мірою характерні для соматизованих варіантів депресивних (тривожних, фобічних) розладів і/або початкових етапів розвитку соматичного захворювання, наприклад, цереброваскулярної хвороби. Емоційний дискомфорт з тривожним відтінком, коливання настрою, які не оформилися ще у стійкий депресивний зсув — цілком характерні для усіх згаданих вище захворювань.

Ретельний аналіз клінічного змісту психічних розладів, виявлених у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі, дозволив зробити деякі висновки щодо диференціювання синдромального наповнення в залежності від соматичного діагнозу. В таблиці 2 наведені основні ІП провідних симптомів в усіх групах хворих. Незважаючи на клінічну близькість порівнюваних розладів, в їх проявах були істотні відмінності.

Таблиця 2

Порівняльний аналіз клінічного синдромального наповнення психічних розладів у пацієнтів загальносоматичної мережі в залежності від соматичного діагнозу

Синдром	Симптом	Середній ІП симптому (в балах) у хворих		
		неврологічної групи, *n* = 276	кардіологічної групи, *n* = 234	гастроентерологічної групи, *n* = 135
Астенічний	Підвищена фізична стомлюваність	4,11 ± 2,57	2,81 ± 1,88	5,10 ± 2,37**[1])
	Підвищена психічна стомлюваність	5,00 ± 1,66**	2,11 ± 2,50	3,21 ± 0,82
	Дратівлива слабкість	2,90 ± 2,61	2,07 ± 1,81	3,89 ± 1,00**
	Психічна гіперестезія	5,09 ± 2,37**	2,44 ± 1,66	3,86 ± 2,56
	Соматична гіперестезія	1,78 ± 1,75	1,89 ± 2,61	4,84 ± 2,57**
Афективний	Неадекватно знижений настрій	3,89 ± 1,51*	1,44 ± 1,86	4,56 ± 1,86**
	Неадекватно підвищений настрій	0,33 ± 0,28	0,11 ± 0,28	0
	Ідеаторна і моторна загальмованість	3,67 ± 1,71	0,78 ± 1,69	4,58 ± 1,07*
	Ідеаторна, моторна прискореність	0,22 ± 0,38	0,44 ± 0,75	0,12 ± 0,23
	Апатія	2,75 ± 1,69	1,44 ± 1,42	3,89 ± 2,71**
	Туга, смуток	2,50 ± 0,50	2,00 ± 1,00	5,00 ± 2,37**
	Тривога	2,67 ± 2,04	5,00 ± 0,82**	2,62 ± 1,81
	Добові коливання настрою	3,00 ± 1,22**	1,22 ± 1,19	2,67 ± 2,04
	Емоційна лабільність	3,11 ± 2,57**	5,00 ± 2,37**	2,56 ± 1,86**
	Суїцидальні думки, тенденції	0,33 ± 0,60	0,29 ± 0,36	0,89 ± 1,73
Обсесивний	Нав'язливі думки	0	4,44 ± 1,66**	1,28 ± 1,69
	Нав'язливий рахунок	0,11 ± 0,28	2,11 ± 2,50	1,50 ± 0,50
	Нав'язливі дії	0,67 ± 1,71	2,81 ± 1,88**	1,67 ± 1,81
	Ритуали	1,44 ± 1,86	1,67 ± 1,81	1,62 ± 1,81
	Дисморфофобії	0,22 ± 0,57	0,87 ± 1,16	0,42 ± 0,38
	Нав'язливі пригадування	0,84 ± 0,75	4, 00 ± 1,63	1,58 ± 1,81
	Фобії	1,89 ± 1,71	5,02 ± 1,34**	2,74 ± 1, 35
Дисоціативно/ конверсійний	Істеричні паралічі, парези, контрактури	0,44 ± 0,35	0	0,36 ± 0,20
	Демонстративність скарг, рентні установки	0,22 ± 0,38	0,11 ± 0,28	0,84 ± 0,75
	Істеричний «ком»	0,89 ± 0,73	0,67 ± 1,71	0,42 ± 0,38
	Істеричний тремор	1,44 ± 1,86	0,11 ± 0,28	0,89 ± 1,73
	Істеричні порушення чутливості	1,92 ± 1,71	0,22 ± 0,57	0,11 ± 0,28
Сенесто-іпохондричний	Фіксованість на власному здоров'ї	2,11 ± 2,50	1,28 ± 1,69	5,00 ± 1,66**
	Сенестопатії	2,00 ± 1,00	0,89 ± 1,73	3,84 ± 2,57**
Вегетативний	Розлади засинання	2,56 ± 1,86**	1,28 ± 1,69	2,74 ± 2,04
	Розлади глибини і тривалості сну	3,58 ± 1,00**	1,96 ± 2,50	3,67 ± 1,26
	Сонливість вдень	2,67 ± 1,81**	2,67 ± 1,81	2,84 ± 2,57
	Знижений АТ	2,56 ± 1,86	0	0,84 ± 0,75
	Підвищений АТ	0,29 ± 0,36	3,21 ± 0,82*	0,11 ± 0,28
	Головний біль	3,89 ± 1,02*	2,00 ± 2,71	1,26 ± 1,86
	Запаморочення	3,06 ± 1,86*	1,76 ± 1,16	2,00 ± 0,50
	Кардіалгії, дизритмії	0,22 ± 0,57	4,44 ± 1,66*	0,11 ± 0,28
	Порушення апетиту	0,67 ± 1,71	0,37 ± 0,36	3,00 ± 1,22*
	Диспепсичні розлади	0,22 ± 0,57	0,33 ± 0,60	5,00 ± 2,37**

** — $p < 0,01$; * — $p < 0,05$

Найбільша середня кількість симптомів у одного пацієнта спостерігалась у хворих з гастроентерологічним діагнозом (18,1), дещо менше — у пацієнтів з неврологічним діагнозом (14,8), значно менше — у кардіологічних хворих (8,0), хоча ці відмінності і не є статистично достовірними. Також мала місце різниця в середній інтенсивності одного симптому, яка була найвища у пацієнтів гастроентерологічної групи (2,26), в порівнянні з 1,92 — у пацієнтів з неврологічним діагнозом і 1,86 — у кардіологічних хворих.

У осіб з гастроентерологічними скаргами в клінічній картині психічних розладів превалювали астенічний, сенесто-іпохондричний і, частково — афективний (з переважанням депресивної симптоматики) симптомокомплекси ($p < 0,01$). Особи з кардіологічними захворюваннями відрізнялись наявністю афективного (тривожно-фобічного) та обсесивного симптомокомплексів ($p < 0,01$). Для неврологічних пацієнтів характерними були астенічний, афективний (як депресивний, так і тривожний його компоненти) та вегетативний симптомокомплекси ($p < 0,01$).

Виявлені відмінності також в частоті виникнення і вираженості окремих клінічних симптомів.

У кардіологічній групі спостерігався вищий ІП таких порушень як тривога ($p < 0,01$), фобії ($p < 0,01$), емоційна лабільність ($p < 0,01$), нав'язливі думки, дії та пригадування ($p < 0,01$), а також окремі показники вегетативної симптоматики: підвищений АТ та кардіалгії і дизритмії ($p < 0,05$).

У гастроентерологічній групі превалювали високі ІП таких порушень як підвищена фізична стомлюваність ($p < 0,01$), дратівлива слабкість ($p < 0,01$), фізична гіперестезія ($p < 0,01$), неадекватно знижений настрій ($p < 0,05$), ідеаторна і моторна загальмованість ($p < 0,05$), туга, смуток ($p < 0,01$), фіксованість на власному здоров'ї ($p < 0,01$), сенестопатії ($p < 0,01$), а також вегетативні показники: порушення апетиту ($p < 0,05$) та диспепсичні розлади ($p < 0,01$).

Серед пацієнтів неврологічної групи мали місце більшість вище перелічених симптомів, що були характерними для пацієнтів обох груп, проте, їх інтенсивність була значною. Винятком стали декілька симптомів: підвищена психічна стомлюваність ($p < 0,01$), психічна гіперестезія ($p < 0,01$), неадекватно знижений настрій ($p < 0,05$), добові коливання настрою ($p < 0,01$), а також агрипнічні розлади (засинання, тривалості і глибину сну, сонливість вдень) ($p < 0,01$), головний біль ($p < 0,05$) та запаморочення ($p < 0,05$).

Таким чином, клініко-психопатологічна симптоматика у хворих гастроентерологічного профілю відрізнялась астено-депресивно-іпохондричними включеннями, у кардіологічних пацієнтів — обсесивно-тривожно-фобічними, а у неврологічних хворих мав місце більший поліморфізм із змішаною симптоматикою із переважанням астено-депресивних вегетативних проявів.

Отримані нами результати свідчать про необхідність удосконалення існуючої системи надання спеціалізованої допомоги хворим первинної загальносоматичної мережі. На нашу думку, перспективним напрямком вирішення даної проблеми є створення денних психіатричних стаціонарів в поліклініках загальносоматичного профілю, що, з одного боку, відповідає вимогам концепції ВООЗ щодо раннього виявлення хвороб [1], а саме: захворювання, що виявляється, повинне мати велику медико-соціальну значимість; потрібно мати можливість діагностики латентної стадії; дослідження повинне бути прийнятним для населення; виявлення хворих необхідно зробити безперервним, а не епізодичним; повинна існувати можливість лікування виявленої хвороби, а з іншого — сучасній стратегії реформування вітчизняної системи надання психіатричної допомоги.

Список літератури

1. World Health Organization. Choosing interventions: effectiveness, quality, costs, gender and ethics (EQC). Global programme on evidence for health policy (GPE). — Geneva: WHO, 2000.
2. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care / [N. Sartorius, T. B. Ustun, Y. Lecrubier, H. U. Wittchen] // Br. J. Psychiatry. — 1996 (suppl). — P. 38—43.
3. Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain / K. Walters, E. Breeze, P. Wilkinson [et al.] // Am. J. Public. Health. — 2004 Oct; Vol. 94 (10). — P. 1768 — 74.
4. Strik J. J. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction / J. J. Strik, J. Denollet // J. Am. Coll. Cardiol. — 2003. — Vol. 42 (10). — P. 1801—1807.
5. Guthrie E. Симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения, у пациентов служб первичного звена медицинской помощи / E. Guthrie // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 315. — С. 32—39.
6. Aiarzaguena J. M. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms / J. M. Aiarzaguena, G. Grandes, I. Gaminde // Psychol. Medicine. — 2007. — Vol. 37. — P. 283—294.
7. Mandelli L. Improvement of cognitive functioning in mood disorder patients with depressive symptomatic recovery during treatment: an exploratory analysis / L. Mandelli, A. Serretti, C. Colombo // Psychiatr. Clin. Neurosci. — 2006. — Vol. 60. — P. 598—604.
8. Психокардиология / [А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов]. — М.: МИА, 2005. — 778 с.
9. Напрєєнко О. К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) / О. К. Напрєєнко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2002. — № 1. — С. 7—12.
10. Напреенко А. К. Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике / А. К. Напреенко, Н. Латчман // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1 (9) — С. 46—49.
11. Дзеружинська Н. О. Коморбідні психічні розлади у похилих пацієнтів загальної медичної (кардіологічної) практики : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Н. О. Дзеружинська. — К., 2003. — 28 с.
12. Підаєв А. В. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загальносоматичній мережі / А. В. Підаєв, С. І. Табачников // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9. — № 1 (32). — С. 4—5.
13. Подкорытов В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике / В. С. Подкорытов // Там само. — 2003. — Т. 9. — № 1 (32) — С. 69—71.
14. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. — Львів: Вид-во Мс. — 2004. — 208 с.
15. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. — К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. — 96 с.
16. Михайлов Б. В. Проблемы депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Здоров'я України. — 2006. — № 3 (136).— С. 18—19.
17. Марута Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // Там само. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
18. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» — на арену общемедицинской практики / М. В. Маркова // Medix. AntiAging. — 2009. — № 5 (11). — С. 18—22.
19. Соломко С. Б. Особливості патоморфозу, принципи диференційної діагностики й амбулаторної психотерапії сучасних соматоформних розладів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія» / С. Б. Соломко. — Х., 2010. — 18 с.
20. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х): Методичні рекомендації / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко. — Київ, 2009. — 40 с.
21. Табачников О. Ю. Непсихотичні психічні розлади у учнів шкіл нового типу (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні, психологічні закономірності формування, профілактика і корекція) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / О. Ю. Табачников. — Х., 2001. — 33 с.
22. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // Новости медицины и фармации. — 2008, № 243. — С. 71—74.

Надійшла до редакції 04.08.2010 р.

В. А. Демченко

Городская психоневрологическая больница № 2 г. Киева

Клинико-психопатологические особенности психических расстройств у пациентов общесоматического профиля в аспекте необходимости интеграции психиатрической помощи в первичную медико-санитарную сеть

Путем анкетирования и скринингового изучения 2894 пациентов Центральной поликлиники одного из районов г. Киева, выявлено 816 пациентов с психическими расстройствами. На основе их исследования установлена нозологическая структура, выделены синдромальные и симптоматические клинико-психопатологические особенности психических расстройств, присущих пациентам амбулаторного звена общесоматической сети. Сделан вывод о необходимости интеграции психиатрической помощи в первичную медико-санитарную сеть.

Ключевые слова: психические расстройства, общесоматическая сеть, интеграция.

V. A. Demchenko

Psychoneurological Hospital № 2, Kyiv

Clinic-psychopathologic features of psychiatric disorders in patients somatic profile in the sense of the need to integrate mental health care into primary health care network

Through questionnaires and screening study in 2894 patients in Central Polyclinic one of the districts of Kyiv, identified 816 patients with mental disorders. Based on their research, established nosological structure, syndromes and symptomatic clinical-psychopathological characteristics of mental disorders inherent in patients outpatient somatic network were selected. The need to integrate mental health care into primary health care network was justified.

Keywords: mental disorders, somatic network, integration.

УДК 616.8-008.64:616.89-008.441.44

Денисенко М. М., *аспирант отдела неотложной психиатрии и наркологии*
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОГЕННЫХ И ЭКЗОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

В соответствии с целью и задачами исследования нами обследовано 120 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями, в структуре которых выявлено суицидальное поведение (основная группа). Контрольную группу составили 30 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями без признаков суицидального поведения.

Проведенные исследования показали, что суицидальное поведение регистрируется в структуре соматовегетативных и тревожных вариантов депрессии с преобладанием сенсорных феноменов (расстройства общей чувствительности, психосенсорные и оптические нарушения) и выраженных соматовегетативных проявлений в виде вегетовисцеральных кризов, соматовегетативных проявлений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Выявленные особенности необходимо учитывать в профилактике суицидального поведения у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями.

Ключевые слова: эндогенные и экзогенные депрессии, суицидальное поведение, соматовегетативные и тревожные варианты депрессий, сенсорные расстройства и профилактика суицидального поведения

В настоящее время установлено, что депрессия является наиболее суицидоопасной формой патологии среди всех психических и поведенческих расстройств [2, 3, 8].

Высокий суицидальный потенциал присущ таким формам депрессивной патологии как биполярное расстройство, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, циклотимия, дистимия и невротическая депрессия [1, 5].

Пациенты с депрессией совершают суициды в 30 раз чаще, чем люди, не страдающими депрессиями.

Среди больных депрессиями 2/3 совершают суициды [4, 7].

15 % нелеченных пациентов с депрессиями умирают от суицида [7, 8, 9].

Выделение клинико-психопатологических характеристик депрессий, сопровождающихся суицидальным поведением, является важной диагностической и терапевтической задачей.

Целью данного исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей экзогенных и эндогенных депрессий, в структуре которых выявлено суицидальное поведение.

В соответствии с целью и задачами исследования нами обследовано 120 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями, в структуре которых выявлено суицидальное поведение (основная группа). Контрольную группу составили 30 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями без признаков суицидального поведения.

Среди больных основной группы были выделены следующие подгруппы: 30 больных с диагнозом депрессивный эпизод (F 32.1), 30 больных с диагнозом рекуррентной депрессии (F 33.1), 30 больных с диагнозом смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F 41.2), 30 больных, у которых диагностирована пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21).

Общая характеристика обследованных представлена в таблице 1.

Как свидетельствуют представленные данные, среди обследованных основной группы 51,6 % составляли женщины, а 48,3 % — мужчины.

При этом среди больных эндогенными депрессиями достоверно преобладали мужчины, а среди больных экзогенными — женщины.

Анализ возраста обследованных показал, что преобладающими возрастными категориями среди обследованных основной группы был возраст 40—49 лет (41,6 %) и 50—59 лет (31,6 %). В группе больных эндогенными депрессиями большая часть больных относилась к старшей возрастной группе (50—59 лет) (45,0 %), а в группе больных экзогенными депрессиями — к средней (40—49 лет) — 43,3 %.

Таблица 1

Общая характеристика больных с суицидальным поведением при эндогенных и экзогенных депрессиях

Показатель	Больные с F 32.1, F 33.1 (n = 60)	Больные с F 41.2, F 43.21 (n = 60)	Основная группа (n = 120)	Контрольная группа (n = 30)
Пол:				
— мужской	41 (68,3 %)	17 (28,3 %)*	58 (48,3 %)	16 (53,3 %)
— женский	19 (31,6 %)	43 (71,6 %)*	62 (51,6 %)	14 (46,6 %)
Возраст, лет:				
— 20—29	3 (5,0 %)	7 (11,6 %)	10 (8,3 %)	3 (10,0 %)
— 30—39	6 (10,0 %)	16 (26,6 %)	22 (18,3 %)	8 (26,6 %)
— 40—49	24 (40,0 %)	26 (43,3 %)	50 (41,6 %)	10 (33,3 %)
— 50—59	27 (45,0 %)	11 (18,3 %)*	38 (31,6 %)	9 (30,0 %)
Характер труда:				
— умственный	29 (48,3 %)	43 (71,61 %)	72 (60,0 %)	17 (56,6 %)
— физический	14 (23,3 %)	12 (20,01 %)	26 (21,6 %)	8 (26,6 %)
— не работает	17 (28,3 %)	5 (8,3 %)*	22 (18,3 %)	5 (16,6 %)
Семейное положение:				
— состоят в браке	23 (38,3 %)	34 (56,6 %)*	57 (47,5 %)	16 (53,3 %)
— разведены	18 (30,0 %)	11 (18,3 %)	29 (24,2 %)	6 (20,0 %)
— холост (не замужем)	19 (31,6 %)	15 (25,01 %)	34 (28,3 %)	8 (26,6 %)

Условные обозначения: * — достоверность различий между группами больных с эндогенными и экзогенными депрессиями ($p < 0,05$)

© Денисенко М. М., 2010

При изучении характера труда в группе обследованных установлено, что 60,0 % больных основной группы занимались умственным трудом, 21,6 % — физическим, 18,3 % — не работали. При сравнении больных с эндогенными и экзогенными депрессиями установлено, что среди последних достоверно реже встречались неработающие пациенты (28,3 % и 8,3 %, при $p < 0,05$).

Анализ семейного положения пациентов показал, что в основной группе 47,5 % обследованных состояли в браке, 24,2 % были разведены и 28,3 % были холостыми (не замужними).

Сравнение семейного положения в группах показало, что среди пациентов с эндогенными депрессиями лиц, состоящих в браке, было достоверно меньше ($p < 0,05$).

Пациенты контрольной группы по полу, возрасту, характеру труда и семейному положению, достоверно не отличались от больных основной группы.

Изучение вариантов суицидального поведения у больных с эндогенными и экзогенными депрессиями свидетельствует о том, что наиболее часто у больных с депрессиями основной группы регистрировались суицидальные представления (58,3 %), суицидальные мысли (57,5 %) и суицидальные переживания (53,3 %) (табл. 2). У 13,3 % обследованных отмечались суицидальные замыслы, а у 5,8 % — суицидальные попытки в прошлом.

Таблица 2

Варианты суицидального поведения у больных с эндогенными и экзогенными депрессиями

Вариант поведения	Больные с F 32.1, F 33.1 ($n = 60$)	Больные с F 41.2, F 43.21 ($n = 60$)	Основная группа ($n = 120$)
Суицидальные мысли	52 (86,6 %)*	17 (28,3 %)	69 (57,5 %)
Суицидальные представления	27 (45,0 %)	43 (71,6 %)*	70 (58,3 %)
Суицидальные переживания	41 (68,3 %)*	23 (38,3 %)	64 (53,3 %)
Суицидальные замыслы	12 (20,0 %)	4 (6,6 %)	16 (13,3 %)
Суицидальные попытки в прошлом	7 (11,6 %)	—	7 (5,8 %)

Условные обозначения:
* — достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями ($p < 0,001$)

Сравнение суицидального поведения у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями показало, что у больных эндогенными депрессиями достоверно чаще встречались суицидальные мысли (86,6 % и 28,3 %, $p < 0,05$) и суицидальные переживания (71,6 % и 45,0 %, $p < 0,05$), а у пациентов с экзогенными — суицидальные переживания (68,3 % и 38,3 %, $p < 0,05$). Суицидальные замыслы чаще отмечались у больных с эндогенными депрессиями, а суицидальные попытки регистрировались лишь у больных с эндогенными депрессиями.

В целом, суицидальное поведение у больных депрессиями характеризовалось преобладанием суицидальных представлений, мыслей и переживаний (58,3 %, 57,5 % и 53,3 %). Суицидальные замыслы регистрировались у 13,3 % больных, а суицидальные попытки в прошлом — у 5,8 %.

При изучении основных вариантов депрессивного синдрома в группах обследованных установлено, что у больных основной группы преобладающими были соматовегетативный (63,3 %) и тревожный (50,8 %) варианты, реже встречались меланхолический (22,5 %) и астенический (15,8 %), редко — слезливый (5,0 %) и обсессивный (5,8 %) варианты (табл. 3).

Основная группа от контроля отличалась достоверным преобладанием соматовегетативного и тревожного вариантов, в то же время у больных контрольной группы достоверно чаще встречались астенический и адинамический варианты ($p < 0,05$).

У больных с эндогенными депрессиями наиболее часто встречались соматовегетативный вариант (61,6 %) и тревожный вариант (53,3 %), реже — апатический (21,6 %) и сенестопатический (14,8 %) варианты, редко — астенический (5,0 %) и обсессивный (5,0 %) варианты (*см*. табл. 3).

У больных с экзогенными депрессиями также доминировали соматовегетативный (65,0 %) и тревожный (48,3 %) варианты. Достоверно чаще у этих пациентов регистрировались астенический (26,6 %) и ипохондрический (20,0 %) варианты. Редко в этой группе отмечались адинамический (1,6 %) и слезливый (3,3 %) варианты. У больных с экзогенными депрессиями не выявлены апатический, меланхолический и сенестопатический варианты депрессивного синдрома.

У больных контрольной группы наиболее распространенными были астенический (76,6 %) и адинамический (56,6 %) варианты, реже встречались астенический (23,3 %) и ипохондрический (13,3 %) варианты, редко — слезливый и обсессивный варианты (3,3 % и 3,3 %) соответственно.

Следовательно, у больных с суицидальным поведением при эндогенных и экзогенных депрессиях доминировали соматовегетативный и тревожный варианты депрессии, а у больных без суицидального поведения — астенический и адинамический.

Таблица 3

Основные варианты депрессивного синдрома в группах обследованных

Вариант депрессии	Больные с 32.1, F 33.1 ($n = 60$)	Больные с F 41.2, F 43.21 ($n = 60$)	Основная группа ($n = 120$)	Контрольная группа ($n = 30$)
Астеническая	3 (5,0 %)	16 (26,6 %)**	19 (15,8 %)*	23 (76,6 %)
Адинамическая	8 (13,3 %)	1 (1,6 %)	9 (7,5 %)*	17 (56,6 %)
Апатическая	13 (21,6 %)	—	13 (10,8 %)	3 (10,0 %)
Тревожная	32 (53,3 %)	29 (48,3 %)	61 (50,8 %)*	2 (6,6 %)
Меланхолическая	27 (45,0 %)	—	27 (22,5 %)	3 (10,0 %)
Сенестопатическая	9 (14,8 %)	—	9 (7,5 %)	2 (6,6 %)
Ипохондрическая	2 (3,3 %)	12 (20,0 %)**	14 (11,7 %)	4 (13,3 %)
Соматовегетативная	37 (61,6 %)	39 (65,0 %)	76 (63,3 %)*	7 (23,3 %)
Слезливая	4 (6,6 %)	2 (3,3 %)	6 (5,0 %)	1 (3,3 %)
Обсессивная	3 (5,0 %)	4 (6,6 %)	7 (5,8 %)	1 (3,3 %)

Условные обозначения: * — достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,05$); ** — достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями ($p < 0,05$)

Анализ феноменологической структуры депрессий у пациентов основной и контрольной группы показал, что основными составляющими депрессий во всех группах обследованных были двигательные, сенсорные, соматовегетативные и эмоционально-аффективные расстройства (табл. 4).

У больных основной группы преобладали эмоционально-аффективные (100 %) и соматовегетативные нарушения (93,3 %), достаточно часто встречались сенсорные (58,3 %) и двигательные расстройства (49,2 %). При сравнении с контролем выявлено достоверное преобладание сенсорных нарушений у больных основной группы ($p < 0,05$).

У больных с эндогенными депрессиями достоверно чаще встречались двигательные (70,0 %), а у больных экзогенными — сенсорные нарушения (81,7 %, $p < 0,05$).

Двигательные нарушения у больных всех групп проявлялись в виде гипомимии, мышечной адинамии и заторможенности.

У больных с экзогенными депрессиями эти симптомы характеризовались рудиментарностью, ситуационной обусловленностью, зависели от выраженности внешних факторов.

Структура сенсорных нарушений у больных включала нарушения общей чувствительности, психосенсорные расстройства и нарушения зрения. Нарушения общей чувствительности проявлялись в виде парестезий, расстройства зрения — в виде скотом, астенопий и фотопсий, а психосенсорные — в виде «колебания почвы под ногами», «пошатывания окружающих предметов». Как отмечалось выше, сенсорные нарушения чаще встречались у больных с экзогенными депрессиями, характеризовались диссоциацией с данными неврологического, офтальмологического и отоларингологического исследования.

Результаты исследования соматовегетативных нарушений у больных с суицидальным поведением при депрессиях представлены в таблице 5.

Таблица 4

Основные клинические проявления у больных с суицидальным поведением при эндогенных и экзогенных депрессиях (*% ± m %*)

Клинические проявления	Больные с F 32.1, F 33.1 ($n = 60$)	Больные с F 41.2, F 43.21 ($n = 60$)	Основная группа ($n = 120$)	Контрольная группа ($n = 30$)
Двигательные	70,0±7,9**	28,3±5,2	49,2±5,8	36,6±4,9
Сенсорные	35,0±6,8**	81,7±8,8	58,3±6,1*	23,3±3,8
Соматовегетативные	90,0±9,2	96,6±9,3	93,3±8,3	90,0±7,6
Эмоционально-аффективные	100,0	100,0	100,0	100,0

Условные обозначения:
* — достоверность различий с контрольной группой ($p < 0,05$)
** — достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями ($p < 0,05$)

Таблица 5

Соматовегетативные нарушения у больных с суицидальным поведением при эндогенных и экзогенных депрессиях (*% ± m %*)

Клинические проявления	Больные с F 32.1 F 33.1 ($n = 60$)	Больные с F 41.2 F 43.21 ($n = 60$)	Основная группа ($n = 120$)	Контрольная группа ($n = 30$)
Нарушения сердечно-сосудистой системы:	48,3±7,5**	81,6±9,9	65,0±9,7*	36,6±7,4
— кардиалгии	8,3±2,7**	60,0±8,3	34,2±6,3	26,6±6,5
— нарушения ритма сердца	35,0±7,2	31,6±3,7	33,3±4,8	23,3±2,6
— вегетососудистая дистония	21,7±4,4**	46,6±5,5	34,2±5,1	16,6±5,8
Нарушения дыхания:	36,7±5,6	33,3±6,1	35,0±6,0*	18,3±3,2
— ларингоспазм	13,3±2,9	21,6±3,9	17,5±2,9	11,6±2,6
— расстройства дыхательного ритма	20,0±3,2	15,0±2,7	17,5±3,1	8,3±3,1
— кашель	3,3±0,5	3,3±0,9	3,3±0,8	—
Нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта	71,6±8,8**	21,6±4,7	46,6±5,2	33,3±6,4
— нарушение функции желудка (аэрофагия, отрыжка, рвота, гастралгия)	53,3±7,8**	13,3±3,2	33,3±4,8	23,3±2,7
— нарушение функции кишечника (колики, вздутие, запоры)	23,3±5,1	15,0±2,4	19,9±4,3	16,6±4,1
Нарушения со стороны мочевыделительной системы	8,3±2,7**	28,3±4,4	18,3±3,9	23,3±3,7
— поллакиурия	8,3±2,1**	21,6±4,6	15,0±2,9	13,3±2,4
— полиурия	—	6,6±1,8	3,3±0,8	10,0±3,4
Психалгии	46,6±6,6**	76,6±9,3	61,6±8,4	53,3±7,8
Сексуальные нарушения (расстройство либидо, эрекции, эякуляция)	38,3±7,8	31,6±7,2	35,0±6,1	26,6±4,5
Снижение массы тела	65,0±8,7**	47,0±5,7	55,0±7,3	43,3±7,4
Гипергидроз	18,3±3,0	26,6±4,1	22,5±4,1	30,0±5,6
Вегетовисцеральные кризы	75,0±7,6	61,6±4,2	68,3±8,1*	46,6±6,3
— симпатоадреналовые	8,3±1,7	13,3±3,2	33,3±4,3	10,0±2,7
— вагоинсулярные	18,3±4,2	16,6±2,1	15,8±2,3	13,3±3,2
— смешанные	48,3±4,6	31,6±3,9	19,1±4,9	23,3±4,1

Условные обозначения:
* — достоверность различий с контрольной группой ($p < 0,05$)
** — достоверность различий между группами больных с экзогенными и эндогенными депрессиями ($p < 0,05$)

Как свидетельствуют представленные данные, у большинства больных основной группы в клинической характеристике преобладали вегетовисцеральные кризы (68,3 %), нарушения сердечно-сосудистой системы (65,0 %) в виде кардиалгий, нарушения ритма сердца и вегетососудистой дистонии, а также — психалгии (61,6 %).

Реже у этих пациентов регистрировались снижение массы тела (55,0 %), нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (46,6 %) в виде нарушений функций желудка (аэрофагия, отрыжка, рвота, гастралгия) и кишечника (колики, вздутия, запоры), а также нарушения дыхания (ларингоспазм, расстройства ритма дыхания, кашель) — у 35,0 % и сексуальные нарушения (расстройство либидо, эрекции, эякуляции) — у 35,0 %. У меньшего числа обследованных выявлены нарушения со стороны мочевыделительной системы (поллакиурия, полиурия) — 18,3 % и гипергидроз (22,5 %).

При сопоставлении соматовегетативных нарушений у больных с эндогенными и экзогенными депрессиями выявлено, что у больных с эндогенными депрессиями достоверно чаще встречались нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (71,6 % и 21,6 %, $p < 0,05$) и снижение массы тела (65,0 % и 47,0 %, $p < 0,05$), мочевыделительной системы (28,3 % и 8,3 %, $p < 0,05$) и психалгии (76,6 % и 46,6 %, $p < 0,05$).

Сравнение соматовегетативных нарушений у больных основной и контрольной группы свидетельствовало о том, что у больных с суицидальным поведением достоверно преобладали нарушения сердечно-сосудистой системы (65,0 % и 36,6 %, $p < 0,001$), нарушения дыхания (35,0 % и 18,3 %, $p < 0,05$) и вегетовисцеральные кризы (68,3 % и 46,6 %, $p < 0,05$).

Следовательно, в группе больных с суицидальным поведением при депрессиях клиническая картина заболевания характеризовалась достоверным преобладанием вегетовисцеральных кризов, соматовегетативных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

При этом у больных с суицидальным поведением при эндогенных депрессиях ведущими в клинической картине были соматовегетативные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и снижение массы тела, а у больных с экзогенными депрессиями — нарушения со стороны сердечно-сосудистой, мочеполовой систем и психалгии.

Таким образом, проведенные исследования показали, что суицидальное поведение регистрируется в структуре соматовегетативных и тревожных вариантов депрессии с преобладанием сенсорных феноменов (расстройства общей чувствительности, психосенсорные и оптические нарушения) и выраженных соматовегетативных проявлений в виде вегетовисцеральных кризов, соматовегетативных расстройств со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Выявленные особенности необходимо учитывать в профилактике суицидального поведения у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями.

Список литературы

1. Бабюк І. О. Суїцидальна поведінка у хворих з першим епізодом психозу / Бабюк І. О., Ушенін С. Г., Осокина О. І. // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54).

2. Бачериков А. М. Психодіагностичні предиктори суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади / Бачериков А. М., Ткаченко Т. В. // Там само. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 154.

3. Войцех В. Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения / Войцех В. Ф. // Клинические Павловские чтения: Сб. работ. Вып. V. «Кризисные состояния. Суицидальное поведение» : под общ. ред. А. В. Курпатова. — СПб.: Человек, 2002. — С. 13—18.

4. Дмитриева Т. Б. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения / Дмитриева Т. Б, Положий Б. С. // Вестник Российской Академии медицинских наук. — 2006. —№ 8. — С. 18—22.

5. Марута Н. А. Суицидальный риск у больных невротическими расстройствами / Марута Н. А., Явдак И. А., Денисенко М. М. // Український вісник психоневрології. — 2007.— Т. 15, вип. 1(50), додаток. — С. 208.

6. Подкорытов В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике / Подкорытов В. С. // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9. — № 1(32). — С. 69—71.

7. Розанов В. А. Факторы внешней среды и суицидальное поведение человека (экологическая модель суицида) / Розанов В. А. // Вестник Биологической психиатрии (электронный бюллетень Российского (РОБП) и Украинского общества биологической психиатрии (УОБП). — 2004 — № 7.— С. 15—25. — Режим доступа к журналу: http://rus-neuroscience-soc.bm-science.com.

8. Смулевич А. Б. Депрессии и суицидальное поведение / Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Козырев В. Н. В кн.: Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003. — С. 191—210.

9. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. — М., 2005. — 376 с.

Надійшла до редакції 15.07.2010 р.

М. М. Денисенко

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

Клініко-психопатологічна характеристика ендогенних та екзогенних депресій, які супроводжуються суїцидальною поведінкою

Обстежено 120 хворих з ендогенними та екзогенними депресіями, у структурі яких виявлена суїцидальна поведінка (основна група). Контрольну групу склали 30 хворих з ендогенними та екзогенними депресіями без ознак суїцидальної поведінки.

Проведені дослідження показали, що суїцидальна поведінка реєструється в структурі соматовегетативних та тривожних варіантів депресії з переважанням сенсорних феноменів (розлади загальної чутливості, психосенсорні та оптичні порушення) та виражених соматовегетативних проявів у вигляді вегето-вісцеральних кризів, соматовегетативних порушень з боку серцево-судинної та дихальної системи. Виявлені особливості необхідно враховувати у профілактиці суїцидальної поведінки у хворих с екзогенними та ендогенними депресіями.

Ключові слова: екзогенні та ендогенні депресії, суїцидальна поведінка, соматовегетативні та тривожні варіанти депресій, сенсорні розлади і профілактика суїцидальної поведінки

M. M. Denysenko

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

Clinical-psychopathological characteristics of endogenous and exogenous depressions accompanied by a suicidal behavior

We examined 120 patients with endogenous and exogenous depressions in the structure of which a suicidal behavior was detected (the main group). The control group consisted of 30 patients with endogenous and exogenous depressions without signs of a suicidal behavior.

The investigations demonstrated that a suicidal behavior was registered in the structure of somatic-autonomous and anxious variants of depressions with predominance of sensory phenomena (general sensory disorders, psychosensory and visual impairments) and pronounced somatic-autonomous manifestations in the form of autonomous-visceral crises, somatic-vegetative manifestations on the side of cardiovascular and respiratory systems. It is necessary to take into account the peculiarities detected in prevention of a suicidal behavior in patients with endogenous and exogenous depressions.

Key words: endogenous and exogenous depressions, suicidal behavior, somatic-autonomous and anxious variants of depressions, sensory disorders, prevention of a suicidal behavior.

УДК 616.8-009.12:616.89-008.12

И. И. Марценковская
Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

Гиперкинетическое расстройство (ГКР) — одно из наиболее распространенных психических расстройств в детском возрасте, с которым связано тяжелое бремя социальных проблем и экономических потерь. В 2008 и 2009 годах заболеваемость ГКР в Украине составляла 18,3 и 19,5; распространенность — 76,8 и 96,0 на 100 000 детского населения. РДВГ было диагностировано у 12,2 %, ГКР — 4,1 % киевских школьников. У детей из малообеспеченных и социально неблагополучных семей расстройство встречалось в 2,24—3,7 раза чаще. У 31,7 % школьников с РДВГ диагностированы коморбидные оппозиционно-вызывающее, у 39,4 % — антисоциальное расстройства поведения. Дети с ГКР имеют более высокий уровень травматизма, чаще употребляют алкоголь и наркотики. Терапия метилфенидатом снижает риск антисоциального поведения, зависимости от алкоголя и наркотиков. Риск совершения правонарушений несовершеннолетними с ГКР коррелирует с их поздней терапией. В 2009 году за совершение тяжких насильственных преступлений в Украине отбывали наказание 1469 подростков. Все школьники с ГКР имели нормальный уровень развития интеллекта, но многие из них испытывали серьезные академические проблемы. Школьники с ГКР чаще имели нарушения семейной адаптации и худшее качество жизни. Делается вывод о важности изучения ГКР через призму социальной психиатрии.

Ключевые слова: РДВГ, ГКР, антисоциальное поведение, школьная неуспешность, качество жизни

Расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (нарушение активности и внимания, гиперкинетическое расстройство поведения) (РДВГ) относятся к числу наиболее распространенных психических расстройств в детском и подростковом возрасте.

Согласно различным оценкам распространенность РДВГ в разных культурах варьирует от 4 % до 19 % [1, 2].

В Украине расстройство часто не диагностируется. Его ключевые проявления (двигательная расторможенность, импульсивность, невнимательность) ошибочно трактуются, как проявления органического поражения ЦНС или проявления клинической вариативности коморбидных психических расстройств (тревожно-фобических, депрессивного, тикозного).

В течение последних двух лет качество диагностики РДВГ улучшилось, зарегистрированная медицинской статистикой заболеваемость выросла. В 2008 и 2009 годах показатели заболеваемости РДВГ в Украине составляли соответственно 18,3 и 19,5; распространенности — 76,8 и 96,0 на 100 000 детского населения. В 5 регионах страны: Донецкой, Днепропетровской, Одесской, Полтавской, Ровенской областях показатели заболеваемости в 2009 году варьировали в диапазоне от 108 до 185, а показатели распространенности — от 425 до 998 на 100 000 детского населения. В Херсонской, Волынской, Тернопольской, Винницкой, Закарпатской и Николаевской областях диагностированная заболеваемость РДВГ в 2009 году была ниже 25, распространенность — ниже 75 на 100 000 детского населения.

В УНИИССПН в 2008—2009 годах в процессе исследования распространенности РДВГ были рандомизированы 646 киевских детей школьного возраста. Первую группу составили 482 учащихся (218 мальчиков, 264 девочки) одной из общеобразовательных школ. Во вторую группу вошли 164 школьника (120 мальчиков, 44 девочки), обучавшихся в специальной (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости) школе [3].

Обследование включало: 1) скрининг родителей детей при помощи русскоязычных версий «Списка детских симптомов» (СДС-4) — «Child Symptom Inventory» [4] и «Контрольного перечня проявлений детского поведения» (КПДП) — «Child Behavior Checklist» [5, 6]; 2) скрининг классных руководителей учащихся при помощи учительского варианта русскоязычной версии «Шкалы Вандербильта» — «NICHQ Vanderbilt», разработанной в Национальном институте качества жизни детей США [7].

РДВГ было диагностировано у 12,2 % учащихся одной из общеобразовательных школ. В МКБ-10 для диагностики гиперкинетического расстройства (ГКР) применяются более жесткие, чем для РДВГ в DSM-IV диагностические критерии: требуется обязательное наличие патологических уровней, как невнимательности, так и гиперактивности и импульсивности, которые проявляются при широком спектре разнообразных ситуаций и устойчиво сохраняются во времени. В настоящем исследовании ГКР было диагностировано у 4,1 % рандомизированных детей [8].

Ежегодно проводятся многочисленные исследования, направленные на решение широкого круга вопросов, связанных с течением расстройства, определением его клинических границ, разграничением его с коморбидными расстройствами. Важное значение имеют исследования, направленные на изучение РДВГ через призму социальной психиатрии: изучается эффективность инновационных социальных вмешательств, новых методов психосоциальной терапии, бремя социальных проблем и экономических потерь.

В недавнем исследовании, проведенном в США, установлено, что существуют значительные расхождения в диагностике и лечении РДВГ в зависимости от социально-экономического статуса пациентов и их семей: в бедных семьях, семьях эмигрантов и беженцев у детей с нарушениями внимания и активности вероятность диагностики РДВГ была выше, чем в материально обеспеченных, а вероятность комплексной психосоциальной помощи — ниже [9]. В нашем исследовании, в специальной школе, где преобладали дети из малообеспеченных и социально плохо интегрированных семей, РДВГ встречалось в 2,24 раза, ГКР — 3,7 раз чаще, чем у учащихся общеобразовательной школы [10].

РДВГ также связано с широким спектром долгосрочных социальных проблем: преступностью, зависимостью от психоактивных веществ и алкоголя, академическими проблемами в учебном заведении, более низким социальным статусом в последующей жизни, частыми попаданиями в дорожно-транспортные происшествия, а также большим риском семейной дезадаптации, распространенностью разводов [11—17].

Расстройства поведения и обусловленная ими преступность тесно связаны с РДВГ. Оппозиционность и импульсивность в дошкольном возрасте нередко становятся предпосылкой формирования асоциального поведения у подростков. В УНИИССПН на выборке киевских школьников было установлено, что у 31,7 % детей с РДВГ выполнялись диагностические критерии коморбидного оппозиционно-вызывающего, у 39,4 % — антисоциального расстройства поведения [10].

Еще в 60-х годах в клиническую практику стран Европы и США были введены терапия метилфенидатом и программа поведенческой терапии. Это уменьшило уровень криминального поведения, алкоголизации и наркотиза-

© Марценковська І. І. , 2010

ции в подростковой популяции, позволило многим детям с асоциальным и оппозиционно-демонстративным поведением завершить школьное образование и интегрироваться в общество. Внедрение мультисистемной терапии в Великобритании, например, позволило снизить риск повторных правонарушений на 50 %.

Основными факторами, коррелирующими с увеличением риска совершения правонарушений несовершеннолетними, является их социальная и педагогическая запущенность, поздняя терапия РДВГ. В 2009 году в 10 специальных воспитательных учреждениях Государственной криминально-исполнительной службы Украины отбывали наказание 1469 подростков, из которых 94 девушки. Более половины (53 %) несовершеннолетних были осуждены за совершение тяжких насильственных преступлений: умышленные убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, грабежи, разбой.

В одном из исследований, представленных на совещании Американской академии детской и подростковой психиатрии в октябре 2008 года, докладывались новые данные о связи между РДВГ и употреблением психоактивных веществ. Анализ данных показал, что девочки, которые получали лечение психостимуляторами, имели значительно ниже риск развития токсикомании и курения в возрасте 16 лет, чем те, кто не получал такого лечения [18]. Это исследование является последним в серии аналогичных сообщений о профилактическом эффекте терапии психостимуляторами для формирования зависимых от алкоголя и наркотиков форм поведения [19].

Целый ряд исследований в детской психиатрии посвящен оценке качества жизни детей и взрослых с РДВГ. Установлено, что РДВГ влияет на качество жизни пациентов и их семей в степени, сопоставимой с хроническими заболеваниями внутренних органов. Например, показано, что родители детей с впервые диагностированными случаями РДВГ оценивали качество жизни своих детей в среднем хуже, чем здоровых или страдающих бронхиальной астмой [20]. Еще одно исследование, в котором использовались различные шкалы самооценок детей, продемонстрировало, что качество жизни пациентов с РДВГ было нарушено до такой степени, что было сопоставимо с тем, которое имели дети с онкологическими заболеваниями и церебральным параличом [21].

Было также показано, что качество жизни детей и подростков с РДВГ и коморбидными психическими расстройствами, такими как оппозиционно-демонстративное или аффективное расстройства хуже, чем у лиц без коморбидных нарушений психики [22].

Проблема влияния РДВГ на качество жизни была разработана и для взрослых пациентов [23, 24]. Проблемы, с которыми они сталкиваются, отличаются от детских. Неорганизованность, непоследовательность, импульсивность у таких пациентов в большей степени связаны с проблемами на роботе и в семье.

Любые психические заболевания, манифестирующие в детском возрасте, являются тяжелым экономическим бременем для общества. Значительных финансовых затрат требует длительное медикаментозное лечение, медицинская и социальная реабилитация, специальное образование, опека инвалидов. Не менее значимы для общества косвенные убытки, связанные с ограничением социальной активности членов семьи больного ребенка. Поведенческие расстройства подросткового возраста существенно увеличивают стоимость социальной, образовательной, уголовной и юридической систем.

Экономические издержки общества, связанные с РДВГ являются значительными [25—27]. В странах Европы и США прямые медицинские расходы на детей с РДВГ почти в два раза выше, чем на детей, не имеющих заболеваний психики и поведения. В 2007 году опубликованы результаты специального фармакоэкономического исследования, обобщившего результаты 13 исследований, проведенных в разных регионах Европы и США [26]. Было показано, что вне зависимости от модели оказания психиатрической помощи детям, ежегодные расходы на одного ребенка с РДВГ стабильно высокие в различных регионах мира и варьируют от $12005 до $17458. Бремя расходов, связанных с РДВГ, в США превышает $40 млрд. долларов в год [25—27].

Образование детей с РДВГ требует значительных ресурсов в связи с затратами на школьную интеграцию, коррекцию задержек формирования школьных навыков и речи.

Академическая успешность детей с нарушениями внимания, активности и импульс-контроля хуже, чем у здоровых детей, но лучше, чем у детей с умственной отсталостью. В нашем исследовании все дети общеобразовательной и специальной школ Киева имели нормальный уровень развития интеллекта, но многие учащиеся с РДВГ испытывали серьезные академические трудности. Эти трудности имели место вне зависимости от того, были у учащихся специфические расстройства развития школьных навыков или нет и проявлялись в том, что учащиеся не могли использовать свои когнитивные навыки в повседневной жизни в полной мере [28].

Если научение трактовать широко, рассматривая в качестве его нарушений любые случаи выполнения заданий ниже ожидаемого уровня, то 80 % детей с РДВГ в исследовании УНИИССПН могут быть оценены как нуждающиеся в специальной педагогической коррекции. Однако, если определить эти расстройства более узко, как значительные затруднения в чтении, счете или письме в сравнении с общей интеллектуальной деятельностью ребенка или достижениями в той или другой из этих сфер деятельности, их доля не будет превышать 15 %. В нашем исследовании в общеобразовательной школе таких детей было 13,6 %, в специальной — 44,4 [3].

Общеобразовательные школы в Украине плохо интегрируют детей с РДВГ. Наиболее тяжелые варианты школьной дезадаптации в нашем исследовании наблюдались у детей с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Такие дети, среди которых преобладали мальчики, нередко необоснованно переводились на индивидуальное обучение. Инициатором переводов обычно выступала школьная администрация. Специальные школы для детей с нарушениями школьной адаптации, по-видимому, создают лучшие условия для интеграции детей с РПДВГ. Это приводит к накоплению в специальных школах мальчиков с гиперактивностью и импульсивностью.

Дети с преобладанием невнимательности имеют лучшие возможности для интеграции, как в общеобразовательных, так и в специальных школах. Девочки с тяжелыми формами невнимательности несколько чаще, чем мальчики, переводятся в специальные школы. Такие переводы обычно инициируется родителями детей, и мотивируются большими возможностями для педагогической коррекции ассоциированных с нарушениями концентрационной функции внимания расстройства школьных навыков.

РДВГ влияет на ключевые сферы социального функционирования больного ребенка и членов его семьи, обуславливает значительные социальные издержки для общества. Делается вывод о важности раннего выявления, оценки и типологизации нарушений внимания, активности и поведения у детей для планирования педагогических, психологических и медицинских вмешательств, направленных на обеспечение школьной интеграции, академической успешности учащихся, профилактику антисоциального поведения и социальной дезадаптации.

Список литературы

1. The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) / [Schlack R., Hölling H., Kurth B. M. et al.] / Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. — 2007. — V. 50. — P. 827—835.
2. Visser S. N. National estimates and factors associated with medication treatment for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder / [Visser S. N., Lesesne C. A., Perou R.] / Pediatrics. — 2007. — V. 119. — P. 99—106.
3. Марценковська І. І. Неуважність, гіперактивність і імпульсивність як чинники академічної неуспішності у школярів / І. І. Марценковська // Український вісник психоневрології. — Харків, 2009. — Т. 17, вип. 4 (61). — С. 34-38.
4. Gadow K. D. Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual / Gadow K. D., Sprafkin J. — Stony Brook, NY: Checkmate Plus, 2002. — 432 p.
5. Achenbach T. M. The child behaviour profile: I. Boys aged 6—11 / T. M. Achenbach // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1978. — V. 46. — P. 478—488.
6. Carter A. S. A Russian adaptation of the Child Behavior Checklist: psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family function / Carter A. S., Grigorenko E. L., Pauls D. L. // J. Abnorm. Child Psychol. — 1995, Dec. — V. 23. — N. 6 — P. 661—684.
7. Wolraich M. L. Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale (VADPRS). — Cambridge MA, American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Healthcare Quality, 2003b. — 137 p.
8. Марценковская И. И. Гиперкинетическое и коморбидные психические расстройства у детей / И. И. Марценковская // Нейро-News: психоневрология и нейропсихиатрия. —2009, № 8 (19). — С. 48—52.
9. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children / [Froehlich T. E., Lanphear B. P., Epstein J. N. et al.] / Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2007. — V. 161. — P. 857—864.
10. Табачников С. И. Нарушения активности и внимания как предикторы поведенческой дезадаптации и академической неуспешности у школьников / Табачников С. И., Марценковская И. И. // Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань: Матеріали Наук.-практ. конф. з міжнародною участю (Харків, 28—29 січня 2010р.) / Міністерство охорони здоров'я України, Харківська медична академія післядипломної освіти — Х.: ФО-П Шейнина Е. В., 2010. — С. 117—118.
11. Barkley R. A. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance / Barkley R. A., Cox D. // J. Safety Res. — 2007. — V. 38 — P. 113—128.
12. Mannuzza S. Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study / Mannuzza S., Klein R. G., Addalli K. A. // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1991. — V. 30 — P. 743—751.
13. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up / [Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al.] // Ibid. — 1997. — V. 36. — P. 1222—1227.
14. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status / [Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — V. 50. — P. 565—576.
15. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up / [Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al.] // Am. J. Psychiatry. — 1998. — V. 155. — P. 493—498.
16. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status / [Mannuzza S., Klein R. G., Bonagura N. et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1991. — V. 48. — P. 77—83.
17. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status / [Mannuzza S., Klein R. G., Konig P. H. et al.] // Ibid. — 1989. — V. 46. — P. 1073—1079.
18. Impact of prior stimulant treatment for ADHD in the subsequent risk for cigarette smoking, alcohol, and drug use disorders in adolescent girls / [Wilens T. E., Adamson J., Monuteaux M. et al.] // Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — October 31, 2008. — Chicago, Illinois. — Poster 4.29.
19. Volkow N. D. Does childhood treatment of ADHD with stimulant medication affect substance abuse in adulthood / Volkow N. D., Swanson J. M. // Am. J. Psychiatry. — 2008. — V. 165. — P. 553—555.
20. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children / [Escobar R., Soutullo C. A., Hervas A. et al.] // Pediatrics. — 2005. — V. 116. — P. 364 — 369.
21. Varni J. W. The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based study / Varni J. W., Burwinkle T. M. // Health Qua. l Life Outcomes. — 2006. — V. 4. — P. 26.
22. Klassen A. F. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder / Klassen A. F., Miller A., Fine S. // Pediatrics. — 2004. — V. 114. — P. 541— 547.
23. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure / [Brod M., Johnston J., Able S. et al.] // Qual. Life Res. — 2006. — V. 15. — P. 117—129.
24. Landgraf J. M. Monitoring quality of life in adults with ADHD: reliability and validity of a new measure / J. M. Landgraf // J. Atten. Disord. — 2007. — V. 11. — P. 351—362.
25. Leibson C. L. Economic implications of attention-deficit hyperactivity disorder for healthcare systems / Leibson C. L., Long K. H. // Pharmacoeconomics. — 2003. — V. 21. — P. 1239—1262.
26. Pelham W. E. The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents / Pelham W. E., Foster E. M., Robb J. A. // Ambul. Pediatr. — 2007. — V. 7. — P. 121—131.
27. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children: excess costs before and after initial diagnosis and treatment cost differences by ethnicity / [Ray G. T., Levine P., Croen L. A. et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2006. — V. 160. — P. 1063—1069.
28. Табачников С. И. Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии / Табачников С. И., Марценковская И. И. // Здоров'я України: медична газета, 2010. — № 2(13). — С. 42—43.

Надійшла до редакції 06.08.2010 р.

І. І. Марценковська

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Гіперкінетичний розлад як проблема соціальної психіатрії

Гіперкінетичний розлад (ГКР) — один з найбільш поширених психічних розладів дитячого віку, з яким пов'язаний важкий тягар соціальних проблем та економічних втрат. У 2008 та 2009 роках захворюваність на ГКР в Україні становила 18,3 і 19,5; поширеність — 76,8 і 96,0 на 100 000 дитячого населення. Розлад з дефіцитом уваги і гіперактивністю (РДУГ) було діагностовано у 12,2 %, ГКР — у 4,1 % київських школярів. У дітей з малозабезпечених і соціально неблагополучних родин розлад спостерігався в 2,24—3,7 рази частіше. У 31,7 % школярів із РДУГ діагностовано коморбідний опозиційно-зухвалий, у 39,4 % — антисоціальний розлади поведінки. Діти з ГКР мають вищій рівень травматизму, частіше вживають алкоголь і наркотики. Терапія метилфенідатом знижує ризик антисоціальної поведінки, залежності від алкоголю і наркотиків. Ризик скоєння правопорушень неповнолітніми з ГКР корелює з їх пізньої терапією. У 2009 році за скоєння тяжких насильницьких злочинів в Україні відбували покарання 1469 підлітків. Всі школярі з ГКР були з нормальним рівнем розвитку інтелекту, проте більшість з них мала серйозні академічні проблеми. Діти з ГКР частіше мали порушення сімейної адаптації та нижчу якість життя. Робиться висновок про важливість вивчення ГКР через призму соціальної психіатрії.

Ключові слова: РДУГ, ГКР, антисоціальна поведінка, шкільна неуспішність, якість життя.

I. I. Martsenkovska

Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

Hyperkinetic disorder as the problem of social psychiatry

Hyperkinetic disorder (HD) is one of the most highly heritable of all psychiatric disorders at children's age with which the heavy burden of social problems and economic losses is connected. In 2008—2009 morbidity HD in Ukraine made 18.3 and 19.5; prevalence — 76.8 and 96.0 on 100 000 children's population. ADHD has been diagnosed at 12.2 %, HD — 4.1 % at the Kiev's school-age children. At children from needy and socially unsuccessful families frustration met in 2.24— 3.7 times more often. At 31.7 % of schoolchildren with ADHD are diagnosed comorbid oppositional-defiant disorder, 39.4 % — conduct disorder. Children with HD have higher level of a traumatism, take alcohol and drugs is more often. Therapy with methylphenidate reduces risk of conduct disorder, dependence on alcohol and drugs. The juvenile delinquency risk with HD correlates with their late therapy. 1469 teenagers served term in Ukraine for fulfillment of heavy violent crimes in 2009. All schoolchildren with HD had a normal intelligence, but many of them tested serious academic problems. School-age children with HD had infringements of family adaptation and the worst quality of a life is more often. The conclusion is importance of studying HD through a prism of social psychiatry.

Keywords: ADHD, HD, conduct disorder, learning disability, quality of a life.

УДК 616.89-008.447-084:614.876

О. О. Петриченко
ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України», м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ САМОЗБЕРЕЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НАСЕЛЕННЯ, ЯКЕ ПРОЖИВАЄ НА РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ, У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Вивчення стилю життя населення радіоактивно забруднених територій (РЗТ) дозволило встановити присутність у них депресивного реалізму та зниження соціально-психологічних адаптаційних функцій, що проявляються через негативний «я-образ». Пусковим механізмом останнього є негативні переживання, зумовлені невдачами в повсякденному житті, у виробничій діяльності, соціальній безнадії. Депресія виступає одночасно як причина і як наслідок деструктивного соціального пізнання та деструктивної соціальної поведінки. Остання проявляється в низькій профілактичній активності у побуті, спрямованій на збереження власного здоров'я за умови проживання на РЗТ, та при достатньо високій зосередженості на питаннях безпеки в умовах виробництва.

Ключові слова: населення радіоактивно забруднених територій, фактори негативного впливу, самозбережуюча поведінка, профілактика

Предметом даного соціологічного дослідження стали профілактична активність, самозбережуюча поведінка в побуті, що пов'язана з проживанням на радіоактивно забруднених територіях (РЗТ), та поведінка в умовах виробництва у віддалений період Чорнобильської аварії.

Об'єктом дослідження стало працездатне населення, яке проживає на радіоактивно забруднених територіях та умовно чистих територіях (УЧТ) Житомирської області в Овруцькому та Андрушівському районах.

Відомо, що всі види соціальної активності регулюються характеристиками масової свідомості: системою цінностей і потреб людей, їх соціальними настановами й інтересами. Для моделювання типів поведінки нами була використана авторська методика М. Рокіча «Ціннісні орієнтації» [1], що передбачає наявність двох класів цінностей:

- термінальні — переконання про те, що якась кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути;
- інструментальні — переконання про те, що якийсь спосіб дії чи властивість особистості є кращою в будь-якій ситуації.

Така класифікація цінностей відповідає традиційному розподілу на цінності-цілі та цінності-засоби.

Переваги методики в тому, що вона, враховуючи той факт, що цінності не існують кожна окремо, а організовані в системи, дає можливість їх об'єднання в змістові блоки. Аналіз ієрархії цінностей слід проводити з урахуванням їх групування в змістові блоки за різними засадами.

В нашому дослідженні будуть виділені такі групи в рамках кожного класу цінностей. Цінності термінальні були умовно об'єднані таким чином:

- фізичні: «активне діяльне життя», «здоров'я», «продуктивне життя», впевненість в собі»;
- етичні: «кохання», «наявність хороших та вірних друзів», «розваги», «свобода», «щасливе сімейне життя», «щастя інших»;
- професійно-мотиваційні: «цікава робота», «творчість»;
- філософські: «життєва мудрість», «красота природи і мистецтво», «суспільне визнання», «пізнання», «розвиток»;
- матеріальні: «матеріально забезпечене життя».

Цінності інструментальні умовно об'єднані таким чином:

- вольові: «акуратність», «раціоналізм», «самоконтроль», «ефективність в справах»;
- інтелектуальні: «освіченість», «широта поглядів»;
- поведінкові: «вихованість», «життєрадісність», «терпимість», «чесність», «чуйність»;
- особисті: «справність», «незалежність», «непримиренність до недоліків в собі та інших», «відповідальність», «сміліть у відстоюванні своєї думки, своїх поглядів», «тверда воля»;
- матеріальні: «високі потреби».

За допомогою даної методики ми визначили: по-перше, ієрархію цінностей у свідомості особистості, по-друге, які групи цінностей і якою мірою визначають життєву спрямованість особистості.

Зміни в способі життя населення РЗТ після аварії на ЧАЕС, стрес, якому підпадають люди в результаті змін умов і норм життя, висока розповсюдженість саморуйнуючих видів поведінки неодмінно зашкоджує здоров'ю людини. Основною метою даного фрагмента дослідження є соціологічний аналіз профілактичної активності та самозбережуючої поведінки стосовно здоров'я населення РЗТ.

Ми розглядаємо не лише об'єктивний бік здоров'я людини (наявність хронічних захворювань, умови життєдіяльності), але і суб'єктивні фактори (частота відвідування медичних закладів, наявність шкідливих звичок), а також ставлення респондентів до свого здоров'я. Вивчення самозбережуючої поведінки респондентів у побуті та в умовах виробництва визначається як система дій і стосунків, що впливають на здоров'я і тривалість життя індивіда в умовах проживання на радіоактивно забруднених територіях.

Як було передбачено програмою соціологічного дослідження, опитування проводили в Овруцькому районі Житомирської області на радіоактивно забруднених територіях і в Андрушівському районі Житомирської області на умовно чистих територіях. Ми обрали ці 2 райони за принципом схожості за основними показниками, що підлягали зіставленню, а саме: територія та кількість наявного населення, економічна спрямованість та ступінь розвитку району.

Вибіркова сукупність опитаних склала 200 чоловік з помилкою репрезентативності вибірки $D = 3{,}5$ %, що є звичайною помилкою надійності. Для контролю населення, яке проживає на УЧТ? було опитано 106 осіб. У дослідженні взяли участь особи віком від 16 до 65 років.

У процесі дослідження було застосовано такі методи: факторного аналізу з використанням методу головних компонент та обертання факторів методом «варімакс»; ієрархічного кластерного аналізу з використанням методу середнього зв'язку, що дозволяє зберегти співвідношення між точками у багатомірному просторі масиву зібраної інформації. Масив зібраної інформації було введено і опрацьовано на ПК з використанням методів дистрибутивної статистики програм SPSS [2].

Нами було проведено групове опитування респондентів, здебільшого, на виробничих підприємствах (молоко-

© Петриченко О. О., 2010

завод, хлібозавод, цукровий завод), також опитувались співробітники митниці, міліції, пожежної частини, персонал районних закладів охорони здоров'я, закладів освіти, працівники сфери обслуговування та інші.

За рейтингом життєвих цінностей, згідно з даними попередніх досліджень нашої лабораторії та численних публікацій стосовно ставлення людини до свого здоров'я, здоров'я входить в трійку найбільш важливих [3—7]. Значення цінності здоров'я в свідомості людини, частіш за все, обумовлює її подальшу поведінку [8].

Як і передбачалося, життєва позиція, де здоров'я — найголовніше в житті і важливі рішення приймаються так, щоб не зашкодити здоров'ю, найбільш розповсюджена як серед населення РЗТ, так і УЧТ (41,6 % та 31,1 % відповідно) (табл. 1).

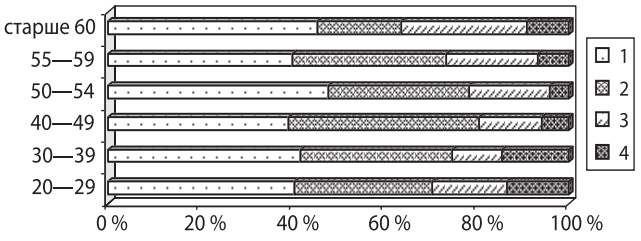
Цінність здоров'я серед населення РЗТ має достовірний кореляційний зв'язок зі статтю (r = –0,207 p < 0,01), ретроспективними оцінками стану здоров'я за останні роки (r = –0,179 p < 0,05) та рівнем соціального самопочуття (r = –0,222 p < 0,01). Серед населення УЧТ ставлення до свого здоров'я має залежність від якості житла (r = –0,285 p < 0,01) і режиму праці та відпочинку (r = 0,205 p < 0,01). Існують гендерні відмінності щодо ставлення до свого здоров'я, які підтверджуються даним дослідженням — жінкам притаманна значно більша вага цінності здоров'я, ніж чоловікам.

Таблиця 1

Розподіл респондентів УЧТ та РЗТ в залежності від життєвої позиції щодо цінності здоров'я за статтю (в %)

	Цінність здоров`я	РЗТ			УЧТ		
		чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
1	Здоров'я — найголовніше в житті, важливі рішення повинні прийматися так, щоб не зашкодити здоров'ю	35,1	47,6	41,6	28,2	32,8	31,1
2	Здоров'я, звичайно, важливо, але іноді можна забути про нього заради матеріального добробуту сім'ї	29,8	35,9	33,0	25,6	40,6	35,0
3	Здоров'я важливе для мене на рівні з роботою, відпочинком, навчанням, розвагами	19,1	10,7	14,7	25,6	17,2	20,4
4	Я хочу жити так, як мені подобається, ні в чому себе не обмежуючи	16,0	5,8	10,7	20,5	9,4	13,6

За даними нашого дослідження не було виявлено прямої кореляційної залежності між цінностями стосовно здоров'я та віком респондентів. Проте простежується певна закономірність в перерозподілі цінностей в залежності від віку (рис. 1).



1 — здоров'я — найголовніше в житті, важливі рішення повинні прийматися так, щоб не зашкодити здоров'ю
2 — здоров'я, звичайно, важливо, але іноді можна забути про нього заради матеріального добробуту сім'ї
3 — здоров'я важливе для мене на рівні з роботою, відпочинком, навчанням, розвагами
4 —я хочу жити так, як мені подобається, ні в чому себе не обмежуючи

Рис. 1. Розподіл респондентів РЗТ по відношенню до здоров'я за віковими категоріями (в %)

Найбільший відсоток респондентів зі споживацьким ставленням до свого здоров'я спостерігається у вікових групах до 40 років. В групі 40—49 років спостерігається переоцінка цінностей і здоров'я набуває більшого значення для 54,9 % респондентів, але на рівні з кар'єрою, відпочинком, матеріальними перевагами і т. ін. В похилому віці, коли здоров'я погіршується, логічним є збільшення частини людей, для кого це — головна цінність. Але за даними проведеного дослідження, найбільша частка респондентів, для кого здоров'я понад усе, вже в предпенсійній групі (50—54 роки) і становить 47,8 %.

Попри високий рейтинг цінності здоров'я, переважна більшість населення як на РЗТ, так і на УЧТ дбають про нього виключно за необхідністю (табл. 2). Тобто це і є та більшість, для кого виконання загальновідомих рекомендацій щодо здорового способу життя не увійшли в звичку. Проте, серед опитаних на РЗТ майже вдвічі більше тих, хто постійно дбає про своє здоров'я, ніж серед респондентів УЧТ, та втричі менше тих, хто взагалі не турбується про нього. Слід відзначити, що найбільший відсоток (47,6 %) респондентів РЗТ, хто постійно дбає про своє здоров'я, саме в групі, де цінність здоров'я найнижча. В цій же групі не знайшлося жодного респондента, хто сказав би, що взагалі не дбає про своє здоров'я.

Таблиця 2

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ за статтю стосовно турботи за своє здоров'я (в %)

Турбота про своє здоров'я	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
Постійно	33,7	14,4	23,6	22,5	9,1	14,2
Коли необхідно	62,1	85,6	74,4	70,0	84,8	79,2
Взагалі не дбаю	4,2	—	2,0	7,5	6,1	6,6

Однією з непрямих оцінок стану здоров'я населення є визначення частки населення, що знаходиться на диспансерному обліку. Таких однакова кількість респондентів в обох досліджуваних районах — чверть опитаних (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо знаходження на диспансерному обліку за статтю (в %)

Диспансерний облік	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
Так	21,7	28,4	25,3	30,0	23,8	26,2
Ні	78,3	71,6	74,7	70,0	76,2	73,8

За ретроспективною оцінкою стану свого здоров'я розподіл відповідей респондентів РЗТ та УЧТ також майже немає відмінностей (табл. 4). Половина респондентів скаржаться на погіршення стану здоров'я, серед яких переважають жінки.

Таблиця 4

Розподіл респондентів УЧТ та РЗТ за статтю стосовно ретроспективної зміни стану свого здоров'я (в %)

Як змінився ваш стан здоров'я	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
змінився на гірше	40,0	60,0	50,5	45,0	57,6	52,8
залишився таким же	53,7	39,0	46,0	50,0	40,9	44,3
змінився на краще	6,3	1,0	3,5	5,0	1,5	2,8

Суттєвою причиною погіршення стану здоров'я 74,7 % респондентів РЗТ вважають саме проживання на радіоактивно забруднених територіях. На другому, третьому та четвертому місцях в рейтингу негативних факторів впливу на здоров'я вони вказують невідповідну якість питної води, рівень чистоти повітря та якість продуктів харчування, що має стійку асоціацію саме з радіаційним забрудненням. Тобто фактор радіаційного ризику для здоров'я через 22 роки після аварії залишається найвпливовішим. Наступними, але менш впливовішими, причинами погіршення свого здоров'я респонденти РЗТ вважають умови праці та матеріальний стан сім'ї. Шкідливі звички та нестабільна ситуація в країні займає 7 та 8 місце в цьому рейтингу. Респонденти УЧТ перші три місця в цьому рейтингу віддали забрудненості повітря, якості продуктів харчування та якості питної води. 57,4 % респондентів УЧТ вважають, що низький рівень добробуту негативно впливає на їх здоров'я.

Для виявлення структурних взаємозв'язків причин негативного впливу на стан здоров'я населення РЗТ був проведений факторний аналіз з застосуванням методу головних компонент та обертання факторів методом «варімакс». Застосування цього методу дозволило виділити три основні групи показників (табл. 5).

І-й фактор включає головні навантаження у загальній дисперсії показників мають фактори негативного впливу якості життя (житлових зручностей, типу житла, умов праці, матеріального стану сім'ї) та поряд з цим нестабільна політична ситуація в країні та проблеми в спілкуванні. Його загальна інформативність становить 25,45 %.

ІІ-й фактор — включає до себе негативні показники екологічного середовища (якість питної води, продуктів харчування, рівень чистоти повітря) поряд з фактором проживання на радіоактивно забруднених територіях. Цей фактор об'єднує екологічно небезпечні причини та віддзеркалює думку 20,64 % опитаних.

ІІІ-й фактор можна назвати «реалістичною безвідповідальністю», де найбільші факторні навантаження мають особиста бездіяльність щодо збереження власного здоров'я, спадковість та шкідливі звички. Проте це найменший за інформативністю фактор, що висловлює думку 19,24 % населення.

Таблиця 5

Факторна матриця причин негативного впливу на стан здоров'я населення РЗТ

№	Фактори	Факторні навантаження		
		I	II	III
1	Нестабільна політична ситуація в країні	0,696	0,197	–0,294
2	Проживання на РЗТ	0,129	0,765	–0,095
3	Якість продуктів харчування	0,112	0,753	0,398
4	Якість питної води	0,138	0,807	0,360
5	Рівень чистоти повітря	0,165	0,551	0,582
6	Матеріальний стан сім'ї	0,570	0,541	0,016
7	Умови праці	0,601	0,318	0,393
8	Якість житлових зручностей	0,845	0,046	0,164
9	Якість житла	0,794	0,122	0,271
10	Проблеми в спілкуванні	0,654	0,042	0,407
11	Шкідливі звички	0,467	0,275	0,450
12	Спадковість	0,265	0,217	0,724
13	Особиста бездіяльність щодо збереження власного здоров'я	0,038	0,048	0,795
Загальна інформативність фактора		25,45	20,64	19,24

Особливо слід відзначити, що запропонована нами причина негативного впливу на здоров'я «особиста бездіяльність щодо збереження власного здоров'я» майже не прийнята до уваги респондентами обох районів. Так, 76,6 % респондентів РЗТ та 68,8 % на УЧТ вважають, що це не може вплинути на погіршення стану їх здоров'я. Тому стає зрозумілим чому із індивідуальних заходів, що підтримують здоров'я людини, респонденти дотримуються тільки виконання санітарно-гігієнічних заходів. Їх завжди виконують 59,0 % респондентів на РЗТ та 61,3 % — на УЧТ.

Завжди займатися фізичною активністю вважає за потрібне третя частина респондентів в обох масивах, що порівнюються. Режимом харчування, праці та відпочинку взагалі нехтує чверть респондентів як на РЗТ, так і на УЧТ. Більшість з них дотримуються правильного режиму тільки деякою мірою. Тобто профілактична активність стосовно здорового способу життя не має відмінностей в залежності від території проживання і є надзвичайно низькою.

Із профілактичних заходів з метою з'ясування якості довкілля найбільш розповсюджений — аналіз води з колодязя, який набагато частіше проводять саме респонденти на УЧТ (табл. 6). Скоріше за все, це пов'язано з тим, що респонденти РЗТ краще забезпечені житловими зручностями.

Таблиця 6

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ, що проводять заходи з метою з'ясування якості довкілля, в залежності від місця проживання та статі (в %)

Заходи	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
Аналіз води з колодязя	25,4	28,6	27,2	56,8	43,5	48,5
Аналіз ґрунту на вміст важких металів	9,9	3,3	6,2	5,4	—	2,0
Дотримання правил внесення мінеральних добрив	19,7	27,8	24,2	35,1	22,6	27,3
Аналіз ґрунту на вміст пестицидів	11,3	3,3	6,8	2,7	3,2	3,0
Аналіз продуктів на вміст важких металів та пестицидів	14,1	17,8	16,1	5,4	8,1	7,1
Інше	5,6	4,4	5,0	19,4	16,1	17,3

Дотримуються правил внесення мінеральних добрив тільки чверть населення незалежно від місця проживання. Аналіз ґрунту на вміст важких металів та на вміст пестицидів проводять одиниці, але все ж таки більше на РЗТ.

Аналіз продуктів на вміст важких металів та пестицидів проводять 16,1 % респондентів на РЗТ, але серед респондентів УЧТ таких вдвічі менше.

Виконання захисних профілактичних заходів у побуті в зв'язку з проживанням на радіоактивно забруднених територіях для населення так і не стало звичкою. Як видно з таблиці 7, 55,3 % респондентів ніколи не перевіряють продукти групи ризику (молоко, лісові ягоди, гриби) на радіацію перед вживанням. Завжди обмежують себе у вживанні дичини, грибів та лісових ягід тільки 24,1 % опитаних, що є надзвичайно низьким показником, враховуючи той факт, що за останні роки в багатьох населених пунктах Овруцького району знову відбувається підвищення рівня дози внутрішнього опромінення [7].

Серед тих, хто має худобу в домашньому господарстві, близько 80 % респондентів взагалі не вважають за потрібне утримувати та випасати її відповідно статусу території проживання. Завжди виконують захисні рекомендації 5—8 % населення (табл. 7).

Таблиця 7

Ступінь виконання захисних профілактичних заходів у побуті в зв'язку з проживанням на радіоактивно забруднених територіях (в %)

Виконання захисних профілактичних заходів	завжди	іноді	ніколи
Обмеження вживання дичини, грибів, лісових ягід	24,1	53,8	22,1
Перевірка молока, лісових ягід та грибів на радіацію перед вживанням	9,1	35,5	55,3
Випас худоби на спеціально відведених «чистих» пасовищах	11,8	15,1	73,1
Кормові домішки для худоби	5,5	17,5	77,0
Спеціальна відгодівля худоби	8,2	12,6	79,1
Інші	1,0	12,9	86,1

В наступних таблицях наведені показники самозберегаючої поведінки на виробництві. Системою навчання з техніки безпеки охоплено 78,9 % працюючих на УЧТ і 87,4 % на РЗТ, це свідчить про кращу організацію процесу навчання з техніки безпеки на РЗТ (табл. 8).

Таблиця 8

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ по відношенню до навчання з техніки безпеки за статтю (в %)

УЧТ				РЗТ			
чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
78,9	21,1	75,8	24,2	87,4	12,6	80,6	19,4

На жаль, зафіксований дуже низький відсоток працюючого населення, охопленого профоглядами, як на РЗТ, так і на УЧТ (17,5 % на УЧТ проти 27,4 % на РЗТ), що свідчить про вплив погіршення економічної ситуації в країні на взаємовідносини між медичними закладами та підприємствами (табл. 9).

Таблиця 9

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ по відношенню до профоглядів за статтю (в %)

УЧТ				РЗТ			
чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
Так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
17,5	7,5	12,1	7,6	27,4	5,3	12,4	7,635

Ступінь інформованості щодо шкідливості виробництва приблизно однаковий у працюючого населення РЗТ та УЧТ і досягає майже 50 % (табл. 10).

Таблиця 10

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ за ступенем інформованості стосовно шкідливості виробництва за статтю (в %)

Ступінь інформованості	УЧТ		РЗТ	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Повністю володію інформацією	47,5	43,9	49,5	44,8
Частково	50,0	42,4	47,4	48,6
Зовсім не володію	2,5	13,6	3,2	6,7

Засоби індивідуального захисту використовують 57,5—68,5 % працюючого населення УЧТ і 64,8—68,4 % РЗТ. В цілому засобами захисту користується більше половини працюючого населення (табл. 11).

Таблиця 11

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо використання засобів індивідуального захисту від шкідливого виробництва за статтю (в %)

УЧТ				РЗТ			
чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
57,5	42,5	68,2	31,8	68,4	31,6	64,8	35,2

Найбільше застосування серед засобів індивідуального захисту мають одяг, взуття, окуляри, що пов'язане з характером виконуваної роботи. Інтенсивніше застосовують засоби індивідуального захисту працюючі чоловіки РЗТ, що обумовлюється тяжкістю і напруженістю їх роботи та забрудненістю території радіоактивними речовинами (табл. 12).

Таблиця 12

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо застосування засобів індивідуального захисту, які використовують працюючі (за статтю) (в %)

Найменування засобів індивідуального захисту	УЧТ				РЗТ			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
Одяг	40,0	60,0	57,6	42,4	62,1	37,9	52,4	47,6
Взуття	7,5	92,5	27,3	72,7	53,7	46,3	27,6	72,4
респіратори	7,5	92,5	15,2	84,8	18,9	81,1	6,7	93,3
Беруші	2,5	97,5	1,5	98,5	2,1	97,9	1,3	98,7
Окуляри	15,0	85,0	4,5	95,5	22,1	77,9	2,9	97,1
Інше	20,0	80,0	12,1	87,9	22,1	77,9	16,2	83,8

Практично всі працюючі на РЗТ та УЧТ дотримуються правил пожежної безпеки (табл. 13).

Таблиця 13

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо дотримання правил пожежної безпеки за статтю (в %)

УЧТ				РЗТ			
Чоловіки		Жінки		чоловіки		жінки	
Так	Ні	так	ні	так	ні	так	ні
97,5	2,5	97,0	3,0	94,7	5,3	98,1	1,9

Для працюючого населення РЗТ характерно застосування стимуляторів протягом робочого дня у 1,5—2 рази частіше, ніж у працюючих на УЧТ, що свідчить про виконання працюючими на РЗТ більш тяжкої та напруженої роботи (табл. 14).

Таблиця 14

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо застосування стимуляторів протягом робочого дня за статтю (в %)

Назва стимулятора	УЧТ		РЗТ	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Кава	35,0	52,3	40,9	32,0
Чай	55,0	67,7	57,0	72,8
Алкоголь	10,0	1,5	16,5	4,5
Ліки	5,0	13,8	11,0	29,0
Тютюн	20,0	1,5	42,0	2,9

Як один із важливих профілактичних заходів ми розглядали ступінь оздоровлення населення. За даними останнього опитування, таку фінансову можливість мають тільки чверть населення в обох районах (табл. 15). З наданням профспілкових та соціальних путівок на оздоровлення ситуація теж не краща. Оздоровлення населення, що має 3 категорію посвідчення постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС, майже не має відмінностей з населенням, що проживає на умовно чистих територіях.

Таблиця 15

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо фінансових можливостей оздоровлення в залежності від статі (в %)

Можливість оздоровлення	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
Так	33,3	17,1	24,7	35,1	20,0	25,5
Ні	66,7	82,9	75,3	64,9	80,0	74,5

Особливе занепокоєння викликає той факт, що майже припинилося оздоровлення дітей на РЗТ. Більше 80 % населення, що не мали можливості оздоровлення протягом останніх 5 років і не відновлюють своє здоров'я, згодом можуть поповнити лави хворих людей. Проте саме за оздоровлення відповідно до Закону України «Про соціальний статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» несе відповідальність держава.

Близько 35 % респондентів в обох групах проходять регулярне медичне обстеження 1 раз на рік (табл. 16). Нехтують цим дієвим профілактичним заходом 40,5 % респондентів на РЗТ та 48,1 % на УЧТ, які проходять медичне обстеження вже за вимушеною необхідністю.

Таблиця 16

Частота проходження профілактичного медичного обстеження респондентів РЗТ та УЧТ за статтю (в %)

Проходження медобстеження	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
1 раз у 3 місяці	5,3	1,9	3,5	2,5	1,5	1,9
1 раз в півроку	9,5	14,3	12,0	15,0	10,6	12,3
1 раз на рік	26,3	42,9	35,0	45,0	30,3	35,8
1 раз на 2 роки	9,5	3,8	6,5	—	—	—
час від часу, за необхідністю	45,3	36,2	40,5	32,5	57,6	48,1
зовсім не проходжу	4,2	1,0	2,5	5,0	—	1,9

Частково цей факт можна пояснити зростаючою недовірою до державної системи охорони здоров'я, особливо серед респондентів РЗТ (табл. 17). Все більша кількість населення сподівається, здебільшого, на власні знання та здібності (57,5 % в порівнянні з 25,7 % в 2000 році).

Головні дорікання до лікувально-профілактичних закладів — це відсутність необхідних спеціалістів, за даними опитування з цією проблемою ситуація гірша на РЗТ (табл. 18).

Таблиця 17

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ стосовно довіри до закладів охорони здоров'я (в %)

Заклади охорони здоров'я	РЗТ	УЧТ
Існуючі лікувально-профілактичні заклади	53,5	68,3
Нетрадиційні методи лікування та оздоровлення	14,0	15,4
Страхова медицина	14,0	16,3
Приватна медицина	17,5	12,5
Власні знання та здібності	57,5	46,2
Ні на що не розраховую — «як буде, так буде»	19,0	19,2
Ваш варіант відповіді	1,0	2,9

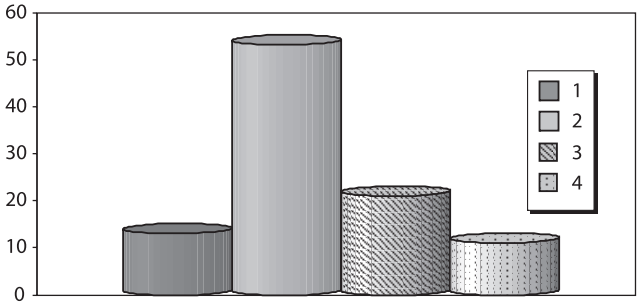
Таблиця 18

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо причин незадоволеності медичним обслуговуванням (в %)

Причини незадоволеності	РЗТ	УЧТ
Відсутність будь-якої медичної допомоги в нашому населеному пункті	9,2	4,0
Далека відстань до лікувальних закладів	6,7	15,0
Відсутність необхідних спеціалістів	64,6	58,0
Неможливість виконувати всі призначення та поради лікаря (процедури, харчування і т. і.)	42,6	34,0
Неможливість придбання медичних препаратів через відсутність коштів	59,5	56,0
Інше	6,7	3,0

Наступна причина незадоволеності медичним обслуговуванням, скоріше, не медична, а матеріальна — неможливість придбання медичних препаратів через відсутність коштів. Третя, найбільш важлива причина незадоволеності, пов'язана з неможливістю виконувати всі призначення та поради лікаря (процедури, харчування і т. ін.). Загальна незадоволеність медичним обслуговуванням вища серед респондентів РЗТ. Напевно, цей факт можна пояснити невідповідністю стану медичного обслуговування ступеню ризику проживання на РЗТ.

Протягом останнього десятиріччя не знижується відсоток населення, що хотіли б переїхати до «чистої зони» (рис. 2).



1 — виїхати на постійне місце проживання в «чисту зону»
2 — добиватися від влади підвищення компенсацій за проживання на небезпечній території
3 — жити як усі, виконуючи певні рекомендації, в зв'язку з проживанням в цій місцевості
4 — жити як усі, незважаючи на радіацію та розмови про неї

Рис. 2. Життєві плани в зв'язку з проживанням на радіоактивно забруднених територіях

Слід відзначити, що за даними попередніх досліджень, потенційні екологічні мігранти під цією настановою завуальовують вирішення своїх звичайних сімейних та побутових проблем, притаманних для всього населення України. Проте більшість населення все ще не втрачає надію добитися від владних структур держави перегляду Закону України «Про соціальний статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», де буде переглянуто відшкодування за ризик проживання на РЗТ. Частка людей, що адекватно сприймає ситуацію, що склалася, становить тільки 21,1 %. Це люди, що виконують певні рекомендації в зв'язку з проживанням на РЗТ.

Тобто можна визначити, що соціальна політика, яка проводилася стосовно населення РЗТ, не призвела до позитивних результатів. До того ж, інформаційно-просвітницька робота щодо збереження особистого здоров'я в умовах проживання на РЗТ повинна бути негайно відновлена та посилена.

Вивчення стилю життя населення радіоактивно забруднених територій дозволило встановити, що характерною його особливістю є присутність депресивного реалізму та зниження соціально-психологічних адаптаційних функцій, що проявляються через негативний «я-образ». Пусковим механізмом останнього є негативні переживання, зумовлені невдачами в повсякденні, у виробничій діяльності, соціальній безнадії. Депресія виступає одночасно як причина і як наслідок деструктивного соціального пізнання та деструктивної соціальної поведінки. Деструктивна соціальна поведінка проявляється в низькій профілактичній активності у побуті, спрямованій на збереження власного здоров'я за умови проживання на РЗТ, та при достатньо високій зосередженості на питаннях безпеки в умовах виробництва.

Але найбільший ресурс в боротьбі за здоров'я — залучення людей до профілактичних заходів по збереженню власного здоров'я, спонукання до самозбережуючої поведінки і розуміння власної відповідальності за своє здоров'я через зміну на краще способу життя, всупереч рекламі тютюну і алкоголю.

Для створення дієвої системи профілактики здоров'я необхідно розробляти нові підходи з урахуванням складності мотиваційної поведінки населення з різними типами емоційності і психічними особливостями, шукати шляхи впливу на свідомість і підсвідомість, залучати до цієї роботи фахівців з різних галузей науки, соціальних робітників, школи і вищі навчальні заклади, громадські організації.

Список літератури

1. Головаха Е. И. Интегральный индекс социального самочувствия (ИИСС): конструирование и применение социологического теста в массовых опросах / Головаха Е. И., Панина Н. В. — К.: Ин-т социологии НАНУ, 1997. — 64 с.

2. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти / Куценко В. І., Тріллєнберг Г. І. — НАН України. — К., 2005. — 365 с.

3. Здоров'я населення радіоактивно забруднених територій як соціальна проблема / [В. А. Прилипко, Ю. Ю. Озерова, І. В. Бондаренко, М. М. Морозова] // Чорнобиль і соціум. — К., 2006. № 12. — С. 97—113.

4. Шилова Л. С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения / Л. С. Шилова // Социологические исследования. — 2007. — № 9. — С. 102—109.

5. Ефименко С. А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья / С. А. Ефименко // Социологические исследования. — 2007. — № 9. — С. 110—114.

6. Хабибуллин К. Н. Динамика факторов риска и профилактика здоровья населения / К. Н. Хабибуллин // Там же. — 2005. — № 6. — С. 140—144.

7. Перевозніков О. М. Моніторинг індивідуальних доз опромінення за допомогою лічильників випромінювання людини / Перевозніков О. М., Василенко В. В. — В кн.: Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції ; за ред. О. Ф. Возіанова, В. Г. Бебешка. — Київ: ДІА, 2007. — С. 71—85, 49—54.

8. Шилова Л. С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения / Л. С. Шилова // Социологические исследования. — 2007. — № 9. — С. 102—109.

Надійшла до редакції 25.06.2010 р.

А. А. Петриченко

ГУ «Научный центр радиационной медицины АМН Украины», г. Киев

Особенности самосохраняющего поведения и профилактической активности населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, в отдаленный период Чернобыльской катастрофы

Исследования стиля жизни населения радиоактивно загрязненных территорий позволило установить наличие у них депрессивного реализма и снижение социально-психологических адаптационных функций, которые проявляются через негативный «я-образ». Пусковым механизмом последнего служат негативные переживания, обусловленные неудачами в повседневной жизни, производственной деятельности, социальная безнадежность. Депрессия выступает одновременно как причина и как следствие деструктивного социального познания и поведения. Деструктивное социальное поведение проявляется в низкой профилактической активности в быту, направленной на сохранение собственного здоровья, при условии проживания на РЗТ, на фоне достаточно высокой сосредоточенности на вопросах безопасности в условиях производства.

Ключевые слова: население радиоактивно загрязненных территорий, факторы негативного влияния, самосохраняющее поведение, профилактика.

A. A. Petrichenko

State institution "Scientific center of nuclear medicine of the AMS of Ukraine", Kyiv

Peculiarities of self-preservation behavior and prophylactic activity of population living on radio-active contamination territory in the remote period of Chernobyle disaster

Research of population style of life the radio-active contamination (RAC) has allowed to establish the existence of depression realison and reduction of socio-psychological functions which are manifested through negative "I-image". Starting devise is a negative emotion limited by failures in every-day life, process of production, social hopeless. The depression the same is as the cause and effect of social knowledge and behavior. The destructive social behavior manifests itself in the low prophylactic activity in the way of life and to safe its health living in the RAC condition on the phone of high concentration on the point of safely in productive condition.

Keywords: population of radio-active, contamination, factors of negative, influence, self-preservation behavior, prophylaxis.

УДК 616.89-008.441.1-053.6

Т. Ю. Проскурина, *канд. мед. наук, зав. отделением психиатрии ГУ «ИОЗДП АМН Украины»*
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО У ПОДРОСТКОВ

В работе представлена клиническая феноменология симптомокомплексов у подростков с тревожно-фобическим расстройством в возрастном аспекте. Выделены информативные прогностические критерии для благоприятного и неблагоприятного течения тревожно-фобического расстройства у подростков, что существенно в определении стратегии терапевтического вмешательства.

Ключевые слова: тревожно-фобическое расстройство, клиника, динамика, прогноз, подростки

Тревожно-фобическое расстройство (ТФР) является актуальным и малоизученным направлением подростковой психиатрии. Многочисленные работы освещают преимущественно клинический полиморфизм и нозоспецифичность проявлений ТФР у взрослого контингента [1—3]. Единичные работы посвящены анализу индивидуально-психологических особенностей подростков с социальными фобиями [4, 5]. Авторами продемонстрировано наличие высокого уровня тревожности, напряженности, неуверенности, эмоциональной неустойчивости, замкнутости и эгоцентризма при социальных фобиях у подростков.

Как известно, страх выполняет социализирующую или обучающую роль в процессе формирования личности и в некотором роде является способом ограничения «Я» от чужеродного, неприемлемого влияния извне. Страх — это демаркационная линия личного, безопасного пространства, в котором сохраняется единство «Я» и уверенность в себе [6].

Вместе с тем данный тип невротического расстройства в подростковом возрасте приводит к нарушениям психического и социального функционирования [7, 8].

Результаты фундаментальных исследований свидетельствуют, что одним из ведущих мест современного патоморфоза невротической болезни является доминирование среди клинических проявлений пароксизмальных состояний, которые влияют на тяжесть течения болезни, сложность диагностики и терапии этих состояний [1—3].

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось изучение клинико-психопатологической феноменологии ТРФ у подростков, механизма их формирования и выделения диагностических и прогностических критериев.

Объектом исследования был 51 подросток с ТФР, которые находились на стационарном лечении в отделении психиатрии ГУ «ИОЗДП АМН Украины».

Обследование носило комплексный характер и включало использование клинико-психопатологического метода (сбор клинического анамнеза, опросник выраженности психопатологической симптоматики, опросник оценки влияния травматического события); стандартизованных опросников — ПДО, тесты Люшера, В. М. Бойко, Р. Кеттелла, тест оценки интегративного показателя качества жизни; электроэнцефалографии биопотенциалов головного мозга. В основу изучения тревожно-фобического расстройства невротического генеза был положен многоосевой принцип анализа невротической болезни: клинико-психопатологический — как этап статики, психосоциальный — как причинный фактор, личностно-динамический — как этап динамики заболевания и социального функционирования, вероятностный прогноз.

Феноменология клинических симптомокомплексов у подростков с тревожно-фобическим расстройством включала: астению, страхи, напряженность конфликта с максимальной интенсивностью показателей тревожности, вегетативной гиперреактивностью, включая вегетовисцеральные пароксизмальные состояния. По определению отечественных психиатров пароксизмальное состояние является феномен-отображающим изменения в системе психофизиологической адаптации [8, 9].

Максимальную интенсивность симптомов тревожного спектра у подростков имели: ощущения напряженности, беспокойство и опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере школьной жизни, истощаемость внимания, нарушение ритма «сна-бодрствования». У подростков ТФР включало различные типы пароксизмальных состояний. Феноменология пароксизмальных состояний представлена преимущественно преобладанием аффективного (58,8 %), реже — фобического (21,6 %) и тревожного (19,6 %) типов.

Касаясь возрастной и гендерной характеристики страхов у подростков, следует констатировать максимальное нарастание социального страха (страх одиночества, страх обсуждения со стороны сверстников, страх опоздать) у старших подростков, тогда как у младших подростков доминируют природные страхи (замкнутого пространства, животных, призраков, движущегося транспорта, пожара и т. д.). Для девочек подростков независимо от возраста были присущи как природные, так и социальные страхи, тогда как для мальчиков подростков пик социальных страхов отмечен только в старшем подростковом возрасте. Как известно, основу психосоциального аспекта неврозов составляет анализ структуры конфликта и установление этиологической связи с конфликтом [1]. При анализе актуальности конфликта и его векторности, степени выраженности, направленности и типа его течения было установлено, что психогении затрагивали все области функционирования личности подростка, включая сферу социального взаимодействия. Наиболее характерным для подростков с ТФР явился витальный компонент конфликта. В структуре корреляционной связи витальный страх доминировал (R = 0,71 ± 0,12). У исследуемых подростков выявлена положительная корреляционная связь (R = +0,65) эпилептоидного типа акцентуации характера с тревогой и страхом. У большинства исследуемых подростков (88,2 %) психологические корреляты представлены высоким уровнем тревоги и стресса, средним уровнем депрессии. Изменения ЭЭГ-паттерна носили преимущественно неспецифический характер (84,3 %).

У всех подростков младшего возраста регистрировано сочетание тревоги с частичной дезорганизацией психической деятельности без ригидности, характеризующей аутохтоннный вариант течения ТФР. Вектор тревоги у подростков старшего возраста имел преимущественную направленность на собственное «Я». Личностная составляющая компонентности тревоги у них была представлена повышенной чувствительностью к негативным событиям с неспособностью модулировать негативные эмоции, что формировало преимущественно ригидный вариант ТФР.

© Проскуріна Т. Ю., 2010

Установлено, что затяжной и хронический тип ТФР имели 43,2 % подростков. Следовательно, почти у половины подростков с ТФР наблюдается хроническая невротическая сенсибилизация с нарастанием невротического дефекта личности, когда наряду с невротической симптоматикой имеется резкое расстройство социальной адаптации, конфликтность, непереносимость социальных раздражителей.

Для выделения критериев прогноза течения ТФР у подростков был разработан прогностический алгоритм. Использована методика последовательной процедуры Ваальда с определением информированности признаков с помощью критерия Кульбака, который позволяет количественно оценить полученное отклонение и степень его прогностической выраженности.

Из всей совокупности анамнестических, клинических и психологических признаков в выборку было включено 37 наиболее значимых, на наш взгляд, параметров для определения прогноза течения ТФР. В перечень анализируемых прогностических признаков были включены клинические, психологические, социальные характеристики ТФР. Клинический регистр включал практически весь перечень наиболее значимых симптомов, образующих нозологическую форму невротического расстройства у подростков (депрессия, снижение интереса к происходящим событиям, навязчивые действия и мысли, тревожность, головная боль, головокружение, утомляемость, слабость, раздражительность, нарушение формулы сна, страхи, энурез, вегетовисцеральные пароксизмы, панические атаки, диспноэ, кардиосенестопатии). Большое значение имели характеристика невротического конфликта (компонентность, степень выраженности, направленность, тип течения) и тип семейной социограммы. У подростков при формировании ТФР значимы как степень выраженности церебрально-органической патологии, так и наличие соматоневрологической патологии и психологических паттернов (уровни стресса, тревоги, депрессии, наличие акцентуации характера).

Прогностическая таблица была составлена с учетом клинических, социальных, психологических, анамнестических, нейрогормональных критериев, которые включали наиболее существенные признаки формирования данного типа невротического расстройства у подростков.

В перечень анализируемых прогностических признаков было включено 7 блоков: клинико-психопатологический симптомокомплекс (клиническая матрица невротического расстройства); характеристика невротического конфликта с определением зон действия психотравмирующих факторов в сферах мотивации психологических установок и поведенческого реагирования. Как известно, напряженность конфликта характеризуется дефицитом актуальной информации, в которой подросток находится, что особенно важно в формировании затяжных хронических форм неврозов (В. В. Ковалев, 1984). В структуре невротического конфликта анализировались следующие составляющие: актуальность конфликта, степень его выраженности, направленность конфликта, тип течения и напряженности; тип и социограмма семьи; уровень церебральной органической недостаточности; блок коморбидной соматической патологии; психологические признаки — психологическая реакция на стресс, уровень тревоги, депрессии, тип акцентуации характера.

Результаты проведенного нами исследования позволили выделить и систематизировать ряд признаков, имеющих высокую информативность в прогнозировании развития благоприятных и неблагоприятных форм ТФР. Диагностическую информативность для благоприятного и неблагоприятного типов течения ТФР у подростков имел, прежде всего, психопатологический клинический симптомокомплекс (*см*. таблицу).

Клинико-психологические прогностические критерии течения тревожно-фобических расстройств у подростков

Признак	Градация / тип признаков	ПК	Информативность
Клинико-психопатологический симптомокомплекс			
Снижение памяти	есть	–1,09	0,07
	нет	1,25	1,09
Трудности в концентрации внимания	есть	–0,97	0,03
	нет	0,41	0,01
Эмоциональная лабильность	есть	–4,77	1,27
	нет	5,64	1,50
Аффективность	есть	–0,79	0,03
	нет	0,46	0,02
Девиантное поведение	есть	–0,97	0,03
	нет	0,41	0,01
Возбужденность	есть	–1,09	0,07
	нет	1,25	0,08
Эйфоричность	есть	–0,58	0,02
	нет	0,58	0,02
Депрессия	есть	–0,46	0,02
	нет	0,79	0,03
Анорексия	есть	–1,25	0,04
	нет	0,38	0,01
Ипохондричность	есть	–1,76	0,12
	нет	0,87	0,06
Снижение интереса к происходящим событиям	есть	–2,43	0,24
	нет	1,38	0,14
Навязчивые идеи, мысли	есть	–4,77	1,27
	нет	5,64	1,50
Тревожность	есть	–5,23	1,22
	нет	3,80	0,89
Головная боль	есть	–1,76	0,12
	нет	0,87	0,06
Головокружение	есть	–2,69	0,54
	нет	6,02	1,20
Утомляемость	есть	–2,43	0,24
	нет	1,38	0,14
Слабость	есть	–1,46	0,10
	нет	0,97	0,06
Раздражительность	есть	–1,09	0,07
	нет	1,25	0,08
Интрасомнические расстройства	есть	–0,97	0,03
	нет	0,41	0,01
Пресомнические расстройства	есть	–1,46	0,10
	нет	0,97	0,06
Страх	есть	–4,77	0,64
	нет	1,60	0,21
Энурез	есть	–1,25	0,08
	нет	1,09	0,07
Вегетовисцеральные пароксизмы	есть	–4,15	1,11
	нет	6,99	1,86
Панические атаки	есть	–4,39	1,03
	нет	4,39	1,03
Диспноэ	есть	–3,68	0,49
	нет	1,76	0,23
Кардиосенестопатии	есть	–4,26	0,71
	нет	2,34	0,39

Характеристика невротического конфликта			
Компонентность	приветственный	–4,77	1,27
	сексуальный	–0,97	0,41
	личностные ценности	–0,58	0,02
Степень выраженности	высокий	–5,55	0,91
	средний	–1,09	0,07
	низкий	1,14	0,11
Направленность конфликта	межличностная	–1,09	0,07
	внутриличностная	–1,25	0,08
	смешанная	–4,15	1,11
Тип течения конфликта	острый	–3,42	0,68
	затяжной	–1,25	0,08
	хронический	–0,79	0,03
Тип социограммы родителей	гармоничный	2,55	0,34
	негармоничный	–2,22	0,30
Степень выраженности церебрально-органической патологии	не выражена	4,77	1,27
	умеренно выражена	–5,64	1,50
	выражена	–2,43	0,24
Коморбидная соматическая патология	нет	6,02	1,81
	зоб	–1,25	0,08
	системная дисплазия	–2,69	0,54
	другая	–3,01	0,60
Психологические признаки			
Стресс	отсутствует	4,39	1,03
	низкий уровень	1,46	0,10
	средний уровень	–4,77	1,27
	высокий уровень	–5,44	1,81
Тревога	отсутствует	3,01	0,50
	низкий уровень	1,76	0,12
	средний уровень	–2,55	0,34
	высокий уровень	3,42	0,68
Уровень депрессии	отсутствует	1,46	0,10
	минимальная	–1,09	0,07
	умеренная	–3,68	0,49
	выраженная	—	—
Наличие акцентуации характера	отсутствует	—	—
	гипертимная	—	—
	эпилептическая	–4,15	1,11
	циклоидная	—	—
	другая	–0,87	0,06

Среди клинических симптомов выделены симптомы тревожности (ПК = –5,23), навязчивых действий и мыслей (ПК = –4,77), наличие в анамнезе вегетативных висцеральных пароксизмов (ПК = –4,61), особенно с проявлениями в системе органов дыхания — диспноэ (ПК = –3,68) и в кардиоваскулярной системе — кардиосенестопатии (ПК = –4,26).

Среди вазовегетативных проявлений, стабилизирующих основную симптоматику ТФР, выделены симптомы головокружения (ПК = –2,69), фобии (ПК = –4,77). Особенно информативным был клинический симптом панической атаки (ПК = –4,39).

Невротический конфликт (ПК = –4,77) сфокусирован преимущественно в витальной сфере (ПК = +4,77), конфликт имеет острый тип течения (ПК = –3,42). Практически регистрирован ригидный тип личностных установок, что, по всей видимости, и формируют механизм самоблокировки и «застревання».

Интересен факт отсутствия значимости микросоциального окружения при формировании неблагоприятного типа течения ТФР у подростков. Высокую диагностическую значимость (ПК = –3,41) имела соматическая патология, преимущественно в виде расстройств гастроинстенальной системы. Среди психологических паттернов выделена диагностическая значимость фактора высокого уровня стресса (ПК = –5,44) и тревоги (ПК = –3,42), умеренного уровня депрессии (ПК = –3,68), наличие акцентуации характера по эпилептоидному типу (ПК = –4,15).

Прогностическую информативность для условно благоприятного течения ТФР у подростков имели следующие клинических признаки: отсутствие симптома эмоциональной лабильности (ПК = +5,64), отсутствие навязчивых ритуальных действий и мыслей (ПК = +5,64), выраженной тревоги (ПК = +3,80), наличие минимальной вегетативной недостаточности (ПК = +6,99), отсутствие панических атак (ПК = +4,39). Минимальные значения напряженности конфликта в соматической сфере (ПК = –0,97) и сфере личностных ценностей (ПК = –058) служили информативным критерием благоприятного течения данного расстройства у подростков.

Существенными были и ряд других социальных и биологических факторов при определении благоприятного прогноза ТФР у подростков. Среди них: гармоничный тип семьи (ПК = +2,55), наличие незначительной минимальной мозговой дисфункции (ПК = +4,77), отсутствие соматической патологии (ПК = +6,02), низкий уровень стресса (ПК = +1,46), низкий уровень тревоги (ПК = +1,76), минимальная депрессия или ее отсутствие (ПК = +1,46), недифференцированный тип акцентуации характера (ПК = –0,87) или его отсутствие (ПК = +0,41).

Таким образом, определены варианты течения ТФР у подростков, биологические, психологические и социальные детерминанты неблагоприятных форм течения данного заболевания, что существенно для выбора направленности терапевтических вмешательств и прогноза социальной адаптации.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства [Текст] / Ю. А. Александровский. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.

2. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах [Текст] / Н. А. Марута. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.

3. Чабан О. С. Неврозы: патоморфоз, концепция, пространство и территория [Текст] / О. С. Чабан. — Тернополь: Збруч, 1997. — 162 с.

4. Чабан О. С. Патоморфоз неврозів (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні та конституціонально-біологічні закономірності) [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / О. С. Чабан. — Х., 1987. — 30 с.

5. Пшук Н. Г. Характеристика індивідуально-психологічних особливостей особистості підлітків із соціальними фобіями [Текст] / Н. Г. Пшук, Л. В. Стукан // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1 (9). — С. 80—82.

6. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика [Текст] / А. М. Прихожан. — Москва; Воронеж: НПО МОДЭК, 2000. — 303 с.

7. Ахмедов Т. И. Тревога и страх в структуре личности психосоматического человека [Текст] / Т. И. Ахмедов // Арх. психіатрії. — 2002. — № 4 (31). — С. 151—157.

8. Михайлова Е. А. Состояние психического здоровья современных школьников [Текст] / Е. А. Михайлова, Г. Н. Даниленко, Е. Г. Куринная // Укр. вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 3 (36). — С. 67—71.

9. Марута Н. О. Пароксизмальні стани невротичного ґенезу (клінічні прояви, діагностика та терапія) [Текст] / Н. О. Марута, С. П. Колядко, Г. Ю. Каленська // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1—2 (9—10). — С. 26—29.

Надійшла до редакції 17.06.2010 р.

Т. Ю. Проскуріна
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України», м. Харків

Тривожно-фобічний розлад у підлітків

У роботі наведено клінічну феноменологію симптомокомплексів у підлітків з тривожно-фобічним розладом у віковому аспекті. Виділено інформативні прогностичні критерії щодо сприятливого і несприятливого перебігу тривожно-фобічного розладу у підлітків, що істотно у визначенні стратегії терапевтичного втручання.

Ключові слова: тривожно-фобічний розлад, клініка, динаміка, прогноз, підлітки.

T. Proskurina
State institution «Institute of Children and Adolescents Heals care of the AMS of Ukraine», Kharkiv

Phobic anxiety state in adolescents

The article defines clinical phenomenology of syndromes in adolescents with age-related states of phobic anxiety. There were singled out some informative prognostic criteria for favourable or unfavourable course of phobic anxiety states which essential for determining a therapeutic intervention strategy.

Keywords: phobic anxiety state, clinical picture, dynamics, prognosis, adolescents.

УДК 616.89.001.8:577.31

Г. Т. Сонник, А. М. Скрипніков, В. О. Рудь
Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ХРОНОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВИВЧЕННІ АФЕКТИВНОЇ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

У статті проаналізовано стан и перспективи розвитку біоритмологічного напрямку в сучасній психіатрії, заснованого на вивченні впливу різноманітних природних факторів на психіку людини, а також ролі біологічних ритмів в розвитку психічних захворювань. Наведені дані, що доводять пріоритетність подальшого розвитку цього напрямку для кращого зрозуміння природи психічних розладів і розробки найбільш ефективних методів їх лікування.

Ключові слова: біологічні ритми, геліогеофізичні фактори, афективні розлади, суїцидальна поведінка, нейросекреторні ядра гіпоталамуса

Стрімкий розвиток науково-технічної та методологічної бази сучасної клінічної медицини, наявний в останні десятиліття, призвів до суттєвого перегляду існуючих теоретичних підходів проведення наукових досліджень та перерозподілу пріоритетів різних їх моделей. Клініко-експериментальні дослідження в сучасній вітчизняній психіатрії розгортаються в силовому полі двох методологічних полюсів: традиційної феноменологічної моделі та доказової парадигми. Незважаючи на тенденції т. зв. «наукової моди», що інколи безпідставно відхиляє ще не до кінця вичерпані методологічні джерела дослідницької діяльності, в психіатрії не втратили актуальності описові підходи, особливо доцільні в дослідженнях психотерапевтичного, етологічного, клініко-психологічного напрямку. З іншого боку, досягнення психофізіології, біологічної хімії, генетики та інших фундаментальних дисциплін диктують новітні умови планування та проведення клінічних і експериментальних психіатричних досліджень, що базуються саме на засадах доказової медицини. Звичайно, ідеальна теоретична модель сучасного клініко-експериментального дослідження в психіатрії, з нашої точки зору, має враховувати обидва полюси: не відхиляючи унікальності конкретного матеріалу (клініко-феноменологічний метод), на засадах доказового підходу обережно формалізувати отримані дані, спираючись на збагачену фундаментальними науками дослідницьку методологію.

В світлі вищезазначеного нам здається цікавим розглянути стан та перспективи розвитку одного з напрямків сучасної психіатричної науки — вивчення психічних розладів в аспекті ритмологічної організації функціонування відкритої біологічної системи — людського організму. Біоритмологічна парадигма в психіатрії одночасно поєднує клініко-феноменологічні та доказові принципи клініко-експериментального дослідження, створюючи єдину часово-просторову модель певного психічного явища, зокрема патологічного процесу, з урахуванням зовнішніх природних впливів та ритмологічної саморегуляції. Біоритмологічна організація живих систем є загальновідомим природним феноменом, що в світлі інтегральної антропології ставить людський організм на якісно новий рівень взаємозв'язків з оточуючим середовищем, зокрема, геліогеофізичними впливами, пов'язуючи ритмологічні явища в неживій природі з фазними біосферними коливаннями — біологічними ритмами.

Відомо, що сонячна активність та пов'язані з нею геомагнітні флуктуації є екологічно значущими факторами, що впливають на чисельні зміни в спектрі електромагнітних полів у поверхні Землі [15]. До найбільш значущих зовнішніх факторів, які впливають на синхронізацію біологічних ритмів та можуть виконувати функцію «захвату» та «примушувача» ритму, відносять світлові корпускулярні випромінювання, зміни фонових електромагнітних та акустичних полів, іонізуюче випромінювання, варіації радіоактивності атмосфери, електромагнітні поля, коливання ультразвукових полів та тиску в атмосфері, а також регулярні чергування світла та темряви, зміну сезонів року [8; 13; 17]. Існують дослідження, які свідчать про кореляцію ризику виникнення психічних захворювань з геліогеофізичною обстановкою і рівнем сонячної активності [5; 6; 8], причому доведено прямий зв'язок між рівнем смертності населення та ступенем впливу несприятливих екологічних чинників [4]. Вплив геліогеофізичних факторів, що знижують ефективність механізмів психологічної адаптації та сприяють розвитку афективних психозів, аутоагресивної поведінки, невротичних розладів, алкогольних психозів т. ін. описувався в ряді наукових праць [9; 10; 12; 20; 25; 27].

Більшість дослідників вважає, що коливальний характер біологічних ритмів, пов'язаний з постійно діючими природними факторами, в процесі онто- та філогенезу отримав форму ендогенних ритмів, що еволюційно (генетично) закріпились, причому до них відносять не тільки циркадіанні, а й цирканнуальні ритми [13; 17]. Стан біологічної ритміки у хворих на різну патологію, в тому числі, й психічні розлади, досить активно досліджувався, причому сучасні хрономедичні дослідження свідчать про те, що різноманітні патологічні процеси в організмі людини супроводжуються явищами десинхронозу, а сама біоритмологічна дезадаптація є однією з причин розвитку виражених патологічних змін [13; 17]. Однією з найбільш вивчених є циркадіанна (колодобова) організація фізіологічних функцій людини, синхронізована зі зміною дня та ночі (світло — темрява), що має властивості саморегуляції та є високочутливою до будь-якого стресового впливу. Так, дослідження циркадіанної (колодобової) ритміки у пацієнтів з різними психічними захворюваннями

© Сонник Г. Т., Скрипніков А. М., Рудь В. О., 2010

(переважно афективного регістру) виявили у них виражені прояви зовнішнього та внутрішнього десинхронозу [10; 12; 20]. При цьому зовнішній десинхроноз полягав у незбігу об'єктивних показників з суб'єктивною оцінкою, а неузгодженість циркадіанної ритміки окремих фізіологічних функцій складала прояви внутрішнього десинхронозу.

Існують наукові роботи, в яких доводиться роль сезону року, як значущого фактора оточуючого середовища, що впливає на ініціацію та подальшу динаміку депресивних порушень, а також частоту самогубств та суїцидальних спроб [1; 11; 20]. Патофізіологічні дослідження останніх років доводять цирканнуальну залежність специфічних біохімічних процесів, що складають основу адаптивності організму, таких як метаболізм серотоніну в ЦНС, достовірно пов'язаний з суїцидальними спробами [26; 28]. Доведено кореляцію сезонних піків суїцидальної активності з частотою депресій, які в аспекті хрономедицини є наслідком хронобіологічного дефекту у вигляді фазового неузгодження колодобових ритмів на рівні ритмогенних центрів супрахіазматичних та паравентрикулярних ядер, епіфізу та гіппокампу [2; 20]. Максимальна частота завершених суїцидів припадає на весняні місяці, дещо знижується взимку і літом і знову підвищується восени, що відповідає періоду найбільш критичних перепадів геліогеометеорологічних факторів і корелює з числами Вольфа [18; 20]. Однак, у осіб у віці до 20 років найбільша кількість самогубств спостерігається, навпаки, взимку та літом, що, можливо, відбиває вікові функціональні особливості епіфізарно-гіпофізарних нейромедіаторних процесів [3].

В процесі пошуку морфофункціонального підґрунтя ритмологічної активності людини було встановлено зв'язок між афективними порушеннями і дисфункцією вищих вегетативних центрів. За даними T. A. Wehr, A. Witz-Justice [29], циркадіанні ритми зароджуються в ділянці супраоптичного та паравентрикулярного ядер гіпоталамуса, що виконують функцію провідного координатора синхронізації і пейсмекера фазового кута різних фізіологічних процесів. Однак, функціональний стан секреторних ядер гіпоталамуса, що регулюють циркадіанні ритми, вивчений недостатньо. Досліджуючи роль нейросекреторних ядер гіпоталамуса в патогенезі і патоморфозі тяжких депресивних епізодів з психотичними симптомами, отримали дані, які дозволяють стверджувати, що в механізмі виникнення реактивних депресивних станів, окрім психотравмуючих факторів, суттєве значення має функціональний стан нейросекреторних ядер гіпоталамуса, активність яких у хворих знижена [21]. Отже, згідно з сучасними патофізіологічними та психофізіологічними дослідженнями, порушення в системі гіпоталамо-гіпофізарно-епіфізарних стосунків складають один з провідних патогенетичних ланцюгів формування афективної патології. Так, запропонована в останні роки хронобіологічна модель розвитку фазних ендогенних психозів та профілактичного ефекту нормотимічних засобів [16] базується на уявленні про системний розлад біоритмічної організації організму, передовсім, десинхронізації циркадіанного ритму з циклом «сон — неспання».

Таким чином, виходячи з доведеної чисельними науковими працями концепції хронобіологічної детермінованості ряду афективних психічних розладів, спрямованість терапевтичних та профілактичних стратегій має враховувати саме первинну ланку ритмологічних порушень у складному патогенезу афективної патології. В цьому напрямку ведеться активний пошук сучасних засобів нормотимічної дії, наслідком чого стало впровадження в практичне використання поряд з вже традиційними солями літію карбамазепіну, вальпроатів, блокаторів кальцієвих каналів. Однак, використання препаратів цієї групи (які в більш широкому сучасному тлумаченні можна назвати антидесинхронотичними) найчастіше обмежується виключно фазною афективною патологією, тоді як явища десинхронозу супроводжують не тільки біполярні розлади. Так, Г. Лаукс [14] пропонує обов'язковий прийом препаратів літію для профілактики повторних суїцидальних дій, обґрунтовуючи такий погляд згаданим гіпоталамо-гіпофізарно-епіфізарним та вторинним серотонін-залежним механізмом в патогенезі депресивних розладів та пов'язаної з ними суїцидальності, а також низкою епідеміологічних спостережень.

З метою корекції пов'язаних з геліогеофізичними факторами та біологічними ритмами психічних розладів розробляються та успішно використовуються хронотерапевтичні методи [7; 19; 23; 24]. Їх загальні положення ґрунтуються на засадах комплексного хрономедичного підходу, який передбачає послідовний взаємозв'язок трьох етапів: хронодіагностики, безпосередньо хронотерапії та хронопрофілактики. На попередньому етапі мають здійснюватись діагностичні та хронодіагностичні заходи, які є підґрунтям для системи подальших диференційованих медикаментозних, психотерапевтичних та профілактичних стратегій. Основними задачами хронодіагностики є визначення індивідуального циркадіанного хронотипу пацієнта, а також рівня та типу десинхронозу циркадіанних фізіологічних функцій, що дозволяє встановити індивідуальні оптимуми фізіологічної активності хворих, хронотипологічні особливості перебігу у них захисно-пристосувальних реакцій, формування певних поведінкових моделей в умовах невротичного конфлікту, особливості циркадіанних розладів на рівні психотичного реагування та ін. Встановлений індивідуальний біоритмологічний хронотип, відповідно до базових положень хрономедицини, враховується під час вибору способу призначення медикаментозної терапії або проведення психотерапевтичної роботи в залежності від акрофази фізіологічного параметра. Визначення рівня та типу циркадіанного десинхронозу інколи враховується й в прогностичному аспекті щодо ефективності лікувальних заходів. Так, позитивними прогностичними критеріями хронобіологічного характеру щодо ефективності терапії вважаються такі: 1) чіткість організації добових графіків фізіологічних функцій; 2) відносно високі середні значення параметрів та їх широкий розподіл протягом доби; 3) відносно постійне положення акрофази при повторних дослідженнях протягом декількох днів [22].

На етапі безпосередньої хронотерапії використовують традиційну схему, що враховує хронотипологічні особливості лікування в залежності від індивідуального біоритмологічного типу, практична ефективність якої доводиться в ряді сучасних наукових досліджень [7; 19; 20]. Її загальним теоретичним підґрунтям є положення про те, що організм в різний період доби є різною біологічною, біохімічною та фізіологічною системою [23; 24]. Так, представникам ранкового типу циркадіанності призначення основних психотропних препаратів як патогенетичної, так і симптоматичної спрямованості проводять з розподілом основного дозування на ранкові години, у представників індиферентного типу терапія відбувається в ранкові та денні години, а особам вечірнього типу циркадіанності призначення основних доз препаратів має припадати на денні та вечірні години.

Хронопрофілактичні заходи, як правило, базуються на поєднаному врахуванні циркадіанної та цирканнуальної залежності певного психічного розладу з відповідним плануванням та проведенням превентивної програми згідно з індивідуальним біоритмологічним статусом пацієнта в періоди найбільшого цирканнуального ризику для даної психічної патології.

Незважаючи на вагому теоретичну, експериментальну та клінічну базу сучасної біоритмологічної психіатрії, що містить як фундаментальні положення, так і суто конкретні практичні рекомендації щодо хронодіагностичних, хронотерапевтичних та хронопрофілактичних процедур, в практичній ланці психіатричної служби їх застосування залишається все ще мало поширеним. Хоча, один тільки факт дійсно патогенетичної спрямованості лікування афективної патології засобами, які усувають явища десинхронозу, у порівнянні з антидепресантами — препаратами, що посідають друге після антибіотиків місце на сучасному фармакологічному ринку, але є лише симптоматичними засобами, може свідчити про надзвичайно важливе значення біоритмологічних досліджень в клінічній психіатрії.

Подальший поглиблений пошук морфофункціональних та біохімічних корелятів різних груп психічних розладів на засадах медичної біоритмології буде сприяти не тільки фундаменталізації психіатричних досліджень в напрямку доказової медицини, а й можливому наближенню терапії та профілактики психічних розладів до первинних патогенетичних ланок.

Список літератури

1. Абрамов А. В. Анализ суицидальной активности сотрудников органов внутренних дел / А. В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — Донецк, 1999. — № 1(5). — С. 47—52.
2. Арушанян Э. Б. Психическая депрессия и гиппокамп / Арушанян Э. Б., Бейер Э. В. // Российский психиатрический журнал. — М., 2001. — № 1. — С. 4—9.
3. Бровина Н. Н. Особенности структуры завершенных суицидов у лиц в возрасте до 20 лет / Бровина Н. Н., Ситенко Л. Н. // Суицидология. Теория и практика ; под ред. А. М. Морозова, А. П. Чуприкова. — Киев: КИВД, 1998. — С. 51—54.
4. Василевский Н. Н. О роли биоритмологических процессов в механизмах адаптации и коррекции регуляторных дисфункций / Василевский Н. Н., Сидоров Ю. А., Суворов Н. Б. // Физиология человека. — 1993. — Т. 19. — № 1. — С. 91—98.
5. Космос и биологические ритмы / [Владимирский Б. М., Сидякин В. Г., Темурьянц Н. А. и др.]. — Симферополь, 1995. — 206 с.
6. Владимирский Б. М. Влияние солнечной активности на биосферу-ноосферу / Владимирский Б. М., Темурьянц Н. А. — М., 2000. — 374 с.
7. Головченко Ю. И. Перспективы развития хрономедицины и хронотерапии / Головченко Ю. И., Адаменко Р. Я. // Український медичний альманах. — Луганськ, 2000. — Т. 3. — № 2 (додаток). — С. 24—28.
8. Григорьев П. Е. Геомагнитная активность и эмбриональное развитие человека / Григорьев П. Е., Хорсева Н. И. // Биофизика. — 2001. — Т. 46. — № 5. — С. 919—921.
9. Денеко М. О. Епідеміологія, клініка та лікування гострих алкогольних психозів з урахуванням геліогеофізичних факторів і біологічних ритмів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / М. О. Денеко. — К., 1999. — 19 с.
10. Животовська Л. В. Епідеміологія, клініка та лікування неврозів з урахуванням цирканнуальних та циркадіанних ритмів / Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Л. В. Животовська. — К., 1994. — 19 с.
11. Изнак А. Ф. Современные представления о нейрофизиологических основах депрессивных расстройств / А. Ф. Изнак. — В кн.: Депрессии и коморбидные расстройства ; под ред. А. Б. Смулевича. — М., 1997. — С. 166—179.
12. Касьяненко М. А. Психічні порушення невротичного регістру у учасників ліквідації аварії на ЧАЕС (клініка, біоритмологія, соціальна дезадаптація) : автореф. дис. … канд. мед. наук / М. А. Касьяненко. — К., 1999. — 19 с.
13. Комаров Ф. И. Хронобиология и хрономедицина: Руководство / Ф. И. Комаров. — М.: Медицина, 1989. — 400 с.
14. Лаукс Г. Психофармакология суицидальности / Г. Лаукс // Pharmedicum. — 1996. — № 1. — С. 6—7.
15. Любарский А. В. К вопросу о влиянии геомагнитной активности в период эмбриогенеза на развитие непсихотических психических расстройств / Любарский А. В., Григорьев П. Е., Хорсева Н. И. // Архів психіатрії. — К., 2002. — № 3(30). — С. 85—88.
16. Мосолов С. Н. Основы психофармакологии / С. Н. Мосолов. — М.: Восток, 1996. — С. 150—153.
17. Новиков В. С., Деряпа Н. Р. Биоритмы, космос, труд / Новиков В. С., Деряпа Н. Р. — СПб.: Наука, 1992. — 255 с.
18. Симуткин Г. Г. Сезонная ритмика поступления в психиатрическую клинику пациентов с аффективными расстройствами / Г. Г. Симуткин // Таврический журнал психиатрии. — Симферополь, 2000. — Т. 4. — № 3(14). — С. 91—93.
19. Скрипников А. Н. Биоритмы и агрессия / Скрипников А. Н., Касьяненко М. А. // Вестник проблем биологии и медицины. — 1997. — № 23. — С. 4—7.
20. Сонник Г. Т. Эпидемиология, патоморфоз, диагностика и лечение депрессивных состояний с учетом гелиогеофизических факторов : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук / Г. Т. Сонник. — М., 1988. — 32 с.
21. Сонник Г. Т. Роль нейросекреторних ядер гіпоталамуса в патогенезі і патоморфозі тяжких депресивних епізодів з психотичними симптомами / Сонник Г. Т., Сонник Є. Г. // Архів психіатрії. — К., 2004. — Т. 10, № 2 (37). — С. 111—113.
22. Сонник Г. Т. Реабилитация больных неврастенией в зависимости от типа течения и биоритмологического статуса / Сонник Г. Т., Лютенко В. П., Животовская Л. В. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — Донецк, 1995. — № 1. — С. 27—31.
23. Сорокин А. А. Основные принципы хронотерапии / Сорокин А. А., Шпирт М. Б. // Журнал клинич. медицины. — М.: Медицина, 1991. — Вып. 5. — С. 37—39.
24. Улащик В. С. Биологические ритмы и хронотерапия / В. С. Улащик // Бел. мед. новости. — 1996. — № 2. — С. 2—7.
25. Хананашвили М. М. Особенности течения эндогенных заболеваний, протекающих с сезонными депрессиями / М. М. Хананашвили // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — М., 2000. — Т. 100. — № 4. — С. 18—22.
26. Ashberg M. Biochemical aspects of suicidal behavior / M. Ashberg // Abstr. 6-th Europ. Symp. on Suicide and Suicidal Behavior (Lund, Sweden, June 12—15, 1996). — Lund University, 1996. — P. 243.
27. Khanna R. Seasonal bipolar disorder of a predominantly manic type / Khanna R., Mukherjee S. // XI World Congress of Psychiatry. — Hamburg, 1999. — 2. — P. 121.
28. Relationship between central and peripheral serotonin indexes is depressed and suicidal impatients / [Mann J., McBride A., Brown R. et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1992. — V. 49. — P. 442—446.
29. Wehr T. A. Circadian rhythm mechanisms in affective illness and in antidepressant drug action / Wehr T. A., Witz-Justice A. // Pharmacopsychiat. — 1982. — V. 15. — № 1. — P. 31—39.

Надійшла до редакції 23.06.2010 р.

Г. Т. Сонник, А. Н. Скрипников, В. А. Рудь
Украинская медицинская стоматологическая академия (г. Полтава)

Опыт и перспективы развития хронобиологических исследований в изучении аффективной психической патологии

В статье анализируется состояние и перспективы развития биоритмологического направления в современной психиатрии, основанного на изучении влияния разнообразных природных факторов на психику человека, а также роль биологических ритмов в развитии психических заболеваний. Приводятся данные, доказывающие приоритетность дальнейшего развития данного направления для лучшего понимания природы психических расстройств и разработки наиболее эффективных методов их лечения.

Ключевые слова: биологические ритмы, гелиогеофизические факторы, аффективные расстройства, суицидальное поведение, нейросекреторные ядра гипоталамуса.

G. T. Sonnik, A. M. Skrypnikov, V. O. Rud'
Ukrainian Medical Stomatology Academy (Poltava)

Experiences and perspectives of development of chronobiological investigations in the studies of affective psychopathology

This article has analysis of the state and perspectives of development of biorhythmologycal way in the modern psychiatry, which based on investigation of influence different natural factors to the human mentality and biological rhythms role in development of mental disorders. The dates proved priority of further development of this way for better understanding of mental disorders nature and elaboration most effective treatment methods are demonstrated.

Keywords: biological rhythms, heliogeophysical factors, affective disorders, suicidal behaviour, neurosecretive nuclei of hypothalamus.

УДК 613.816:616.89-008.447

П. М. Слободянюк, *гол. лікар КП «Вінницький обласний наркологічний диспансер «Соціотерапія»*
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

ПАТОЛОГІЧНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПСИХОЛОГІЧНИМИ СКЛАДОВИМИ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

На підставі вивчення індивідуально-психологічних та клініко-психопатологічних особливостей 150 чоловіків, хворих на алкогольну залежність, встановлено взаємозв'язки між даними показниками та виділено їх варіанти: вертикальний, коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості алкогольної залежності впливають один на одного, що призводить до їх підвищення або зниження; горизонтальний, коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості алкогольної залежності підсилюють або послаблюють силу дії один одного. Отримані дані покладено в основу під час розроблення заходів інтегративної психотерапії при лікуванні пацієнтів з алкогольною залежністю.

Ключові слова: психологічні особливості, клінічні особливості, алкогольна залежність

Проблема алкогольної залежності (АЗ) на даний час є однією з найбільш актуальних для сучасної медицини. Низькі показники ефективності лікувальних програм для хворих на АЗ обумовлюють необхідність пошуку певних критеріїв їх ефективного застосування і розроблення на цій основі комплексних диференційованих терапевтичних програм, які включають до себе різні комбінації сучасних методів лікування (фармакотерапевтичні та психотерапевтичні). Світовий досвід переконливо доводить значне підвищення ефективності психокорекційних програм лікування осіб, залежних від алкоголю, при використанні спеціально розроблених систем психотерапевтичних заходів. На даний час психотерапевтична ланка наркологічної допомоги в Україні практично не існує і її розвиток гальмується, в тому числі, відсутністю відповідного методичного забезпечення.

Сучасний стан психотерапії залежності від алкоголю характеризується індивідуальним підходом, комплексністю та спрямованістю. В цілому спостерігається перехід від симптомологічних до нозоцентрированих та особистісноорієнтованих впливів. На перший план виходить поліпшення якості ремісій й профілактика рецидиву захворювання. Проте, для більшості пацієнтів, які звертаються за допомогою, найчастіше допомога зводиться до так званого «плацебо-лікування». Невиправдано широке застосування «шахрайських» з точки зору доказової медицини психотерапевтичних методів приводить до того, що значна кількість пацієнтів, що звертаються за допомогою, залишаються без повноцінного психотерапевтичного супроводу. У зв'язку із цим збільшується актуальність розроблення психотерапевтичних інтегративних методів, досить ефективних, що відповідають сучасним стандартам лікування АЗ. Як один з таких методів можна розглядати інтегративну психотерапію, що є визнаним методом лікування адиктивних розладів. У контексті лікування АЗ даний метод спрямований на те, щоб сприймати людину як ціле, і запропонувати їй відповідну терапію. При цьому вона ґрунтується на досвіді сучасних досліджень, які доводять, що більшість підходів у психотерапії мають загальні основні, але різні фактори впливу й що завдяки сполученню цих факторів можна уникнути однобічної спрямованості психотерапії.

Враховуючи вищенаведене, метою даної роботи було визначення взаємозв'язку між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування АЗ, для визначення мішеней інтегративного психотерапевтичного впливу, що планується нами до розроблення і впровадження в клінічну практику.

© Слободянюк П. М. , 2010

Для досягнення зазначеної мети за умови інформованої згоди, обстежено 150 пацієнтів-чоловіків, які відповідають діагностичним критеріям МКХ-10 — F 10.2 алкогольна залежність, різного вікового цензу в період ремісії (основна група). Групу порівняння склали 50 практично здорових осіб — чоловіків.

В роботі використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний та статистичний методи.

Як методичний інструментарій використовували: тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням алкоголю та визначення ступеня небезпечності його вживання [1], опитувальник «Мотиви вживання алкоголю» (МВА) В. Ю. Зав'ялова [2], методику Г. Шмішека для вивчення акцентуйованих рис характеру [3], тест MMPI в адаптації Ф. Б. Березіна зі співавт. для визначення особистісних властивостей пацієнтів [4], методику визначення рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера (в адаптації Є. Ф. Бажина зі співавт.) [5], методики «Способи копінга» [3], «Індекс життєвого стилю» [3] та «Методика діагностики типів ставлення до хвороби» Ленінградського психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерєва [3].

За результатами дослідження взаємного впливу між психологічними складовими та психопатологічними особливостями АЗ виокремлено основні патологічні конструкції, які формують алкогольні риси пацієнтів та у подальшому впливають на функціонування алкогольної особистості.

В цілому за результатами отриманих експериментальних даних у хворих на АЗ виокремлено психологічні показники, які знаходяться у високому ступені вираженості/значущості й, за рекомендаціями авторів використаних методик, відповідають рівню, що є вище нормативних значень із досягненням патології, аномалії або дефекту особистості. Так, серед досліджених основної групи переважали пацієнти за типом акцентуації із демонстративністю, збудливістю, гіпертимністю, циклотимністю ($p < 0,01$); структурою особистості із психопатією (Pd), паранойяльністю (Pa), психастенією (Pt) гіпоманією (Ma) ($p < 0,01$); рівнем суб'єктивного контролю із екстернальним типом ($p < 0,01$); типом копінг-стратегій із конфронтацією, дистанціюванням, втечою-уникненням ($p < 0,01$); захисними механізмами — витісненням, запереченням, заміщенням, регресією ($p < 0,01$); із сенситивним, тривожним, анозогнозичним, ергопатичним типом ставлення до хвороби ($p < 0,01$).

Крім того, за результатами отриманих даних у хворих виокремлено клініко-психопатологічні особливості АЗ, що достовірно корелювали за впливом на перебіг АЗ та на зміну особистісних психологічних ознак пацієнтів. Так, серед досліджених основної групи переважали пацієнти із наявністю небезпеки для фізичного, психологічного, психічного здоров'я ($p < 0,01$); непереборним прагненням вжити алкоголь, втратою контролю, уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції, станом абстиненції ($p < 0,01$); синдромом зловживання алкоголем, активною залежністю від алкоголю й постійним вживанням алкоголю ($p < 0,01$); істеричною, дисфоричною, експлозивною формами сп'яніння; атарактичними, абстинентними, адиктивними мотивами вживання алкоголю ($p < 0,01$); високою спадкоємністю АЗ по лінії батька та

стабільно високою у матері ($p < 0,01$); патологічними МВА та тяжким «прогредієнтним» перебігом АЗ із дефектом особистості за алкогольним типом, «деформованими патернами поведінки батька», «емоційно-емпатичним дефектом» матері, копіюванням ризикових форм поведінки інших значущих осіб у молодому віці ($p < 0,01$); «синергізмом» патогенетичних механізмів вживання при різних МВА; вираженої клінічної картини АЗ та змінами психофізіологічних реакцій організму на алкоголь у вигляді високої толерантності ($p < 0,01$); низької толерантності із зниженими адаптивними можливостями організму ($p < 0,01$).

Виявлено, що загальні психопатологічні синдроми АЗ своєрідно впливають на суб'єктивну думку пацієнта щодо власного здоров'я. Так, виявлено високій рівень сили кореляційного зв'язку між низькою стурбованістю щодо погіршення соматичного стану здоров'я та низькими показниками психологічного/емоційного благополуччя ($p < 0,01$). Труднощі концентрації уваги, зниження розважливості й усвідомлення АЗ впливають у бік зниження самореалізації та духовної реалізації ($p < 0,01$).

Отримані за результатами досліджень кореляційні взаємозв'язки диференційовані за площиною та напрямком впливу.

1. Вертикальний вплив — коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості АЗ діють один на одного, що призводить до підвищення або зниження параметрів іншого.

Напрямок (вплив за зміною): ↑ — підвищення однієї із складових зв'язку; ↓ — зниження однієї із складових зв'язку; ↕ — взаємний вплив із підвищенням однієї та зниженням іншої складових зв'язку.

2. Горизонтальний вплив — коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості АЗ діють один на одного, посилюючи або послабляючи силу дії іншого.

Напрямок (вплив за силою дії): → — посилення дії складової зв'язку; ← — послаблення дії складової зв'язку; ↔ — взаємна дія із підвищенням одної та зниженням іншої дії складової зв'язку.

Для підрахунку кореляційного взаємозв'язку за площиною та напрямком впливу розроблено схему їх кодування, яке відображено у матриці кодування взаємозв'язків (табл. 1). Розподіл взаємозв'язків має декілька варіантів, якім відповідають формули:

А) Формула 1: вертикальна зміна психологічних показників — горизонтальна показників залежності.

Б) Формула 2: горизонтальна зміна психологічних показників — вертикальна показників залежності.

В) Формула 3: вертикальна зміна психологічних показників — вертикальна показників залежності.

Г) Формула 4: горизонтальна зміна психологічних показників — горизонтальна показників залежності.

Усі викладені взаємозв'язки між показниками, що наведені у табл. 1, мали статистичну достовірність зв'язку ($p < 0,01$) у інших комбінаціях взаємозв'язків психологічних показників та показників алкогольної залежності, статистично достовірних зв'язків не виявлено ($p > 0,05$).

Кодування встановлених взаємозв'язків виглядає таким чином. Наприклад: А1 — збільшення патологічних психологічних показників супроводжується посиленням дії патологічного впливу АЗ. За результатами статистичного аналізу виявлено два типи «нахилу» розподілу динаміки зміни показників: 1 — «більш збережений — правосторонній нахил»; 2 — «більш руйнований — лівосторонній нахил». За тяжкістю найменш тяжким у клінічному плані є «односпрямований» взаємозв'язок, наприклад А1, найбільш тяжким — «зворотній» взаємозв'язок, наприклад І1.

Таблиця 1

Матриця кодування кореляційних взаємозв'язків

Код	Формула							
	1		2		3		4	
	ПП	АЗ	ПП	АЗ	ПП	АЗ	ПП	АЗ
A	↑	→	→	↑	↑	↑	→	→
B	↓	→	→	↓	↓	↑	←	→
C	↕	→	→	↕	↕	↑	↔	→
D	↑	←	←	↑	↑	↓	→	←
E	↓	←	←	↓	↓	↓	←	←
F	↕	←	←	↕	↕	↓	↔	←
G	↑	↔	↔	↑	↑	↕	→	↔
H	↓	↔	↔	↓	↓	↕	←	↔
I	↕	↔	↔	↕	↕	↕	↔	↔

Примітка: ПП — психологічні показники — результати тестування у межах завищення та патології; АЗ — клініко-психопатологічні показники алкогольної залежності у межах завищення та патології.

Вищевикладені виокремлені психологічні показники та клініко-психопатологічні особливості АЗ за площиною та напрямком кореляційного взаємозв'язку щодо патогенного їх розвитку викладені у зведених таблицях між психологічними показниками та: показниками тесту AUDIT (табл. 2), симптомами синдрому алкогольної залежності за МКХ-10 (табл. 3), мотивами вживання алкоголю (табл. 4), віковою структурою особистості та мотивами вживання алкоголю (табл. 5), показниками наркологічного статусу (табл. 6).

За зведеними результатами кореляційних взаємозв'язків між психологічними показниками та показниками тесту AUDIT (табл. 2) видно, що в цілому серед обстежених основної групи можна констатувати декілька залежних картин зміни динаміки показників. Так, у групі пацієнтів, де кількість балів була 16—19, у всіх підгрупах динаміка взаємозв'язків має у плані психологічного благополуччя та вираженості ознак АЗ «більш збережений — правосторонній нахил». У свою чергу, у групі пацієнтів, де кількість балів склала від 20 та більше, у всіх підгрупах динаміка взаємозв'язків психологічного благополуччя та вираженості ознак АЗ має «більш руйнований — лівосторонній нахил». Ця особливість у подальшому була покладена в основу формування психотерапевтичних груп та їх змістового наповнення у психотерапевтичному сенсі.

Таблиця 2

Зведені результати між динамікою клінічної обтяженості АЗ та кореляційними взаємозв'язками психологічних показників* й показниками тесту AUDIT

Динаміка клінічної обтяженості АЗ	Підгрупа					
	1 ($N = 46$; 30,7 %)		2 ($N = 54$; 36,0 %)		3 ($N = 50$; 33,3 %)	
	Показник AUDIT (бали)/N — кількість					
	16—19 ($N = 9$)	20 та > ($N = 37$)	16—19 ($N = 8$)	20 та > ($N = 45$)	16—19 ($N = 7$)	20 та > ($N = 43$)
немає обтяженості	A1	A4	B1	B4	C1	C4
	B2	B3	C2	C3	D2	D3
	C3	C2	D3	D2	E3	E2
	D4	D1	E4	E1	F4	F1
	E1	E4	F1	F4	G1	G4
	F2	F3	G2	G3	H2	H3
	G3	G2	H3	H2	I3	I2
значна обтяженість	H4	H1	I4	I1	A4	A1
	I1	I4	A1	A4	B1	B4

Примітка: * — Результати тестування у межах завищення та патології

За зведеними результатами кореляційних взаємозв'язків між психологічними показниками та симптомами синдрому АЗ за МКХ-10 (табл. 3) видно, що в цілому, серед обстежених основної групи спостерігається хаотичний розподіл взаємозв'язків психологічних показників та симптомів АЗ.

Таблиця 3

Зведені результати кореляційних взаємозв'язків між психологічними показниками та симптомами алкогольної залежності за МКХ-10

Симптоми алкогольної залежності за МКХ-10	Психологічні показники*		
	Підгрупа (*N*, %)		
	1 (*N* = 46, 30,7 %)	2 (*N* = 54, 36,0 %)	3 (*N* = 50, 33,3 %)
1. Сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)	—	×	C, F, G, H, I (1—4)
2. Порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)	—	×	C, F, G, H, I (1—4)
3. Уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції	—	×	C, F, G, H, I (1—4)
4. Стан абстиненції	—	×	C, F, G, H, I (1—4)
5. Толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна)	—	×	—
6. Звуження асортиментів спиртних напоїв, які вживаються	A, B, D, E (1—4)	×	—
7. Прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів	A, B, D, E (1—4)	×	—
8. Психологічна або соматична шкода	A, B, D, E (1—4)	×	—
9. Постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків	A, B, D, E (1—4)	×	—

Примітка: * — Результати тестування у межах завищення та патології.

Проте, виявлено внутрішньогрупову залежність розподілу в залежності від мотиву вживання алкоголю. Так, пацієнти із психосоціальними мотивами (підгрупа 1) мали «односпрямовані» взаємозв'язки по так званим «соціальним» та «психологічним» симптомам, а саме: звуження асортиментів спиртних напоїв, які вживаються; прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів; психологічна або соматична шкода; постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків. Пацієнти із патологічними мотивами (підгрупа 3) мали «зворотні» взаємозв'язки по так званим клінічним проявам АЗ, а саме: сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»); порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»); уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції; стан абстиненції; толерантність. У пацієнтів із особистісно-значущими мотивами (підгрупа 2) не виявлено чіткого розподілу взаємозв'язків із симптомами АЗ, у більшості їх класифікація була складною внаслідок підвищеної «міграції» внаслідок нестійкості особистісних рис пацієнтів.

Наступним етапом дослідження став аналіз та зведення результатів між динамікою клінічного обтяження АЗ та кореляційними взаємозв'язками психологічних показників та мотивів вживання алкоголю (табл. 4). З даних табл. 4 видно, що, в цілому, серед обстежених основної групи взаємозв'язок психологічних показників й симптомів АЗ із МВА, значно відрізняється.

Таблиця 4

Зведені результати кореляційних взаємозв'язків психологічних показників[А] та мотивів вживання алкоголю

Групи мотивів вживання алкоголю								
соціально-психологічні			особистісно-значущі			патологічні		
Мотиви вживання алкоголю[Б]:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
A1, A2 B1, B2 C1, C2	G1,G 2 D1, D2 E1, E2	F1, F2 H1, H2 I1, I2	A3 B3 C3	D3 E3 F3	G3 H3 I3	A4 B4 C4	D4 E4 F4	G4 H4 I4
(*N* = 46; 30,7 %)			(*N* = 54; 36,0 %)			(*N* = 50; 33,3 %)		

Примітка: [А] Результати тестування у межах завищення та патології. [Б] Мотиви вживання алкоголю: 1. Традиційні; 2. Субмисівні; 3. Псевдокультурні; 4. Гедоністичні; 5. Атарактичні; 6. Гіперактивації поведінки; 7. Абстиненті; 8. Адиктивні; 9. Самоушкодження

Для пацієнтів першої підгрупи характерним виявився розподіл взаємозв'язків із вертикально-горизонтальним та горизонтально-вертикальним варіантом впливу (формули 1, 2). Для пацієнтів другої підгрупи — вертикальний вплив (формула 3), пацієнтів третьої підгрупи — горизонтальний напрямок впливу (формула 4). В цілому, характеризуючи пацієнтів за мотивом вживання, можна узагальнити таке: для пацієнтів із соціально-психологічними мотивами «особистісні зломи» у більшості випадків проявлялися у вигляді невміння протистояти тиску оточуючих, нездатності відмовитися від прийому алкоголю, сором'язливості, тривожності, боязкості, намаганням пристосувати свій власний досвід до цінностей соціального мікросередовища, в якому він функціонує. Для пацієнтів третьої підгрупи «патологічна складова» у своєму змісті мала: незрілість, «афективну логіку», лабільність, легкість фрустрації, зниження самооцінки, тривожність, блокування потреби в захищеності, потребу у схваленні, страх оцінки, егоцентризм, невпевненість, звинувачення інших, уникнення проблем.

Наступним етапом щодо аналізу взаємозв'язків між психологічними показниками та клініко-психопатологічними особливостями АЗ стало визначення психологічних особливостей пацієнтів в залежності від їх віку, структури особистості та МВА. Даний шлях був обраний нами, виходячи із загальноприйнятого факту щодо вікового потенціалу особистості у вирішені особистісних проблем. Так, у різному віці особистість може по-різному, враховуючи власний досвід та успадковану здатність, використовувати механізми психологічного захисту із подоланням проблеми або використовувати патологічні механізми психологічного захисту із акцентуванням та розвитком патології. Результати розподілу досліджуваних пацієнтів за віковою структурою особистості та МВА відображено у табл. 5.

Таблиця 5

Розподіл досліджуваних пацієнтів за віковою структурою особистості (MMPI) та мотивами вживання алкоголю

Вік, у роках	Основна група			Група порівняння
	Підгрупа № 1	Підгрупа № 2	Підгрупа № 3	
	Структура особистості			
≤ 30	тенденція	тенденція/ акцентуація	акцентуація	тенденція
31—40	акцентуація	акцентуація	патологія	тенденція
41—50	патологія	акцентуація/ патологія	патологія	акцентуація
51—60	патологія	патологія	патологія	акцентуація
≥ 61	патологія	патологія	патологія	патологія

Примітки: Достовірність зміни сукупного балу акцентуацій за шкалами Hs, D, Hy, Se ($p \le 0{,}001$); достовірність зміни сукупного балу тенденції за шкалами Pd, Pa, Pt, Ma ($p \le 0{,}001$); достовірність розбіжностей між показниками шкал у досліджуваних групах $p \le 0{,}001$.

З даних табл. 5 видно, що обстежені основної групи значно відрізнялися від пацієнтів групи порівняння. Найбільш «враженими» виявилися пацієнти третьої підгрупи, у яких рівень патології особистості діагностувався вже у віці 31—40 рр. Тобто, враховуючи стаж вживання алкоголю (табл. 5), патологічна зміна особистості формувалася після 10 років зловживання алкоголем. У пацієнтів першої та другої підгрупи етап патологічної зміни особистісних рис до рівня патологічного їх прояву був відстрочений до віку 41—50 років. Треба зазначити, що показники пацієнтів третьої підгрупи не мали рівня тенденції, тобто мали начальний підвищений ризик зміни особистості до патологічного рівня у більш молодому віці. Крім того, пацієнти розподілилися у три вікові групи: група *A* (≤ 30 р.) — «переддиспозиційна», де пацієнти не мали патологічного рівня; група *B* (31—40 та 41—50 рр.) — «перехідна» із формуванням акцентуації та патології; група *C* (51—60 та 60 і більше років) — «патологічна» із вираженими патологічними рисами особистості. Даний розподіл пацієнтів у подальшому став основою для розробки заходів індивідуальної інтегративної психотерапії та формування груп із врахуванням віку та особистісних патологічних рис.

Наступним етапом став аналіз кореляційних взаємозв'язків між психологічними показниками та показниками наркологічного статусу (табл. 6).

Таблиця 6

Зведені результати кореляційних взаємозв'язків між показниками наркологічного статусу та психологічними показниками

Показники наркологічного статусу	Психологічні показники у підгрупі*		
	1 (*N* = 46, 30,7 %)	2 (*N* = 54, 36,0 %)	3 (*N* = 50, 33,3 %)
Спадковість у родичів			
немає	C4	A2	F4
батько	F3	C3	I2
мати	I2	B4	G1
сіблінгі	G3	E1	D4
інші	B1	D4	C2
Вік дебюту АЗ, роки			
< 20	F3	A1	A2
20—25	H4	G3	D3
26—30	B3	D2	G1
> 30	D1	I3	H2
Стаж вживання алкоголю, роки			
< 1	I4	I2	C4
1—5	D2	H3	F2
6—10	H1	A3	I1
> 10	C2	G4	A2
Середня доза, мл			
< 150	I2	D4	F4
151—500	G3	D2	H2
501—1000	A1	H1	I1
> 1000	B2	B2	C4
не встановлено	F4	C3	A1
Максимальна доза, мл			
< 500	C3	I1	C1
501—750	I4	A2	D4
751—1000	G2	D3	G2
1001—1250	H4	T2	I2
> 1250	A1	C4	H3

Примітка: * — результати тестування у межах завищення та патології за тестами

В обстежених усіх трьох підгруп кореляційні взаємозв'язки розподілилися по-різному за площиною та напрямком впливу. Крім того, показники наркологічного статусу та психологічні показники мали як «односпрямований», так й «зворотній» взаємозв'язок. Тобто, усі виокремлені показники наркологічного статусу мали істотний вплив на формування індивідуальних особливостей клінічної картини АЗ. Проте, загальними між тяжкістю клінічної картини АЗ та наявністю психологічної переддиспозиції виявлено такі наркологічні показники: спадковість від матері та батька, від дебюту АЗ — менш 20 р., стаж вживання більш 10 р., середня доза у межах 151—500 мл, максимальна — у межах 1001—1250 мл.

Результати дослідження щодо встановлення взаємозв'язку між психологічними та клініко-психопатологічними показниками АЗ можна проілюструвати клінічним спостереженням, наведеним нижче.

Хворий У., 1980 року народження (30 р.).

Анамнез життя. Спадковість психічними захворюваннями обтяжена — мати страждала на депресію. Ранній розвиток без особливостей. Відомо, що батько зловживав алкоголем. Закінчив 9 класів загальноосвітньої школи, учився посередньо, прогулював заняття, тікав з будинку. Не одружений. Проживає з матір'ю, взаємини незадовільні. Трудова діяльність із 16 років, в армії не служив. Протягом трудової діяльності перемінив багато робіт, довго ніде не затримувався. Скоював суспільно небезпечні дії, затримувався міліцією за скоєння хуліганських дій у стані алкогольного сп'яніння. Джерело існування — непостійні заробітки, на утриманні матері.

Анамнез захворювання. Клінічно окреслені виражені епізоди алкогольної залежності — із 18—22 рр. У алкогольному стані спостерігається агресивна поведінка, але пацієнт вважає, що дані стані обумовлені зовнішніми чинниками, пов'язаними із проблемами у оточуючих. У бесіді з матір'ю виявлено, що поведінка хворого у період агресії некерована та виникає без видимих зовнішніх подразників. У віці 21—28 рр. відзначалося значне підвищення частоти епізодів уживання алкогольних напоїв. З 27 років по теперішній час відносини із оточуючими стали більш конфліктні. За характером епізодичне вживання змінилося постійним зловживанням алкоголем.

Соматичний та неврологічний статус. Пацієнт достатнього харчування, шкірні покриви чисті. Подих везикулярний, хрипів немає. Тони серця ритмічні, ПС 71 уд./хв, АТ 120/85. Живіт м'який, печінка, селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення в нормі. Гострої неврологічної патології не виявлено.

Психічний статус. Правильно орієнтований у місці, часі й власній особистості. Свідомість не порушена. Пам'ять і мислення без видимої патології. Інтелект невисокий, життєві інтереси обмежені власною особою. У бесіді веде себе дуже розслаблено, десь нагло, але до лікаря ставиться насторожено. Критика до зловживання алкоголем відсутня, відповідальність за зловживання анозогнозує.

Наркологічний анамнез. Уживання алкоголю не заперечує, початок уживання з 16 років, алкогольний стаж близько 14 років. У даний час толерантність близько 500 мл (у перерахуванні на чистий спирт) на тиждень. Мотивом вживання виказує «для облегшення комунікації», та «бажанням спілкуватися на рівних», «бути як всі». Форма сп'яніння — агресивна із руховою активністю. Алкоголь уживає щодня по 50—100 мл по вечорах, у вихідні дні — до 300 мл. У клінічній картині алкогольної залежності за допомогою Модуля F 10 МКХ-10 виявлені такі симптоми: сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»), порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»), уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції, стан абстиненції, звуження асортиментів спиртних напоїв, які вживаються, прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки та інтересів через перевагу алкоголю, психологічна і соматична шкода внаслідок вживання алкоголю, постійне вживання, незважаючи на шкідливі наслідки. Тривалість синдрому залежності від алкоголю близько 10 років.

Результати експериментального психологічного дослідження пацієнта У. наведені у табл. 7.

Таблиця 7

Зведені результати психодіагностичного обстеження пацієнта У.

Методики	Показник
Акцентуація характеру	Збудливий (20), дистимічний (18)
Профіль особистості (MMPI)	Hs — 73, D — 77, Hy — 77, Pd — 69, Pa — 64, Pt — 62, Se — 71 , Ma — 66
Рівень суб'єктивного контролю	Екстернальний
Копінг-стратегія	Втеча-уникнення
Індекс життєвого стилю	Заперечення, регресія
Тип ставлення до хвороби	Анозогнозичний

Аналіз даних результатів психодіагностичного дослідження виявив у пацієнта виражену акцентуацію за збудливим (18 балів) і дистимічним (16,7 балів) типами та схильність до акцентуації за демонстративним (14,7 балів), неврівноваженим (14,1 балів) і екзальтованим (14,8 балів) типами. Таким чином, особливістю особистості є перенесення своїх проблемних станів на найближче оточення, в стані афекту пацієнт схильний до непрогнозованих вчинків, при низькому рівні контролю за поведінкою. Відмічаються часті стани із зниженим настроєм, які змінюються агресією та дисфорією.

Діагностичний висновок: Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю з синдромом залежності (F10.25). Особистісна девіація за агресивним типом реагування із руховим збудженням, анозогнозія алкогольної залежності. Мотиви вживання: абстинентні.

Призначення: Інтегративна психотерапія: 10 індивідуальних сеансів раціональної психотерапії, підсумкова психотерапевтична інтервенція за участю матері. Психофармакотерапія: гідазепам 60 мл/добу — 21 день, флуоксетин 20 мл/добу — 6 місяців, депакін-хроно 600 мл/добу — 1,5 місяця.

Катамнестичний анамнез. У ході психотерапевтичного лікування вдалося домогтися усвідомлення пацієнтом природи психосоціальних проблем та їх взаємозв'язку із зловживанням алкоголем. Сформована мотивація на відмову від вживання алкоголю й прийом підтримуючої медикаментозної терапії. Катамнестичне спостереження через 6 місяців після терапії показало, що пацієнт алкоголь не вживає; агресії, рухового збудження не діагностовано.

Аналіз даного клінічного прикладу показує, що в обстеженого має місце своєрідний взаємозв'язок преморбідних особливостей (завищеної самооцінки, демонстративності, екстраверсії), та клініко-психопатологічними показниками АЗ, що сформували особистісні девіації у вигляді агресивного типу реагування, емоційної лабільності і схильності до афекту, що сприяло постійному зловживанню алкоголем та наступному розвитку АЗ.

В цілому, узагальнюючи оцінку наявності патологічного взаємозв'язку між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування АЗ, можна зазначити таке. Пацієнти мають декілька варіантів взаємозв'язку, а саме: вертикальний вплив, коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості АЗ діють один на одного, що призводить до їх підвищення або зниження; горизонтальний — коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості АЗ посилюють, або послабляють силу дії іншого. Крім того, у хворих виявлено два типи взаємодії показників: «збережений» та «руйнований» із «односпрямованим» та «зворотнім» взаємозв'язком посилення клінічних ознак. Для пацієнтів із соціально-психологічними МВА «особистісні зломи» у більшості проявлялися у вигляді невміння протистояти тиску оточуючих, нездатністю відмовитися від прийому алкоголю, тривогою. Для пацієнтів із патологічними МВА «патологічна складова» у змісті мала риси незрілості, «афективної логіки», лабільності, легкості фрустрації, зниження самооцінки, страху оцінки, егоцентризму, невпевненості, уникнення проблем. Особистісні риси у хворих на алкогольну залежність мали: «переддиспозиційну» основу без досягнення патологічного рівня, «перехідну» — із формуванням акцентуації та патології та «патологічну» із вираженими патологічними рисами особистості.

Отримані дані були враховані нами при побудові заходів інтегративної психотерапії в комплексному лікуванні даної категорії хворих.

Список літератури

1. AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test / [Th. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro] // WHO/MSD/MSB/01.6a Original: English Distribution: General. — 2001. — 28 p.

2. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. — Новосибирск: Наука, 1988. — 198 с.

3. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Уч. пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара: БАХРАХ-М, 2000. — 672 с.

4. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. Л. Мирошников, Р. В. Роженец. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.

5. Бажин Е. Ф. Метод исследования субъективного контроля / Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд // Психологический журнал. — 1984. — Т. 5, № 3. — С. 152—162.

Надійшла до редакції 11.06.2010 р.

П. М. Слободянюк

Винницкий национальный медицинский университет им. М. И. Пирогова

Патологическая взаимосвязь между психологическими составляющими и психопатологическими особенностями формирования алкогольной зависимости

На основании изучения индивидуально-психологических и клинико-психопатологических особенностей 150 мужчин, больных алкогольной зависимостью, установлены взаимосвязи между данными показателями. Выделены варианты их взаимосвязи: вертикальная, когда психологические особенности и клинико-психопатологические особенности алкогольной зависимости воздействуют друг на друга, что приводит к их росту или снижению; горизонтальная, когда психологические особенности и клинико-психопатологические особенности алкогольной зависимости усиливают или ослабляют силу действия друг друга. Полученные данные положены в основу при разработке мероприятий интегративной психотерапии при лечении пациентов с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: психологические особенности, клинические особенности, алкогольная зависимость.

P. M. Slobodyanyuk

Vinnitsa National Medical University named after M. I. Pirogov

Pathological relationship between psychological component and psychopathological features of formation of alcohol dependence

Based on the study of individual-psychological, clinical and psychopathological features of 150 men with alcohol dependence, established the relationship between these indicators. Allocated options for their relationship: the vertical, when the psychological characteristics and clinical-psychopathologic features of alcohol dependence affect each other, which leads to an increase or decrease; horizontal, when the psychological characteristics and clinical-psychopathologic features of alcohol dependence strengthens force of each other. These data form the basis for the development of activities of integrative psychotherapy in the treatment of patients with alcohol dependence.

Keywords: psychological features, clinical features, alcohol dependence.

УДК: 615.21

В. В. Шаповалов (мол.), *канд. фарм. наук*
Київський РВ МУ ГУ МВС України в Харківський області,
Національний фармацевтичний університет (м. Харків)

СУДОВА ФАРМАЦІЯ: ВИКОРИСТАННЯ ЦІЛЬОВОЇ НАНОТЕРАПІЇ У НАРКОХВОРИХ (ЗЛОЧИНЦІВ), ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА АДИКТИВНІ РОЗЛАДИ ЗДОРОВ'Я (Літературний огляд)

З позиції судової фармації вивчено перспективність використання нанотехнологій при проведенні медико-фармацевтичної корекції наркозалежних хворих, які скоюють злочини. Наведено напрями застосування нанотехнологій в нанотерапії наркохворих: молекулярні нанотехнології, полімерні наночастки, ліпосоми, фулерени, дендримери, гідрогелі та наномушлі.

Ключові слова: судова фармація, нанотерапія, наркохворі (злочинці), адиктивні розлади здоров'я

До новітніх технологій, що з'явилися в останні роки, слід віднести нанотерапію — новий міждисциплінарний напрямок у медицині та фармації, що робить перспективним використання нанотехнологій у фармакотерапії наркохворих. Так, американський національний інститут здоров'я включив наномедицину у п'ятірку самих пріоритетних напрямків розвитку медицини і фармації у XXI столітті [9, 12, 15, 24]. Тому, становило інтерес дослідити перспективність використання нанотерапії у наркохворих, які скоюють злочини.

Судово-фармацевтичними дослідженнями окремих аспектів проблеми протидії боротьби та попередження причин і умов, які сприяють наркобізнесу і незаконному обігу психоактивних речовин (ПАР) різних класифікаційно-правових груп, наслідками чого є поширення серед усіх вікових груп громадян України адиктивних розладів здоров'я у вигляді наркоманії, токсикоманії та інших захворювань з болем різного ґенезу відповідно до МКХ-10, займаються провідні вчені України, серед яких слід відмітити наукові роботи Шаповалової В. О., Сосіна І. К., Лінського І. В., Мінко О. І., Шаповалова В. В., Волошина П. В., Марути Н. О. та ін. [2, 3, 11].

Високий рівень попереджувальної діяльності у протидії порушенням правил обігу наркотичних засобів та ПАР інших класифікаційно-правових груп, в т. ч. лікарських засобів, залежить від правильного судово-фармацевтичного вивчення та розуміння цієї проблеми, її сутності і викликає посилення не тільки кримінально-правових заходів до збувальників ПАР, а й медико-фармацевтичних заходів до наркохворих, які скоюють злочини, в системі державного контролю [6, 7, 8, 41].

Так, судово-фармацевтичний аналіз наркозлочинності за 12 місяців 2009 року свідчить про те, що зареєстровано 164 771 споживачів ПАР (динаміка зменшення складає –5,4 % у порівнянні з 2008 р.). Динаміка збільшення має місце у Дніпропетровській, Запорізькій, Івано-Франківській, Київській, Луганській, Полтавський, Рівненській, Харківській, Херсонський, Хмельницький, Черкаській і Чернівецькій областях. Виявлено 57 624 злочинів по лінії служби БНОН (динаміка зменшення складає –9,5 % у порівнянні з 2008 р.). Динаміка збільшення спостерігається у Дніпропетровській, Закарпатській, Луганській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Чернівецькій областях та м. Києві. Це викликає необхідність розроблення нових підходів на сучасному рівні щодо лікування і забезпечення лікарськими засобами хворих на засадах доказової і судової фармації саме в рамках цільової нанотерапії хворих-злочинців, які страждають на адиктивні розлади здоров'я відповідно до МКХ-10.

Раніше, у попередніх дослідженнях було доведено, що своєчасна оцінка схильності до психічних і поведінкових розладів внаслідок зловживання психоактивними речовинами (тобто схильності до розладів F 1 МКХ-10) може стати основою для формування банку даних щодо потенційних пацієнтів відповідних груп збільшеного ризику з наступною профілактикою розвитку у них адитивних розладів здоров'я, для диференційованого лікування хворих, вже страждаючих від вказаних розладів, а також для прогнозування потенційних правопорушників відповідних груп збільшеного ризику до скоєння злочинів різної категорії. Було показано, що даний метод надає можливість розроблення заходів попередження та профілактики в системі протидії розповсюдженню адиктивних розладів здоров'я та наркозлочинності в Україні [13].

Аналізуючи дані щодо зловживання ПАР серед різних вікових груп населення, дані про нелегальний обіг ПАР та дані про злочинців з адиктивними розладами здоров'я, можна зробити припущення, що між нелегальним обігом ПАР, зловживанням ПАР та девіантною, деліктною, протиправною поведінкою існують причинно-наслідкові зв'язки. В попередніх дослідженнях автором встановлено, що протиправна поведінка майже у 75 % сприяє втягненню злочинця до нелегального обігу та зловживання ПАР. З іншого боку, нелегальний обіг та зловживання ПАР у 95 % спричиняє протиправну поведінку наркозлочинця тому, що для підтримання своєї хворобливої звички наркозалежні від ПАР можуть здійснювати злочини. Для професійних злочинців ПАР є часткою їхнього способу життя, витрачання коштів на ПАР може бути демонстрацією достатку та статусу у кримінальному середовищі. Таким чином, може існувати взаємне потенціювання та пролонгація причинно-наслідкових зв'язків між втягненням у кримінальну активність та зловживанням і нелегальним обігом ПАР. Наприклад, ринок ПАР з причини його нелегальності є підставою для скоєння злочинів, пов'язаних з постачанням, зберіганням, збутом, транспортуванням, вживанням ПАР різних класифікаційно-правових груп. Злочинність, пов'язана з нелегальним обігом ПАР, має ознаки організованості, системності, підвищеної суспільної небезпеки та чіткої тенденції до співробітництва наркоугруповань з міжнародними транснаціональними злочинними у групованнями. Отже, існує багато злочинців зі стажем, які не страждають адиктивними розладами здоров'я та не зловживають ПАР. Проте, ставиться під сумнів існування залежних наркоспоживачів, які не вчинили жодного правопорушення [14, 44].

Таким чином, зростання нелегального обігу ПАР, організованої наркозлочинної діяльності та наркобізнесу приводить до наслідків у вигляді наркотизації суспільства, поширення адиктивних розладів здоров'я та необхідності їх медико-фармацевтичної корекції. Тому, одним із перспективних напрямків використання нанотехнологій є їхня реалізація в галузі нанотерапії наркохворих (злочинців) для цільової доставки лікарських засобів (ЛЗ).

Розглянемо напрямки застосування нанотехнологій у медико-фармацевтичній корекції наркохворих: молекулярна нанотехнологія, полімерні наночастки, ліпосоми, фулерени, дендримери, гідрогелі та наномушлі.

Молекулярна нанотехнологія застосовує тривимірний контроль і молекулярні структури для створення ЛЗ з молекулярною точністю. Сучасна нанофармація та наномедицина потребують розроблення лікарських форм нових лікарських

© Шаповалов В. В. (мол.), 2010

препаратів атомної точності, які можуть застосовуватися у фармакотерапії для профілактики, діагностики та лікування різних захворювань, зокрема наркоманії, токсикоманії, психічних та інших розладів здоров'я. Розміри молекули коливаються від 0,1 нм (прості молекули) до 50 нм (комплексні молекули — ензими). Для прикладу, 1 нм становить одну мільярдну частину метра (10^{-9}м), а наночастка належить до структури з діаметром від 1 до 100 нм. Наночастки можуть бути у вигляді комбінації молекул ЛЗ різних класифікаційно-правових груп. *Наприклад*, композиція 1: молекули кетанову + молекули анальгіну + молекули димедролу; композиція 2: молекули кетанову + молекули анальгіну + молекули діазепаму; композиція 3: молекули кетанову + молекули інозину + молекули пірацетаму + молекули натрію хлориду; композиція 4: молекули кетанову + молекули есциталопраму; композиція 5: молекули трамадолу + молекули галоперидолу або комплекси ЛЗ із полімерами.

За даними наукової літератури цільова доставка гену з метою протипухлинної терапії продемонстрована при використанні катіонної фосфоліпідної наночастки з діаметром 40—50 нм. Так, наприклад, наночастки з металу або оксиду металу мають антимікробні властивості; якщо наночастки золота діаметром від 11 до 15 нм об'єднані з олігонуклеотидами, то утворюється можливість детекції ДНК та РНК; наночастки з ядром із силіцію, оточеного тонкою оболонкою із метала золота, застосовують як потенційні терапевтичні агенти для лікування злоякісних пухлин; біосумісні суперпарамагнітні оксиди заліза використовують для виявлення активності теломерази, ензиму, який підвищує свою активність при багатьох видах раку [1, 4, 5, 17, 19, 21, 26, 29, 38, 40, 43].

Наноструктури мають велику перспективу щодо застосування у медичній діагностиці та фармакокорекції не тільки адиктивних розладів здоров'я. Наночастки у вигляді вуглецевих нанотрубок можуть формувати блоки для мініатюрних пристроїв нанорозміру. Наночастки іншої форми можуть виступати як хімічні та біологічні сенсори. Нанотрубки також можуть застосовуватися як генетичні зонди та переносники ЛЗ. Такі ЛЗ будуть застосовуватися як антимікробні агенти, а також для лікування злоякісних пухлин. Наночастки можуть бути модифіковані для визначення ДНК, РНК, протеїнів, ензимів та патогенів. Такі частки застосовуються для визначення контурів пухлин у тканинах організму [22, 33].

Головним завданням доказової фармації є розроблення цільових технологій доставки ЛЗ, які засновані на нанотехнологіях. Використання нанотехнологій у цільовій доставці ЛЗ дає можливість покращити контрольовану доставку такого ЛЗ до патологічного процесу, підвищити ефективність та зменшити побічні реакції ЛЗ. Однією із переваг цільової доставки ЛЗ за допомогою переносників нанорозміру є властивість проходження ЛЗ крізь мембранні бар'єри. Наприклад, ЛЗ, поєднані з наночастками, можуть накопичуватися в злоякісних пухлинах в концентраціях у 10 раз вищих, ніж без наночасток. Активна цільова система доставки ЛЗ заснована на цільових лігандах проти антигенів поверхні клітин або рецепторів новоутворень. Саме за такою технологією застосовуються в клінічній практиці амбізом, доксил, бексар [16, 28, 36, 39].

Одним з різновидів системи цільової доставки ЛЗ є використання полімерних наночасток, які складаються з колоїдних структур, що переносять ЛЗ всередину полімерного матриксу. Полімерні наночастки синтезуються у вигляді наносфер або нанокапсул. Наносфери являють собою пухирцеві системи носіїв, у яких ЛЗ знаходиться в центральній порожнині, що оточена полімерним матриксом. Ефективність полімерних наночасток переважає традиційні методи введення ЛЗ (внутрішньовенно, перорально). Такі переваги випливають з їхніх двох головних властивостей: а) їхній малий розмір дозволяє проникати крізь стінки капілярів, що веде до підвищеної концентрації препарату безпосередньо в мішені; це стосується ЦНС, куди доставка ЛЗ є обмеженою з причини їхньої неможливості перетинати гематоенцефалічний бар'єр; б) застосування полімерів дозволяє ЛЗ повільно вивільнятися на місці мішені тривалий час [20, 42, 45].

Одним із носіїв ЛЗ можуть бути ліпосоми. Такі наночастки являють собою маленькі закриті пухирці, які утворюються шляхом гідратації нетоксичних фосфоліпідів. Ліпосоми класифікують в залежності від розміру та кількості подвійних молекулярних шарів. Малі пухирці з моношаром є за розміром менші за 100 нм і оточені одним ліпідним шаром. Ліпосоми ефективні в зменшенні системної токсичності та попередженні раннього розпаду інкапсульованих ЛЗ. Поверхня ліпосом та інших наночасток може бути модифікована молекулами поліетиленгліколю, які поєднуються з ліпідним подвійним шаром для підвищення їхньої циркуляції у крові. Системи з використанням ліпосом застосовуються також для того, щоб доставити ДНК безпосередньо до тканин пухлини. В клінічній практиці відомі ліпосомальний амфотерицин, ліпосомальний цинтозин арабінозид [25, 27, 30, 31, 32, 34, 37].

Фулерени інтенсивно вивчаються з 1985 року. C_{60} фулерени мають антипротеазну активність і рекомендовані для лікування вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ). C_{60} фулерени мають виражені антиоксидантні властивості і розробляються для лікування нейродегенеративних порушень, включаючи аміотрофічний латеральний склероз та хворобу Паркінсона. Такі наноструктури можуть застосовуватися як система доставки ЛЗ [23, 35, 46].

Дендримери — це макромолекули, що мають багато гілок з контрольованою тривимірною структурою для доставки ЛЗ. Полімер росте з серцевини молекули і збільшується шляхом серії полімерних реакцій. Розмір дендритних нановносіїв знаходиться в діапазоні від 5 до 20 нм. У структурі серцевини можуть бути створені канали, де прикріплюються молекули ЛЗ, що дає змогу дендримеру транспортувати багато хімічних молекул (молекули ЛЗ, радіологічні та контрастні агенти) для проведення антибактеріальної, антивірусної, протипухлинної нанотерапії [18].

Гідрогелі — це полімерні наноструктури, що мають тривимірну гідрофільну мережу із здатністю до інкорпорації молекул ЛЗ для проникнення крізь мембрани, які використовуються як системи доставки ЛЗ. Рівень виходу ЛЗ із матриці гідрогелю контролюється сигналами із локального довкілля, що дає можливість регулювати модифікацію та ступінь набухання гідрогелю [24].

Наномушлі — це покриті шаром золота діелектричні наночастки з оптичними властивостями, які контролюються шляхом змінення розміру їхніх складових шарів. Наномушлі застосовують як агенти для видалення небезпечних тканин [17, 27].

Таким чином, з позиції судової фармації було вивчено перспективність застосування нанотехнологій при проведенні медико-фармацевтичної корекції наркозалежних хворих, що вчиняють злочини. Наведено напрями застосування нанотехнологій у нанотерапії наркохворих: молекулярні нанотехнології, полімерні наночастки, ліпосоми та ін.

Список літератури

1. Кетанов як засіб замісної терапії в системі лікування хворих на наркоманію і токсикоманію / В. О. Шаповалова, І. К. Сосін, В. В. Шаповалов, Г. М. Вишар // Клінічна фармація: 10 років в Україні: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. — Х., 2003. — С. 41.

2. Лекарственные средства в наркопсихофармакологии ; под ред. В. А. Шаповаловой, В. В. Шаповалова. — Харьков: Прапор, 2002. —592 с.

3. Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии ; под ред. В. А. Шаповаловой, П. В. Волошина, А. В. Стефанова, И. М. Трахтенберга, В. В. Шаповалова. —Харьков: Факт, 2003. —784 с.

4. Пат. 30189 Україна, МПК (2006) A 61 K 31/00 A 61 № 5/067 (2007.01). Спосіб комплексної протирецидивної терапії в ремісійному періоді при опіоїдній залежності / Сосін І. К., Чуєв Ю. Ф., Шаповалова В. О. та ін. // Опубл. 11.02.08, Бюл. № 3. — 8 с.

5. Пат. 30702 Україна, МПК A61K 31/00 A61N 1/02. Спосіб комбінованого лікування тютюнової залежності / І. К. Сосін, Ю. Ф. Чуєв, В. О. Шаповалова та ін. // Опубл. 11.03.08, Бюл. № 5. — 9 с.

6. Сосин И. К. Электрохимическая детоксикация в комплексе средств и методов купирования неотложной наркопатологии / И. К. Сосин // Архив психиатрии. — Т. 9. — № 3. — 2003. — С. 144—148.

7. Экстремальная аэрокриотерапия депрессивных состояний в наркологической клинике / [Сосин И. К., Осипов А. А., Антонова Е. А., Друзь О. В.] // Проблемы криобиологии. — 2005. — Т. 15, № 3. — С. 467—470.

8. Сосин И. К. Лазерные программы и карбамазепин в комплексной коррекции наркогенно обусловленных депрессивных расстройств / Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. // Применение лазеров в медицине и биологии: материалы юбил. 20-й Междунар. конф., 8—11 октября 2003 г. — 2003. — 75 с.

9. Сосин И. К. Наркология / Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.

10. Фармацевтический анализ лекарственных средств ; под общ. ред. В. А. Шаповаловой. — Харьков: ИМП Рубикон, 1995. — С. 334.

11. Фармацевтическое право в наркологии ; под ред. В. А. Шаповаловой, И. К. Сосина, В. В. Шаповалова. — Харьков: Факт, 2004. — 800 с.

12. Чекман І. Нанонаука та нанотехнології: цільова медикаментозна нанотерапія / І. Чекман, Л. Добровольський, Є. Радванська // Вісник фармакології та фармації. — 2010. — № 3. — С. 2—9.

13. Шаповалов В. В. (мл.) Судова фармація, судова наркологія: метод оцінки схильності до психічних та поведінкових розладів здоров'я внаслідок зловживання психоактивними речовинами / Шаповалов В. В. (мл.), Лінський І. В. // Фармацевтичний журнал. — 2010. — № 1. — С. 36—42.

14. Шаповалов В. В. (мл.). Судово-фармацевтичні дослідження обігу особливо небезпечних наркотичних засобів у світлі національної безпеки України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фармац. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / В. В. Шаповалов. — Х., 2009. — 23 с.

15. Шаповалов В. В. (мл.). Організаційно-правові підходи до використання нанотехнологій у фармакокорекції адиктивних розладів здоров'я / В. В. Шаповалов (мл.) // Довженківські читання: матеріали XI Укр. наук.-практ. конф., 12—13 квітня 2010 р. — Х., 2010. — С. 121.

16. Allen T. M. Drug delivery systems: Entering the mainstream / Allen T. M., Cullis P. R. // Science. — 2004. — Vol. 303. — P. 1818—1822.

17. Binnig G. Atomic force microscope / Binnig G., Quate C. // Phys. Rev. Lett. — 1986. — Vol. 56. — P. 930—933.

18. Boas U. Dendrimers in drug research / Boas U., Heegaard P. // Chem. Soc. Rev. — 2004. Vol. 33. — P. 43—63.

19. Cao J. Nanoparticles with Raman spectroscopic fingerprints for DNT and RNA detection / Cao J., Yin R., Mirkin C. // Science. — 1998. — Vol. 281. — P. 2017—2020.

20. Desai M. The macroparticles in Caco-2 cells in size dependent / Desai M., Labhasetwar V., Valter E. // Pharm. Res. — 1997. — Vol. 14. — P. 1568—1573.

21. Drexler K. Unbounding the future: the nanotechnology revolution / Drexler K., Peterson C., Pergamic G. — New York: William Morrow Quill Books, 1991. — P. 28—48.

22. Drexler K. E. Engines of creation: the coming era in nanotechnology / K. E. Drexler. — New York: Anchor Press, 1986. — P. 144—147.

23. Dugan L. L. Carboxyfullerenes as neuroprotective agents / Dugan L. L., Turetsky D. M. // Proc. Natl. Acad. Science. USA. — 1997. — Vol. 94. — P. 9434—9439.

24. Frecitas R. A. Nanomedicine / R. A. Frecitas. — Austin: Landes Bioscience, 1999. — Vol. 1. — P. 330—360.

25. Diacyllipid-polymer micelles as nanocarriers for poorly soluble anticancer drugs / [Gao Z., Lucyanov A., Singhal A., Torchilin V.] // Nano Lett. — 2002. — Vol. 2. — P. 979—982.

26. Grimm J. Novel nanosensors for rapid analysis of telomerase activity / Grimm J., Perez J., Josephson L. // Cancer Res. — 2004. — Vol. 64. — P. 639—643.

27. Harris J. M. Effect of regulation on pharmaceuticals / Harris J. M., Chess R. B. // Nat. Res. Drug Disc. — 2003. — Vol. 2. — P. 214—221.

28. Heller J. Gastrointestinal persorption and tissue distribution of differently sized colloidal gold nanoparticles / Heller J., Albrecht R. // J. Pharm. Science. — 2001. — Vol. 90. — P. 1927—1936.

29. Hood J. Tumor regression by targeted gene delivery to the neovasculature / Hood J., Bernarski M., Frausto R. // Science. — 2002. — Vol. 296. — P. 2404—2407.

30. Huwyler J. Brain drug delivery of small molecules using immunoliposomes / Huwyler J., Wu D., Pardridge W. // Proc. Natl. Acad. Science USA. — 1996. — Vol. 193. — P. 14164—14169.

31. Ibrahim N. Phase I and pharmacokinetic study of ABI-007, a cremophor-free, protein-stabilized nanoparticle formation of paclitaxel / Ibrahim N., Desai N., Legha K. // Clin. Cancer Res. — 2002. — Vol. 8. — P. 1038—1044.

32. Ibrahim N. Multicenter phase II trial of ABI-007 an albumin-bound paclitaxel, in women with metastatic breast cancer / Ibrahim N., Samuels B., Doval D. // J. Clin. oncol. — 2005. — Vol. 23. — P. 6019—6026.

33. Kastin A. The obstacle of the blood-brain/blood spinal cord barrier / Kastin A., Akerstrom V., Walter E. // Mol. Brain. Res. — 2003. — Vol. 114. — P. 168—171.

34. Konig K. Nanodissection of human chromosomes with near-infrared femtosecond laser pulses / Konig K., Riemann I., Fritzsche W. // Optics Lett. — 2001. — Vol. 26. — P. 819—821.

35. Kroto H. C-60 buckminsterfullerene / Kroto H., Heath Y., O'Brien S. // Nature. — 1985. — Vol. 318. — P. 162—163.

36. Maeda H. Tumor vascular permeability and the EPR effect in macromolecular therapeutics / Maeda H., Wu J., Sawa T. // J. Control Release. — 2000. — Vol. 65. — P. 271—284.

37. Northfelt D. Doxorubicin encapsulated in liposomes containing surface-bound polyethylene glycol: pharmacokinetics tumor localization and safety in patients with AIDS-related Kaposi's Sarcoma / Northfelt D., Martin F., Worcing P. // J. Clin. pharmacol. — 1996. — Vol. 36. — P. 55—63.

38. O'Neal D. P. Photo-termal tumor ablation in mice using near infrared-absorbing nanoparticles / O'Neal D. P., Hirsch L. R., Halas N. Y. // Cancer Lett. — 2004. — Vol. 209. — P. 171—174.

39. Philip D. Self-assembly in natural and unnatural systems / Philip D., Stoddard J. // Angew Chem. — 1996. — Vol. 35. — P. 1154—1196.

40. Remedia «Zdorovye Narodu» / [Shapovalova V. A., Shapovalov V. V., Mikhailov V. S., Chayka L. A.] : Under Edition V. A. Shapovalova. — Kharkov: Rider, 1999. — 200 p.

41. Shapovalova V. A. Study book with working journal for auditorium and outside of the auditorium work on the «Pharmacy» specialty for the «Pharmaceutical legislation» discipline / Shapovalova V. A., Shapovalov V. V., Shapovalov V. V. (Jr.). — Kharkov, 2008. — 21 p.

42. Soppimath K. S. Biodegradable polymeric nanoparticles as drug delivery devices / Soppimath K. S., Aminabhavi T. M., Kulkarni A. R. // J. Control Release. — 2001. — Vol. 70. — P. 1—20.

43. Stoimenov P. K. Metal oxide nanoparticles as bactericidal agents / Stoimenov P. K., Klinger R. L., Marchin G. L. // Langmuir. — 2002. — Vol. 18. — P. 6679—6686.

44. The curriculum (ECTS) for the subject «Legislation in pharmacy» for specialty 8.110201 «Pharmacy» / [V. A. Shapovalova, V. V. Shapovalov (jn.), V. V. Shapovalov, A. S. Abrosimov]. — Kharkov, 2009. — 11 p.

45. Thomas M. Conjugation to gold nanoparticles enhances polyethylenimine's transfer of plasmin DNA into mammalian cells / Thomas M., Klibanov A. // Proc. Natl. Acad. Science USA. — 2003. — Vol. 100. — P. 9138—9143.

46. Zhu Z. Molecular dynamics study of the connection between flap closing and binding of fullerene-based inhibitors of the HIV- protease / Zhu Z., Schuster D., Tuckerman M. // Biochemistry. — 2003. — Vol. 42. — P. 9434—9439.

Надійшла до редакції 05.08.2010 р.

В. В. Шаповалов (мл.)

Судебная фармация: применение целевой нанотерапии у наркобольных (преступников), страдающих аддиктивными расстройствами здоровья

Киевский РО ХГУ ГУМВД Украины в Харьковской области;
Национальный фармацевтический университет (г. Харьков)

С позиции судебной фармации изучена перспективность применения нанотехнологий при проведении медико-фармацевтической коррекции наркозависимых больных, совершающих преступления. Приведены направления применения нанотехнологий в нанотерапии наркобольных: молекулярные нанотехнологии, полимерные наночастицы, липосомы, фулерены, дендримеры, гидрогели и наномушли.

Ключевые слова: судебная фармация, нанотерапия, наркобольные (преступники), аддиктивные расстройства здоровья.

V. V. Shapovalov (jr.)

Forensic pharmacy: using the purpose-oriented nano-therapy for narcopatients (criminals), that suffer from addictive health frustrations

Kievskiy district division Kharkiv city management of the MIA of Ukraine;
National pharmaceutical university (Kharkiv)

From the position of the forensic pharmacy prospective of nanotechnologies using while conducting on medical and pharmaceutical correction of addictive patients, that commit crimes was studied. Directions for using of nanotechnologies in the nano-therapy of narcopatients, molecular nanotechnologies, polymer nano-parts etc. were given.

Keywords: forensic pharmacy, nano-therapy, narcopatients (criminals), addictive health frustrations.

УДК616.833-009 7: 616-832-004.2

О. В. Егоркина, *науч. сотр. отд. нейроинфекций и рассеянного склероза*
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

НАТАЛИЗУМАБ (ТИЗАБРИ): НОВЫЙ ПРЕПАРАТ НА РЫНКЕ УКРАИНЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Мультифакторная этиология рассеянного склероза предполагает взаимовлияние, на фоне генетической предрасположенности, факторов внешней среды и вирусного и/или другого патогена. Концепция патогенеза этого заболевания в настоящее время включает выделение начальной воспалительной фазы, сопровождающейся фазой демиелинизации, а затем фазой нейродегенерации. В статье рассмотрены схемы лечения рассеянного склероза: эскалационная и индукционная. Представлен новый препарат натализумаб с доказанной клинической и радиологической эффективностью у пациентов с рецидивирующе-ремиттирующим рассеянным склерозом. Оценка эффективности и безопасности проведена в исследованиях AFFIRM и SENTINEL.

Ключевые слова: рассеянный склероз, модулирующая терапия, иммуно-воспалительная реакция, нейродегенерация

Рассеянный склероз (РС) — хроническое воспалительное демиелинизирующее нейродегенеративное заболевание, имеющее в большинстве случаев волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ранних стадиях заболевания, реже — изначально неуклонно прогрессирующее течение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), среди неврологических заболеваний РС является основной причиной стойкой инвалидизации лиц молодого возраста. Благодаря совершенствованию технических диагностических возможностей стало реальным максимально ранее распознавание этого тяжелого заболевания, что и вызвало стремительный рост числа больных РС (по статистическим данным, в настоящее время в мире количество больных рассеянным склерозом превышает 2,5 млн. человек) и особенно числа пациентов с ранними стадиями заболевания. За последние 100 лет в различных регионах Украины, в том числе и в Харькове, распространенность РС выросла с 29—33 до 45—50 случаев на 100 тыс. населения [1]. Преобладающее число больных (80 %) — это женщины в возрасте 20—35 лет, мужчины — 35—45 лет; средний возраст дебюта РС составляет 29—33 года. До 18 лет заболевание встречается в 2,6 % случаев, старше 59 лет — 0,6 %. Отмечается достоверное преобладание женщин (в 2 раза) среди больных РС [6].

РС является мультифакторным заболеванием как с не до конца выясненной этиологией, так и с не до конца изученными механизмами нейродегенеративных процессов, где ключевыми факторами в развитии иммунопатологических реакций являются:

— активация энергичных аутореактивных Т-клеток на периферии;

— нарушение гематоэнцефалического барьера и проникновение CD4+ Т-клеток в центральную нервную систему, которое осуществляется посредством селектин-опосредованной адгезии, интегрин-опосредованной адгезии, диапедеза и миграции к очагу воспаления при участии хемокинов;

— формирование тримолекулярного комплекса при взаимодействии CD4+ Т-клеток с антигенами, связанными с молекулами II класса главного комплекса гистосовместимости на мембране антиген-представляющих клеток;

— нарушение бета-клеточной толерантности и нарастание титров аутоантител к различным структурам миелина и олигодендроглии;

— продукция провоспалительных цитокинов (ИФН-γ, ФНО-α, лимфотоксин), активных форм кислорода, эйкозаноидов активированными Т-клетками, макрофагами, микроглией [18, 19].

© Єгоркіна О. В., 2010

Согласно современным представлениям, в развитии патологического процесса при РС можно выделить несколько этапов. Мишенью на первом этапе служит деструкция миелиновой оболочки с последующим повреждением аксонов головного и спинного мозга и их деструкцией, приводящая к неврологическому дефициту. Степень выраженности неврологического дефицита у каждого конкретного больного зависит от интенсивности превалирования дегенерации над демиелинизацией. Иными словами, определяется балансом между деструктивными и репаративными механизмами. Этим и обусловлена гетерогенность. Как нет двух клинически одинаковых симптомов у больных с РС в начальной стадии, так и не подлежит прогнозированию процесс дальнейшего течения заболевания, за исключением некоторых случаев, когда мы можем предполагать, предвидеть неблагоприятный прогноз: если процесс дебютирует с грубыми мозжечковыми нарушениями, характеризуется статико-локомоторной и динамической атаксией, сразу присоединяются спинальные нарушения, в остальных случаях срабатывает известный феномен пластичности мозга. Через 10 лет от начала заболевания 30—37 % больных способны передвигаться только с посторонней помощью, 50 % больных имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, более 80 % больных вынуждены сменить работу. Через 15 лет только 50 % больных сохраняют способность работать, обслуживать себя и свободно передвигаться без посторонней помощи [15]. При изучении механизмов развития дегенеративных процессов при РС в последнее время много работ посвящено изучению диффузно-атрофических изменений, происходящих в тканях мозга. И все же все случаи заболевания РС можно подвести к некоторому образу течения РС: ремиттирующий, рецидивно-ремиттирующий, вторично-прогрессирующий (с обострениями и без), первично-прогрессирующий типы. Понимание этих механизмов, приводящих к накоплению неврологического дефицита, позволит разработать дополнительные методы лечения, в первую очередь, вопрос терапии первично-прогредиентного (ППРС) и вторично-прогредиентного РС (ВПРС), протекающих без обострений, при которых лидирующими являются дегенерация олигодендроцитов и нейронов, с нарушениями взаимодействий между аксоном и миелином, повышение внутриаксонального Ca^{2+}, нарушение процессов фосфорилирования цитоскелетных белков и аксонального транспорта. В этих случаях прогрессирование заболевания протекает по типу нейродегенеративного процесса и до сих пор не разработаны эффективные методы лечения этой когорты больных [7].

Если еще несколько лет назад в лечении РС первое место занимали глюкокортикостероиды, которые, по сути, были единственным методом лечения, да и сейчас являются основными препаратами в лечении обострений при РС (уровень убедительности доказательств А), то за последние годы отмечаются некоторые изменения в подходах к патогенетической терапии РС.

Можно провести хронологию развития патогенетической терапии РС [4, 5, 9, 10]:

- FN-1β 1993,
- IFN-1α 1995,
- Копаксон 1996,
- Митоксантрон 2002,
- Натализумаб 2006.

Все препараты для патогенетического лечения РС, зарегистрированные в Украине на сегодняшний день, выпускаются в различных формах.

Достаточно большой выбор препаратов, модулирующих течение заболевания, определяет необходимость их индивидуального назначения. Основные цели, которых пытаются достичь при лечении РС: по возможности избежать временной нетрудоспособности, связанной с обострением, и, главное, снизить темпы прогрессирования стойкой инвалидизации. В связи с этим в настоящее время обсуждаются две принципиально различные схемы: эскалационная и индукционная. Эскалационная схема предполагает начало лечения с более безопасных препаратов с переходом, в случае их неэффективности, к более агрессивным методам. При данном подходе к препаратам первой линии относятся интерфероны β и глатирамера ацетат, препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС), вторая линия включает комбинацию препаратов первой линии, между второй и третьей линией — препарат натализумаб, третья линия — иммуносупрессанты (митоксантрон и циклофосфамид), четвертая линия — очень интенсивная иммуносупрессия (трансплантация аутологичного костного мозга, высокие дозы циклофосфамида) (рис. 1) [2, 3, 4, 7, 9, 42].

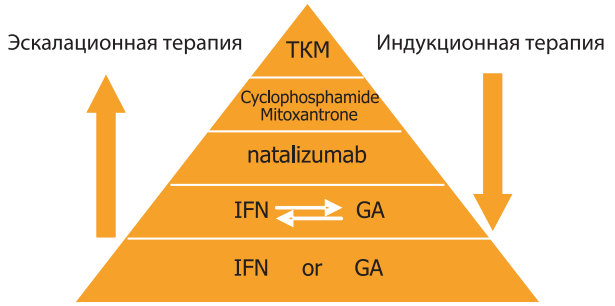


Рис. 1. Современные алгоритмы терапии РРС [42]

При этом, в случае неэффективности первого лекарственного средства, существует возможность выбора между другим препаратом этой же линии или переходом к более агрессивным методам. Предпосылками к выработке индукционной стратегии стали доказательства того, что прогноз заболевания определяется уже на ранних стадиях заболевания. Кроме этого, т. к. все, разрешенные к широкому применению препараты, модулирующие течение РС, влияют на иммуновоспалительный компонент патогенеза, преобладающий на начальных этапах, считается целесообразным сконцентрировать терапевтические усилия именно на данной стадии. Индукционный подход подразумевает первоначальное более агрессивное влияние на иммунную систему; и при этом препаратом первой линии является натализумаб и митоксантрон. Обсуждая индивидуальный подход при выборе этих двух стратегий в лечении РС на ранних этапах болезни, считаем возможным назначение иммуномодуляторов: препаратов первой и второй линии. С учетом того, что ряд пациентов, получающих интерфероны и глатирамера ацетат, продолжают испытывать обострения и быстрое прогрессирование заболевания, рекомендуется индукционный подход. И в таком случае препаратом первой линии станет натализумаб [7, 42, 22—25, 27—29, 31—37, 48]. С медицинской и общечеловеческой точки зрения, такой терапевтический подход является наиболее грамотным при лечении хронического прогрессирующего неврологического инвалидизирующего заболевания. При классических вариантах течения РС своевременное и длительное назначение препаратов ПИТРС выполняет все поставленные функции — изменяет прогноз и течение заболевания. При агрессивном течении РС, когда больные не попадают в «терапевтическое окно» для применения ПИТРС и «то, что утрачено, уже не вернуть», несвоевременное назначение препаратов второй и третьей линии может привести к ранней инвалидизации. Эффективность определяется снижением частоты обострений, замедлением накопления остаточного неврологического дефицита и предотвращением прогрессирования заболевания и подтверждается нейрофизиологическими и нейровизуалиционными методами. В случае отсутствия ответа на β-интерфероны или глатирамера ацетат (копаксон) (≥ 1 рецидива в течение года на фоне терапии *и* ≥ 9 T2-очагов *или* ≥ 1 Gd+ очаг с тяжелым, быстро прогрессирующим РС, или ≥ 2 инвалидизирующих рецидивов в течение предшествующего года и ≥ 1 Gd+ очаг или большой объем T2-очагов, ≥ 2 рецидивов или один рецидив с грубыми изменениями по результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ) в течение года; отсутствие клинических изменений в течение года, но непрерывная активность по данным МРТ с контрастным исследованием (Gd)) или при непереносимости β-интерферона или глатирамера ацетата (GA), или при агрессивном начале и частых рецидивах рекомендуют перейти на более эффективное средство [7, 11, 16, 20, 21, 39, 46, 49].

Одним из активно разрабатываемых новых направлений в терапии РС является использование моноклональных антител. Одним из таких препаратов, прошедших исследование при РС, является натализумаб. Это первый препарат направленного действия, обладающий новым уровнем клинической эффективности, блокирующий основной процесс миграции лимфоцитов в ЦНС, предотвращая, таким образом, острые эпизоды демиелинизации, и отвечающий всем требованиям, предъявляемым к лекарственным препаратам: длительность, безопасность, эффективность.

Натализумаб (Tysabri) — рекомбинантное гуманизированное антитело, относящееся к классу IgG4k, продуцируемое клеточной культурой мышиной миеломы. Молекула натализумаба имеет молекулярный вес 149 килодальтон. Препарат специфично связывается и блокирует адгезионную молекулу из класса интегринов a4-интегрин. Это первый препарат нового поколения терапии РС, который может быть действенной альтернативой для больных, которые не отвечают на лечение интерфероном-β (IFN-β) или глатирамера ацетатом, или для больных с более агрессивным течением болезни. Рекомендуемая доза — 300 мг (каждый флакон (15 мл) содержит 300 мг натализумаба) каждые 4 недели внутривенно капельно. 15 мл концентрата разводят в 100 мл физиологического раствора (0,9 % раствор NaCl) и вводят внутривенно капельно или с помощью инфузамата в течение примерно одного часа [38, 43, 47].

Терапевтические показания. Назначается в качестве монотерапии, модифицирующей течение болезни, в случае высокоактивного рецидивирующе-ремиттирующего течения РС у таких групп пациентов:

— пациенты с высокой активностью заболевания, несмотря на лечение β-интерферонами;

— пациенты с тяжелым рецидивирующе-ремиттирующим течением РС, который быстро развивается.

Противопоказания. Применение натализумаба противопоказано для пациентов в таких случаях, как:

— повышенная чувствительность к натализумабу или к любым другим составляющим препарата;

— прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ);

— пациенты с повышенным риском развития оппортунистических инфекций (оппортунистическая инфекция определяется как инфекция, которая обычно не вызывает заболевания или вызывает только легкие заболевания, проходящие без лечения, у людей с нормально функционирующей

иммунной системой, однако вызывает значительно более серьезные заболевания у людей со сниженным иммунитетом);

— пациенты с иммунной недостаточностью (включая тех пациентов, которые сейчас получают иммуносупрессивную терапию или пациентов с иммунной недостаточностью из-за предыдущих видов терапии, например, митоксантрон или циклофосфамид);

— пациенты с почечной или печеночной недостаточностью;

— пациенты с злокачественными новообразованиями, кроме пациентов с базальноклеточным раком кожи;

— дети и подростки;

— пациенты старше 65 лет (по причине отсутствия данных по этой группе).

Эффективность натализумаба была подтверждена в ряде рандомизированных контролируемых исследований [25]. Примерно в одно и то же время было начато 2 крупномасштабных исследования III-й фазы натализумаба при РРС: AFFIRM (Безопасность и эффективность натализумаба при РРС) и SENTINEL (Безопасность и эффективность натализумаба в комбинации с авонексом (IFNβ-Ia) у пациентов с РРС) (табл. 1) [29].

Таблица 1

Результаты исследований III фазы натализумаба [29]

Исследование, показатели	Препарат		*P*
AFFIRM	**Натализумаб** (*n* = 627)	**Плацебо** (*n* = 315)	
Средняя годовая частота обострений (95 % ДИ)	0,23(0,19—0,28)	0,73 (0,62—0,87)	< 0,001
Стойкое нарастание инвалидности*, % пациентов	17	29	< 0,001
Число новых или увеличивающихся Т2-очагов, среднее ± СО	1,9 ± 9,2	11,0 ± 15,7	< 0,001
Число Gd+ очагов, среднее ± СО	0,1 ± 1,4	1,2 ± 3,9	< 0,001
SENTINEL	**Натализумаб + интерферон β-1a** (*n* = 589)	**Плацебо + интерферон β-1a** (*n* = 582)	
Средняя годовая частота обострений (95 % ДИ)	0,34(0,29—0,39)	0,75 (0,67—0,84)	< 0,001
Стойкое нарастание инвалидности, % пациентов	23	29	0,02
Число новых или увеличивающихся Т2-очагов, среднее ± СО	0,9 ± 2,1	5,4 ± 8,7	< 0,001
Число Gd+ очагов, среднее ± СО	0,1 ± 0,6	0,9 ± 3,2	< 0,001

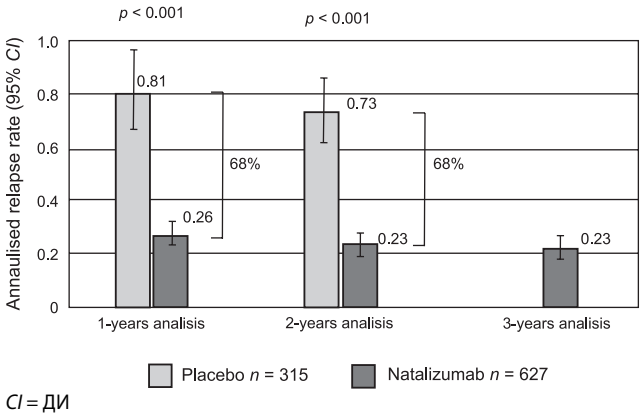
Примечание. * — Определялось как нарастание показателя EDSS на >1,0 балла при исходном показателе > 1,0 или на > 1,5 балла при исходном 0. Изменение должно было сохраняться на протяжении минимум 12 нед.; ДИ — доверительный интервал, рассчитанный с помощью критерия Вальда; СО — стандартное отклонение.

Клиническая и радиологическая эффективность натализумаба, выявленная в III фазе исследования AFFIRM, повлекла за собой дальнейшее исследование, направленное на то, чтобы выяснить, способен ли натализумаб среди пациентов с рецидивирующе-ремиттирующим рассеянным склерозом увеличивать число случаев ремиссии заболевания [26, 43, 44]. Отсутствие активности заболевания определяли по клиническим признакам (отсутствие рецидивов или стойкого прогрессирования нетрудоспособности), радиологическим признакам (отсутствие гадолиний-контрастированных (Gd) повреждений и новых или увеличивающихся Т2-гиперинтенсивных повреждений по данным краниальной МРТ) либо их комбинации (рис. 2) [43, 44, 49].



Рис. 2. Данные ретроспективного анализа исследования AFFIRM [26]

Через 1 год и за 2 года натализумаб снижал среднегодовую частоту обострений на 68 % в сравнении с плацебо ($p < 0,001$) (рис. 3). Натализумаб снижал среднее количество новых или увеличивающихся Т2-гиперинтенсивных очагов на 83 % в течение 2 лет, а количество Gd+ очагов — на 92 % через 2 года лечения в сравнении с плацебо (в обоих случаях $p < 0,001$). Надо отметить, что во всех плацебо-контролируемых исследованиях лечение натализумабом в значительно большей степени повышало качество жизни по шкале SF-36 за 2 года лечения по отношению к исходному уровню по сравнению с плацебо [12].



CI = ДИ

Рис. 3: Среднегодовая частота обострений по данным исследования AFFIRM и долгосрочная эффективность [41]

Несмотря на противоречивые данные о роли нейтрализующих антител, как при терапии ПИТРС, так и при терапии натализумабом вырабатывается иммуногенность. Есть данные,

что в случае выработки антител эффективность препарата снижается [13]. Стойкое наличие антител к натализумабу коррелировало с потерей эффективности препарата в отношении клинических и МРТ-параметров заболевания [45].

Наиболее часто встречающиеся негативные явления на фоне лечения натализумабом были в основном легкими и включали головную боль, слабость, инфекции мочевыводящих путей и боли в суставах. В исследовании AFFIRM пациенты, получавшие натализумаб, чаще, чем пациенты других групп лечения, отмечали слабость и аллергические реакции, а также фарингиты, тревогу, гаймориты и периферические отеки (табл. 2).

Таблица 2

Негативные явления на фоне лечения натализумабом

Вид реакции	Типичные особенности	Действие
Реакции вливания	Головная боль, тошнота, потливость, головокружение, усталость, озноб, и т. п.	Продолжайте natalizumab
Реакция с гиперчувствительностью	Аллергические и анафилактические проявления	Приостановить применение natalizumab
Развитие ПМЛ	Фатальное заболевание	Плазмаферез

Эффективность натализумаба доказана в отношении снижения показателей активности и улучшения параметров тяжести РС при ремиттирующем течении. Однако необходимо учитывать повышенный риск развития прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии (ПМЛ) и возможное повышение риска других оппортунистических инфекций.

ПМЛ — демиелинизирующее заболевание, проявляющееся головными болями, парезами, нарушением координации, снижением (потерей) зрения, корковой слепотой, нарушениями речи (афазия) и выраженными когнитивными расстройствами (в т. ч. потерей памяти), острой или подострой познавательной дисфункцией, атаксией и тремором. В отличие от рассеянного склероза, при ПМЛ разрушается не миелин, а продуцирующие его клетки (олигодендроциты). Чаще всего заболевание заканчивается смертью пациента (табл. 3) [40].

Таблица 3

Клинические характеристики РС (в стадии обострения) и ПМЛ

Клинические характеристики	РС	ПМЛ
Начало	Острое	Подострое
Развитие	В течение нескольких часов или дней; обычно стабилизируется; разрешается спонтанно или после стандартного лечения	В течение нескольких недель прогрессирует
Характерные клинические симптомы	Диплопия; оптический неврит; неполная миелопатия или частичный миелит	Симптомы поражения коры головного мозга: поведенческие и нейропсихологические изменения; парезы, нарушения координации, снижение (потеря) зрения, корковая слепота, нарушения речи (афазия) и выраженные когнитивные расстройства (в т. ч. потеря памяти), острая или подострая познавательная дисфункция, атаксия и тремор

Редкое побочное действие натализумаба связано с активизацией в условиях иммунодефицита полиомавируса JCV (назван по инициалам пациента, у которого он был впервые выявлен) в центральной нервной системе. Данный вирус широко распространен в человеческой популяции (около 86 % людей имеют антитела к нему), однако в большинстве случаев он остается латентным, вызывая заболевание только при выраженном иммунодефиците. 2—5 % пациентов, страдающих СПИД, могут болеть ПМЛ [14, 15, 17].

Диагноз ПМЛ подтверждается на основании не только клинических признаков и симптомов, но и оценивается по данным МРТ с контрастным гадолинием, анализу цереброспинальной жидкости (СМЖ) на наличие вируса JC (JCV) методом ПЦР (табл. 4, рис. 4, 5) [40].

Таблица 4

МРТ-характеристики рассеянного склероза (в стадии обострения) и ПМЛ

МРТ-характеристики	Рассеянный склероз	Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
Локализация поражения	В основном фокальное поражение; распространенное в головном и спинном мозге; перивентрикулярное; часто раннее появление очагов в задней черепной ямке	Диффузное, в основном субкортикальное поражение; белое вещество проводящих путей без вовлечения серого вещества
Границы очагов	Четкие границы, округлой или пальцевидной формы; однонаправленные с другими очагами; могут быть вовлечены U-образные волокна	Границы размыты, неправильной формы, инфильтрирующие; U-образные волокна разрушаются
Распространение очагов	Очаги изначально фокальные; увеличиваются в течение дней или недель; в конечном итоге уменьшаются в размерах в течение нескольких месяцев	Диффузные, асимметричные, гомогенные очаги: нет согласованности с другими очагами; неуклонное прогрессирование
Объемное воздействие	Может встречаться в острых очагах	Редко, даже при больших размерах очагов

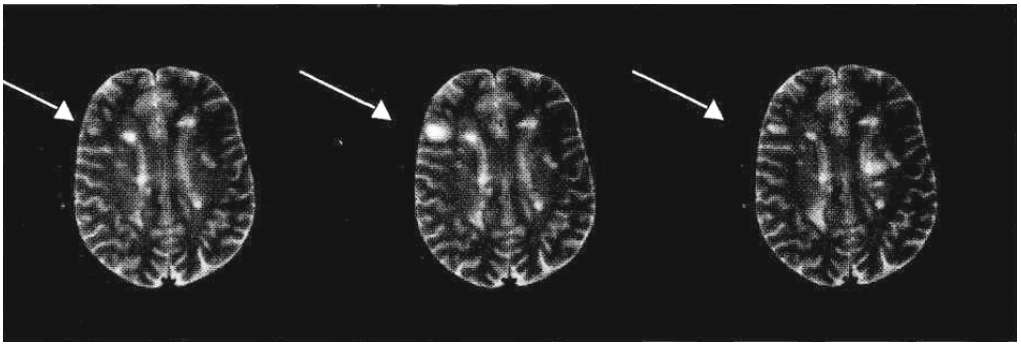


Рис. 4. Динамическое развитие РС по данным МРТ

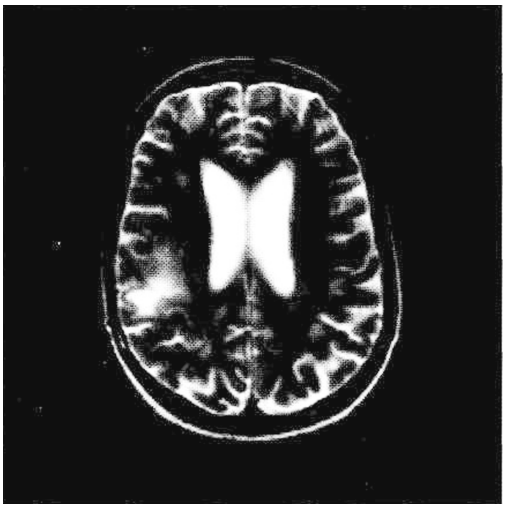


Рис. 5. Характерные поражения при ПМЛ по данным МРТ
(субкортикальное поражение; границы размыты, неправильной формы, инфильтрирующие)

Чтобы лучше оценить профиль безопасности натализумаба, была разработана программа оценки и управления рисками, которая включает программу назначения натализумаба TOUCH. Программа TOUCH является обязательной в США. Все врачи, назначающие препарат, клиники, где вводится натализумаб, а также пациенты должны быть информированы о пользе и возможных рисках до начала лечения натализумабом, затем каждые полгода должны динамически проводиться клиническое, лабораторное и нейровизуалиционное наблюдения (табл. 5). Задача программы TOUCH — это обеспечение надлежащего и осведомленного использования натализумаба, а также оценка частоты возникновения серьезных оппортунистических инфекций, включая ПМЛ, у пациентов, получающих натализумаб, и наблюдение за пациентами для своевременного выявления симптомов ПМЛ [9].

Таблица 5

Исследования программы безопасности TOUCH

Клинические	Лабораторные	Нейровизуализационные
Сбор анамнеза заболевания; подробный неврологический статус заболевания	Иммунологический статус, включая подсчет лимфоцитов CD4, CD8; функция печени и печеночный профиль; исследования на вирусы	Динамическое наблюдение МРТ с контрастом

По результатам постмаркетингового исследования, риск развития ПМЛ у больных РС, получавших терапию натализумабом (Тизабри), оказался значительно ниже, чем предполагалось ранее [40].

По данным контролируемых исследований риск развития ПМЛ у больных, получавших терапию натализумабом, оценивался на уровне 1 случай на 1000 пролеченных больных. Согласно новым данным, представленным на Конгрессе Американской Академии Неврологии, риск развития ПМЛ составляет 1,2 случая на 10 000 пациентов, получавших данную терапию [9, 30].

Ремиссия заболевания при РС может быть существенно более достижимой целью при использовании новых, более эффективных средств.

В настоящее время натализумаб является наиболее эффективным препаратом для лечения рассеянного склероза и, несмотря на растущее количество случаев ПМЛ, разрешен более чем в 40 странах (США, Канада, Австралия, страны Европейского Союза, многие страны Латинской Америки, Израиль) для лечения РС у пациентов с недостаточной эффективностью других препаратов. В Соединенных Штатах препарат с начала 2008 года разрешен также для лечения болезни Крона. С 2010 года *Natalizumab* разрешен к применению в Украине.

В статье рассмотрены плюсы и минусы последних сведений, опубликованных в мировой литературе, о механизме действия, эффективности и безопасности НАТАЛИЗУМАБА.

Список литературы

1. Аналіз розповсюдженості та захворюваності на розсіяний склероз в Україні за даними офіційної статистичної звітності / [Волошин П. В., Волошина Н. П., Д'яченко Л. І., Левченко І. Л.] // Український вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13, вип. 2 (43). — С. 5—11.
2. Рассеянный склероз: патогенез, диагностика, дифференциальный диагноз и лечение / [Демина Т. Л., Давыдовская М. В., Хачанова Н. В., Попова Н. Ф. и др.] // Consilium Medicum. Неврология, 2008; № 1.
3. Завалишин И. А. Патогенетическая терапия рассеянного склероза / Завалишин И. А., Елисеева Д. Д. // Лечащий врач. — 2009; № 9.
4. Сравнительный анализ эффективности иммуномодулирующей терапии рассеянного склероза ребифом 22 мкг, бетафероном и копаксоном (результаты 3 лет лечения) / [Завалишин И. А., Переседова А. В., Стойда Н. И. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2007; вып. 4 «Рассеянный склероз»: 99—105.
5. Копаксон в лечении рассеянного склероза // Сб. науч. публикаций : под ред. И. А. Завалишина, Г. Я. Шварца. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа : URL : http://www.teva.ru/upload/iblock/c81/akaehzr%20fadimmukuu.pdf
6. НДР «Вивчити особливості перебігу РС у дітей та розробити критерії діагностики і тактику їх лікування». Строки виконання 2010—2012 роки. Шифр АМН.СД.4П.10.
7. Переседова А. В. Современное состояние рассеянного склероза / Переседова А. В., Завалишин И. А. // Анналы неврологии 2009; 1: 17—25.
8. Сазонов Д. В. Клиническая эффективность длительной иммуносупрессивной терапии быстро прогрессирующего рассеянного склероза митоксантроном в сочетании с метилпреднизолоном / Сазонов Д. В., Малкова Н. А. // Окружной Центр Рассеянного Склероза ФГУ «СОМЦ Росздрава», Кафедра Клинической Неврологии и Алгологии ФПК и ППВ НГМУ.
9. Сидоренко Т. В. Натализумаб: новый препарат для лечения рассеянного склероза / Сидоренко Т. В., Кольяк Е. В., Бойко А. Н. // Журнал неврологии и психиатрии 2009; 7, Вып. 2: 122—128.
10. Трифонова О. В. Современные методы патогенетической терапии рассеянного склероза / Трифонова О. В., Завалишин И. А. // Фармотека, 2009; 7: 51—54.
11. Glatiramer acetate after mitoxantrone induction improves MRI markers of lesion volume and permanent tissue injury in MS / [Arnold D. L., Campagnolo D., Panitch H. et al.] // J. Neurol. 2008; 255(10): 1473—1478.
12. Bates David Natalizumab (Tysabri®) — Re-defining Efficacy in Multiple Sclerosis Data from Clinical Trials to Post-marketing Experience / David Bates // European Neurological Review, Vol. 4, Issue 2, Extract.
13. The incidence and significance of anti-natalizumab antibodies / [Calabresi P., Giovannoni G., Confavreux C et al.] // Neurology. — 2007; 69: 1391—1403.
14. HAART improves prognosis in HIV-associated progressive multifocal leukoencephalopathy / [Clifford D. B., Yiannoutsos C., Glickman M. et al.] // Ibid. — 1999; 52: 623—625.
15. Cohen J. A. Aspects of multiple sclerosis that relate to trial design and clinical management / Cohen J. A., Rudick R. A. In: Cohen J. A., Rudick R. A, eds. Multiple sclerosis therapeutics. Boca Raton, FL: Taylor & Francis, 2007; 3—23.
16. Confavreux C. Multiple sclerosis: a degenerative disease? / Confavreux C., Vukusic S. // Bull. Acad. Natl. Med. — 2008; 192 (3): 483—491.
17. Successful outcome of progressive multifocal leukoencephalopathy in a renal transplant patient / [Crowder CD., Gyure K. A., Drachenberg C. B. et al.] // Am J Transplant. — 2005; 5: 1151—1158.
18. Damle N. K. Vascular cell adhesion molecule 1 induces T-cell antigen receptor-dependent activation of CD4+ T lymphocytes / Damle N. K., Aruffo A. // Proc Natl Acad Sci USA. — 1991; 88: 6403—6407.

19. Dong C. Cell fate decision: T-helper 1 and 2 subsets in immune responses. / Dong C., Flavell R. A. // Arthritis Res. — 2000; 2: 179—188.

20. Evidence for widespread axonal damage at the earliest clinical stage of multiple sclerosis / [Filippi M., Bozzali M., Rovaris M. et al.] // Brain. — 2003; 126:433—437.

21. Filippi M. Disturbed function and plasticity in multiple sclerosis as gleaned from functional magnetic resonance imaging. / Filippi M., Rocca M. A. // Curr. Opin. Neurol. — 2003; 16 (3): 275—282.

22. Galetta S. L. Immunomodulatory agents for the treatment of relapsing multiple sclerosis / Galetta S. L., Markowitz C., Lee A. G. // Arch Intern Med. — 2002: 162: 2161—2169.

23. Expert opinion: guidelines for the use of natalizumab in multiple sclerosis patients previously treated with immunomodulating therapies / [Gold R., Jawad A., Miller D. H. et al.] // J Neuroimmunol. — 2007; 187: 156—158.

24. Assessment: the use of natalizumab (Tysabri) for the treatment of multiple sclerosis (an evidence-based review): report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology / [Goodin D. S., Cohen B. A., O'Connor P. et al.] // Neurology. — 2008; 71 (10): 766—773.

25. GLANCE: a double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group safety study of natalizumab in combination with glatiramer acetate in subjects with relapsing-remitting multiple sclerosis / [Goodman A. D., Rossman H. S., Bar-Or. A. et al.]. Program and abstracts of the American Academy of Neurology 57th Annual Meeting; April 9—16, 2005; Miami Beach, Florida. Abstract S36.003.

26. Влияние натализумаба на клинические и радиологические признаки активности рассеянного склероза: ретроспективный анализ исследования AFFIRM (оценка эффективности и безопасности натализумаба при рецидивирующе-ремиттирующем рассеянном склерозе) / [Havrdova E., Galetta S., Hutchinson M. et al.] // Международный неврологический журнал 2010; 2(32): 45—53.

27. New concepts in the immunopathogenesis of multiple sclerosis / Hemmer B., Archelos J. J., Hartung H-P. // Nat. Rev. Neurosci. — 2002; 3: 291—301.

28. Hohlfeld R. Biotechnological agents for the immunotherapy of multiple sclerosis. Principles, problems and perspectives [Invited review] / R. Hohlfeld // Brain. — 1997; 120: 865—916.

29. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : URL : http://www.neurologyreviews.com/jul05/natalizumab.html. — Accessed on 19 Oct 2008.

30. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : URL : http://rscleros.ru/

31. Hutchinson M. Natalizumab: A new treatment for relapsing remitting multiple sclerosis / M. Hutchinson // Ther Clin Risk Manag. — 2007; 3: 259—268.

32. Intramuscular interferon beta-la for disease progression in relapsing multiple sclerosis / [Jacobs L. D., Cookfair D. L., Rudick R. A. et al.] // Ann. Neurol. — 1996; 39: 285—294.

33. Copolymer 1 reduces relapse rate and improves disability in relapsing-remitting multiple sclerosis: results of a phase III multicenter, double-blind, placebo-controlled trial / [Johnson K. P., Brooks B. R., Cohen J. A. et al.] // Neurology. — 1995; 45: 1268—1276.

34. Natalizumab treatment for multiple sclerosis: recommendations for patient selection and monitoring / [Kappos K., Bates D., Hartung H.-P. et al.] // Lancet Neurol. — 2007; 6: 431—441.

35. Kleinschmidt-DeMasters B. K. Progressive multifocal leukoencephalopathy complicating treatment with natalizumab and interferon beta-la for multiple sclerosis / Kleinschmidt-DeMasters B. K., Tyler K. L. // N Engl J Med. — 2005; 353: 369—374.

36. Progressive multifocal leukoencephalopathy in a patient treated with natalizumab / [Langer-Gould A., Atlas S. W., Bollen A. W. et al.] // N Engl J Med 2005; 353: 375—381.

37. Mitoxantrone as induction treatment in aggressive relapsing remitting multiple sclerosis: treatment response factors in a 5 year follow-up observational study of 100 consecutive patients / [Le Page E., Leray E., Taurin G. et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2008; 79 (1): 52—56.

38. Lobb R. R. The pathophysiologic role of a4 integrins in vivo / Lobb R. R., Hemler M. E. // J Clin Invest 1994; 94: 1722—1728.

39. Comparison of subcutaneous interferon beta-la with glatiramer acetate in patients with relapsing multiple sclerosis (the REbifvs Glatiramer Acetate in Relapsing MS Disease [REGARD] study): a multicenter, randomised, parallel, open-label trial / [Mikol D. D., Barkhof F., Chang P. et al.] // Lancet Neurol. — 2008; 7 (10): 903—914.

40. Multiple Sclerosis© The Author(s) 2009 // Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.navDOI: 10.1177/1352458509347127msj.sagepub.com®SAGE.

41. The safety and tolerability of natalizumab: results from the safety-extension study in patients with multiple sclerosis / [O'Connor PW, Goodman A, Kappos Let al.]: Paper presented at the 22nd Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis, Madrid, Spain, 29 September 2006.

42. Patrick Vermersch Managing Powerful Efficacy: Balancing Benefit-Risk Ratio / Vermersch Patrick // Redefining Success in MS: Urgency to Treat, Control & Improve, Saturday 20th March 2010, Lisbon, Portugal.

43. A randomized, placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis / [Polman C. H., O'Connor P. W., Havrdova E. et al.] // N. Engl. J. Med. — 2006; 354 (22): 2387—2389.

44. A randomized, placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis / [Polman C. H., O'Connor P. W., Havrdova E. et al.] // N. Engl. J. Med. — 2006; 354: 889—910.

45. Monthly corticosteroids decrease neutralizing antibodies to IFNbetal b: a randomized trial in multiple sclerosis / [Pozzilli C, Antonini G, Bagnato F. et al.] // J. Neurol. — 2002; 249 (1): 50—56.

46. Rocca M. A. Functional MRI in multiple sclerosis / Rocca M. A., Filippi M. // J. Neuroimaging 2007; 17 (Suppl. 1): 36S-41S.

47. Rose J. W. Monoclonal antibody treatments for multiple sclerosis / Rose J. W., Foley J., Carlson N. // Curr. Neurol. Neurosci. Rep. —2008; 8 (5): 419—426.

48. The IFNB Multiple Sclerosis Study Group. Interferon beta-1b is effective in relapsing-remitting multiple sclerosis // Neurology. — 1993; 43: 655—661.

49. Relating functional changes during hand movement to clinical parameters in patients with multiple sclerosis in a multi-centre fMRI study / [Wegner C, Filippi M., Korteweg F. et al.] // Eur. J. Neurol. — 2008; 15 (2): 109—110.

Надійшла до редакції 03.08.2010 р.

О. В. Єгоркіна

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

Наталізумаб (Тізабрі): новий препарат на ринку України для лікування розсіяного склерозу

Мультифакторна етіологія розсіяного склерозу передбачає взаємодію на фоні генетичної схильності впливу чинників зовнішнього середовища та обговорюється роль вірусу та/або іншого патогену. Концепція патогенезу цього захворювання в даний час включає виділення початкової запальної фази, що супроводжується фазою демієлінізації, а потім — фазою нейродегенерації. У статті розглянуті схеми лікування розсіяного склерозу: ескалаційна й індукційна. Представлений новий препарат наталізумаб з доведеною клінічною і радіологічною ефективністю у пацієнтів з рецидивуючереміттуючим розсіяним склерозом. Оцінка ефективності і безпеки проведена в дослідженнях AFFIRM і SENTINEL.

Ключові слова: розсіяний склероз, модулююча терапія, імунозапальна реакція, нейродегенерація.

O. V. Egorkina

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

Natalizumab (Tizabri): a new preparation at the market of Ukraine for multiple sclerosis treatment

Resume. The multifactorial etiology of a multiple sclerosis assumes interaction against genetic predisposition of influence of factors of environment and the role of a virus is discussed and-or another is pathogenic. The concept of a pathogenesis of this disease includes now allocation of the initial inflammatory phase accompanied by a phase of a demyelination, and then a phase neurodegeneration. In article schemes of treatment of a multiple sclerosis are surveyed: escalative and inductive. The new preparation natalizumab with the proved clinical and radiological efficiency at patients with relapsing remittent a multiple sclerosis is presented. The efficiency and safety estimation is spent in researches AFFIRM and SENTINEL.

Keywords: a multiple sclerosis, modulating therapy, immunoinflammatory reaction, neurodegeneration.

ТЕЗИ НАУКОВОГО СИМПОЗІУМУ ТА ПЛЕНУМУ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО ТОВАРИСТВА З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ НАДАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ, ПСИХІАТРИЧНОЇ ТА НАРКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ» (м. Чернівці, 23—25 вересня 2010)

УДК 616.8-009:615.825.6

МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЦНС

В. Ф. Барыбин

Частная лаборатория «Фундаментальные исследования и прикладные решения», г. Харьков

Ключевые слова: ЦНС, спинорные компоненты, частотно-параметрическая регуляция активности ферментных систем

Показана корреляция частотных характеристик ЦНС с частотными характеристиками элементарных частиц в сверхнизкочастотном диапазоне и их связь со спинорными компонентами. Раскрываются механизмы параметрической активации ферментных систем организма частотами низкочастотного и сверхнизкочастотного диапазонов.

Р. Пенроуз, совместно с С. Хамероффом, изучая нейроны мозга, выдвинул гипотезу о существовании корреляции квантово-механических характеристик электронов с нейрофизиологическими процессами. Положения о корреляции частотных характеристик биоритмов мозга с квантово-механическими характеристиками элементарных частиц развивались и в работах автора, и в настоящее время их можно считать доказанными.

Проведенные эксперименты по активации сред дают основание утверждать существование спинорного слоя элементарных частиц, обусловленного низкочастотными и сверхнизкочастотными характеристиками и таким образом спектр частот биоритмов мозга коррелирует с частотными характеристиками элементарных частиц. Учитывая эти положения, можно утверждать, что в биообъектах электрохимический механизм передачи сигнала взаимообусловлен, в силу специфического характера действия частот низкочастотного и сверхнизкочастотного диапазонов, со спинорной составляющей. Таким образом, на уровне процессов ЦНС проявляется спинорно-полевая компонента функционирования.

В ходе экспериментов по активации сред нами показана способность сред, в том числе и жидких, к передаче сигналов частотно-потенциального характера и способность сред к хранению информации на ядерном уровне по модели: $f = (f_1 \cdot (f_2 \cdot (f_3 \cdot (...)^2)^2)^2)^2$ (где: f_i — репрезентативные частоты элементарных частиц; f — параметрическая частота), когда частотная конфигурация определяет энергетическую и информационную компоненты системы. Напомним, что головной мозг содержит до 90 % жидкости и, таким образом, проведенные эксперименты по проверке способности воды к хранению и передаче информации открывают дополнительные механизмы кратковременной и долговременной памяти головного мозга.

В ходе исследований нами было выяснено, что диапазон частот ЦНС соответствует диапазону частот активации химических элементов, в частности металлов. С этой точки зрения вполне обосновано утверждать существование механизмов частотно-параметрической регуляции ЦНС активности металлсодержащих ферментов организма.

Как показали исследования, один из подходов нормализации обменных процессов, на клеточном уровне, связан с возможностью активации уровня ферментной активности с применением активированных сред. Другой подход связан с частотно-параметрическим воздействием.

Известно, что большинство белков митохондриальных мембран — металлосодержащие; в состав их входят атомы переходных металлов, способные к окислительно-восстановительным переходам. С процессами окисления непосредственно связано образование аденозинтрифосфорной кислоты (АТР). Вопрос о том, как перенос электронов приводит к образованию высокоэнергетической фосфатной связи в молекуле АТР, решается в рамках хемиосматической теории (по П. Митчеллу). Основополагающий принцип теории заключается в обосновании модели сопряжённого процесса переноса электронов с синтезом АТФ, обеспечиваемого электрохимическим потенциалом протонов на митохондриальной мембране. Таким образом, первичным процессом, утилизирующим энергию, является перенос протонов через внутреннюю мембрану митохондрий.

Учитывая, что частоты биоритмов мозга обеспечивают репрезентативность параметрических частот элементарных частиц, мы и выходим на механизмы частотной регуляции ЦНС биохимических процессов организма, начиная с клеточного уровня.

УДК 616.379-008.64: 616.8]-085.22

ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕВРОПАТІЇ З ДОДАТКОВИМ ПРИЗНАЧЕННЯМ МІЛДРОНАТУ

І. І. Білоус, Н. В. Васильєва, О. Б. Яремчук, Л. Б. Павлович

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: діабетична поліневропатія, цукровий діабет

Цукровий діабет залишається однією з найскладніших медико-соціальних проблем. Одним з найчастіших ускладнень цукрового діабету є діабетична поліневропатія. Нами було обстежено 88 хворих на цукровий діабет II типу, які перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 38 жінок та 50 чоловіків, вік хворих становив від 36 до 65 років. Цукровий діабет (ЦД) середнього ступеня важкості спостерігався у 84 хворих, у 4 хворих — важкий. 14 хворих були в стані компенсації захворювання, 74 — в стані субкомпенсації. Пацієнтів поділено на 3 групи: I гр. — хворі на ЦД терміном до 1 року (29 хворих); II гр. — хворі на ЦД терміном до 10 років (32 хворих); III гр. — хворі на ЦД терміном понад 10 років (27 хворих). Додатково хворі були поділені на дві підгрупи. I підгрупа — 42 пацієнти, які отримували базисну терапію; вона включала дієту № 9, манініл по 5 мг двічі на добу або інсулінотерапію (2/3 добової дози вранці та 1/3 дози ввечері з розрахунку 0,7 — 1,0 Од/кг маси тіла), пентоксифілін 5мл внутрішньовенно крапельно на 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вітаміни B_6, B_{12}; II підгрупа — 46 пацієнтів, які на фоні базисного лікування отримували МД 10 % — 5 мл внутрішньовенно 1 раз на добу впродовж двох тижнів. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Дослідження функціонального стану периферичних нервів проводили методом стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) на апараті Нейро-МПВ-4 (Нейрософт, Росія). Визначали амплітуду М-відповіді ліктьового нерва шляхом проведення стимуляційної ЕНМГ. У хворих I групи з тривалістю ЦД до одного року відмічалося зниження амплітуди М-відповіді *n. ulnaris* на 18,1 % порівняно з контролем ($p > 0,05$). В міру збільшення тривалості захворювання амплітуда прогредієнтно знижувалася. Так, у хворих II групи амплітуда М-відповіді знизилася на 26,3 % ($p > 0,05$), а у пацієнтів з тривалістю ЦД більше 10 років відмічалося зменшення амплітуди М-відповіді n. medianus на 29,2 % порівняно з контролем ($p < 0,05$). При проведенні ЕНМГ дослідження в динаміці виявлено, що у хворих I групи амплітуда М-відповіді після базисного лікування майже не змінилася ($p > 0,05$); після додаткового призначення МД підвищилася на 14,9 % ($p > 0,05$). У пацієнтів з тривалістю ЦД до 10 років відмічалось збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 6,8 % ($p > 0,05$), після додаткового призначення МД — на 23,5 % ($p < 0,05$). У хворих III групи після базисного лікування

амплітуда М-відповіді підвищилася на 6,1 % ($p > 0,05$); після додаткового призначення МД — на 20,9 % ($p < 0,05$).

Таким чином, у хворих із вперше виявленим ЦД та при незначній тривалості захворювання спостерігається зниження амплітуди М-відповіді, що свідчить про аксональне ураження периферичних нервів. Прогресування ДПН супроводжується подальшим зниженням амплітуди М-відповіді. Оптимальний результат лікування відмічається при початкових стадіях діабетичної поліневропатії, а також за тривалості ЦД до 10 років, що свідчить про необхідність проведення лікувальних заходів до розвитку виражених структурних змін у периферичних нервах.

УДК 616.831-005-036.22-036.1

ПОЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ

Б. А. Булеца, Н. Н. Адамчо, О. Р. Пулик
Ужгородський національний університет

Ключові слова: інсульт, поетапне лікування, ішемічний інсульт

Відомо, що хворі, які перенесли мозковий інсульт, виписуються із стаціонару і направляються під спостереження невролога в поліклініку. Це — традиційний метод лікування мозкових інсультів. Ми пропонуємо поетапне, пролонговане лікування, яке полягає в такому: хворого лікують в загальній реанімації або в блоці інтенсивної терапії (перший етап), після — рання реабілітація в судинному відділенні (другий етап), а потім зразу після стаціонарного лікування направляємо хворого в санаторій «Карпати» (третій етап). Таким чином хворому проводиться пролонговане лікування, яке займає біля 4-х тижнів.

На першому і другому етапі проводиться медикаментозне лікування, на третьому — фізіотерапія, механотерапія, бальнеотерапія, масаж, ЛФК, акупунктура. Проводили лікування у 60 хворих з ішемічним інсультом. Щоб отримати більш достовірні дані, взяли тільки чоловіків працездатного віку з ураженням передньої і середньої мозкової артерії. Основну увагу звернули на відновлення геміпарезів. В усіх хворих були помірні геміпарези. Після статистичного оброблення отримали такі дані: із 30 хворих, яким проводили поетапно-пролонговане лікування, у 28 (93,3 ± 0,05 %) повністю відновились рухові розлади, і хворі приступили до роботи, а при лікуванні традиційним методом відновлення спостерігалось тільки у 10 (33,3 ± 0,05 %).

Таким чином, поетапно-пролонгований метод лікування хворих із ішемічним інсультом оправдує себе і бажано направляти в санаторії «Карпати» не тільки хворих із Закарпаття, а й із других регіонів України.

УДК 616.711-085.828

ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЯ НА УКРАИНЕ — КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ

Бучакчийская Н. М., Харченко И. И., Марамуха И. В., Бахарева Л. В., Марамуха В. И., Левадная А. В.
Запорожская медицинская академия последипломного образования, КУ «Запорожская областная клиническая больница». г. Запорожье

Ключевые слова: вертеброневрология, мануальная терапия, остеохондроз позвоночника

Лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника является чрезвычайно актуальной проблемой неврологии в связи с достаточно высоким процентом нетрудоспособности и инвалидизации пациентов с этой патологией. Болевой вертебральный синдром, учитывая, как правило, хронически-рецидивирующий характер заболевания, резко снижает качество жизни больных. Традиционное лечение проводится с использованием сложных комбинаций медикаментозных средств, с включением нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов, анальгетиков, стероидных гормонов и пр., что влечет за собой значительные экономические затраты, усиливает аллергизацию организма. Все вышеизложенное обосновывает целесообразность активного внедрения эффективных и незатратных методов лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночного столба.

Наша специализированная клиника имеет более чем 30-летний опыт лечения больных, страдающих остеохондрозом позвоночника. Основными методами лечения являются кинезиотерапевтические, главной составляющей которых является мануальная терапия (МТ). За эти годы в нашей клинике прошли лечение около 30 тыс. больных, накоплен большой клинический опыт. На базе клиники защищены 2 докторские и 12 кандидатских диссертаций, поддерживаются тесные связи с ведущими специалистами ближнего и дальнего зарубежья. На протяжении многих лет мы являлись Всесоюзной, а затем и Всеукраинской школой мануальной терапии — подготовлены сотни специалистов, владеющих методами МТ. Нами дополнены и разработаны концепции обследования и лечения вертеброгенных больных. Так, всем без исключения больным предварительно, перед началом лечения, проводятся общеклинические, нейроортопедические обследования, а также рентгеноспондилография, КТ- и МРТ-исследования. В лечении преимущество отдается щадящим составляющим МТ — различным видам массажа, мышечным тракциям, мобилизациям. Манипуляции мы не применяем. Широко используется тракционное лечение — подводное поясничное вытяжение, «сухие» тракции на столах специальных конструкций, весь спектр физиотерапевтических процедур. Медикаментозные препараты в лечении мы практически не используем. Благодаря нашим разработкам (приемы «мягкой» МТ), нам удалось добиться быстрого купирования болевого вертеброгенного синдрома, улучшения вертебродинамики, уменьшения сроков лечения.

Наш опыт позволяет утверждать о необходимости более широко внедрения методов МТ практикующими врачами в лечение больных, страдающих остеохондрозом позвоночника. К сожалению, стоит отметить, что за последние годы наметилось некоторое отставание, в развитии вертеброневрологии на Украине. Весьма желательно было бы создание специализированных изданий, подобных издающимся в других странах — таких научных журналов как «Мануальная терапия», «The Journal of Manual&Manipulative Therapy» и пр., становление полноценных ассоциаций мануальных терапевтов, вертеброневрологов, остеопатов. Подобный опыт есть во многих цивилизованных, со значительным научным потенциалом государствах, каким, вне всякого сомнения, и является Украина.

УДК 616.831-005.1

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Г. В. Вакарчук[1], *О. В. Бесединська*[2]
[1] *Центр невідкладної неврології,*
[2] *Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Ключові слова: ішемічний інсульт, ліпідний профіль, патогенез

На сьогодні серед найбільш пріоритетних проблем клінічної неврології судинні захворювання головного мозку міцно утримують лідируюче положення. Цереброваскулярна патологія займає третє місце серед причин смертності і є головним чинником інвалідизації у розвинених країнах.

Метою цього дослідження було визначити динаміку ліпідного профілю у хворих на ішемічний інсульт. У дослідженні взяли участь 106 хворих обох статей, середній вік — 63,28 ± 7,61 р., які перебували на стаціонарному лікуванні у Центрі невідкладної неврології лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці.

Встановлено, що у процесі лікування хворих на ішемічний інсульт загальна концентрація тригліцеридів плазми практично не змінювалась: 3,37 ± 0,97 ммоль/л при надходженні проти 3,23 ± 0,88 ммоль/л при виписці, $p > 0,05$. Більш показовими були зміни концентрації холестеролу, незважаючи на відсутність спеціально спрямованої терапії:

7,14 ± 1,20 ммоль/л та 6,58 ± 1,05, відповідно. Водночас, зміни сироваткових концентрацій ліпопротеїнів високої щільності (2,68 ± 0,81 ммоль/л та 2,59 ± 0,65 ммоль/л) та ліпопротеїнів низької щільності (2,85 ± 0,78 ммоль/л та 2,67 ± 0,61 ммоль/л) були незначними.

Отримані у дослідженні дані підтверджують значення порушень ліпідного профілю у розвитку гострих цереброваскулярних катастроф. Виявлені порушення ліпідного обміну свідчать про необхідність використання ліпідокоригуючої терапії як вторинної профілактики інсульту.

УДК 616.831-005.4-06:616.151.5

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Г. В. Вакарчук, В. М. Пашковський, Л. П. Сидорчук, О. М. Плегуца, Р. І. Сидорчук

Центр невідкладної неврології, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: ішемічний інсульт, системний гемостаз, гемокоагуляційний потенціал

В Україні щорічно реєструються 100—120 тис. випадків захворювання на інсульт, причому дані літератури свідчать, що 30—40 % з них закінчуються летально, ще 20—40 % хворих стають інвалідами і тільки менше 20 % повертаються до самостійного активного життя. У розвинених країнах смертність від інсультів вже перевищує смертність від онкологічних захворювань, при цьому спостерігаються суттєві регіональні, вікові та статеві відмінності. Як свідчать останні зміни до *The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack*, критично важливого значення набуває вивчення патогенетичних механізмів розвитку, етіо- і патоморфогенезу гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК), оскільки виникненню інсульту передує атеросклероз, артеріальна гіпертензія, а також їх поєднання (Л. Г. Крилова та співавт., 2004).

Метою роботи стало дослідження динаміки системних порушень гемостазу у процесі лікування хворих на ішемічний інсульт.

У дослідженні взяли участь 106 хворих обох статей, середній вік — 63,28 ± 7,61 р., які перебували на стаціонарному лікуванні у Центрі невідкладної неврології лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Локалізацію і характер ураження мозку діагностували за допомогою клініконеврологічного обстеження та підтверджували даними комп'ютерної томографії. Ступінь важкості захворювання оцінювали за шкалами NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) та ESS (*European Stroke Scale*). Стан системи гемостазу досліджували до початку проведення терапевтичних заходів та по закінченню стаціонарного лікування, оцінювали за такими показниками: протромбіновий час (ПЧ), вміст фібриногену (ФГ), час рекальцифікації плазми (ЧРП), потенційна активність плазміногену (ПАП), активність антитромбіну III (АТIII), фактори XII (*J. Hageman*) та XIII. Дотримано вимог біоетики, статистичне оброблення здійснене за допомогою статистично-аналітичних методів, інтегрованих у програмний пакет MS®Office 2010 Professional+.

При надходженні до стаціонару ПЧ складав 98,37 ± 5,40 с, на 7-му добу 96,59 ± 6,27 с, при виписці — 92,15 ± 7,87 с ($P < 0,05$). ФГ, відповідно — 4,49 ± 1,38 г/л, 3,89 ± 0,89 г/л ($P = 0,04$), 3,80 ± 1,09 г/л ($P = 0,04$). Показник ЧРП (хв) був практично не змінним і складав при госпіталізації 1,24 ± 0,12, через 7 діб 1,26 ± 0,13 та при виписці —1,21 ± 0,16. ПАП при надходженні становив 15,92 ± 1,04, маловірогідно зростаючи до моменту виписки — 16,05 ± 0,77. Динаміка активності антитромбіну III була подібною: підвищення з 100,00 ± 7,58 % до 109,33 ± 3,30 %. У той же час динаміка змін активності факторів XII та XIII була протилежною. Зокрема фактор XII знижувався від 40,40 ± 0,80 до 37,25 ± 2,05, фактор XIII при надходженні складав 58,40 ± 8,14, знижуючись у подальшому до моменту виписки із стаціонару до 53,00 ± 0,0, $P < 0,05$.

Як свідчать отримані результати, гострий період ішемічного інсульту супроводжується поєднанням вірогідних змін основних ланок гемостазу. Водночас, динаміка більшості досліджуваних показників залишалась у межах фізіологічної норми, що певною мірою пов'язано із адекватною терапією та відносно нетривалим періодом спостереження.

УДК 616.831-005-085:615.225

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЕСПА-ЛІПОНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Н. В. Васильєва, Ю. Г. Прасол, О. Б. Яремчук, І. І. Білоус

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: еспа-ліпон, дисциркуляторна енцефалопатія

Цереброваскулярні захворювання, серед яких розрізняють гострі і хронічні форми, є однією з найважливіших медичних і соціальних проблем як у нашій країні, так і в усьому світі в силу значної їх поширеності й тяжких наслідків — утрати працездатності, інвалідизації, порушень вищої нервової діяльності (розвиток деменції та ін.). Терміном «дисциркуляторна енцефалопатія» (ДЕ) позначають цереброваскулярну патологію, що розвивається при множинних вогнищевих або дифузних ураженнях мозку. Серед основних етіологічних форм ДЕ виділяють атеросклеротичну, гіпертензивну, змішаної етіології, венозну, хоча за визначенням можливі й інші причини, що призводять до хронічної судинної мозкової недостатності (васкуліти, ревматизм, захворювання крові). У практиці найбільше етіологічне значення в розвитку ДЕ мають артеріальна гіпертензія (АГ) та атеросклероз. Частота ДЕ на фоні дисліпідемій наближається до 90 % від загальної кількості хронічних порушень мозкового кровообігу. Для впливу на різні патогенетичні ланки застосовують широкий спектр препаратів. У т. ч., з метою корекції ліпідного обміну та зменшення впливу оксидантного стресу хворим призначають препарати α-ліпоєвої кислоти.

Метою роботи було вивчення впливу препарату еспаліпон на стан хворих та показники оксидантної системи крові.

Стан пероксидного окислення ліпідів (ПОЛ) оцінювали за вмістом малонового діальдегіду (МДА). У дослідженні брали участь 25 хворих на ДЕ II ст. та 17 хворих на ДЕ III ст.

Під час обстеження встановлено, що II стадія ДЕ супроводжується появою осередкової симптоматики з формуванням стійких органічних синдромів, що характеризується підвищенням рефлексів орального автоматизму, координаційних розладів, пірамідної недостатності, аміостатичного синдрому, а також мнестичних порушень. На цій стадії вже можна виділити певні домінуючі неврологічні синдроми — дискоординаційний, пірамідний, аміостатичний та ін. На III стадії ДЕ зберігаються скарги на погіршення пам'яті, нестійкість при ходьбі, шум і тяжкість у голові, порушення сну. Значно більш вираженими є об'єктивні неврологічні розлади, що проявляються досить чіткими й значними дискоординаційним, пірамідним, псевдобульбарним та аміостатичним синдромами. Ядром клінічної картини ДЕ та її відмінною рисою є когнітивні порушення. Спектр цих розладів досить широкий — від мінімально виражених ознак до деменції.

Лікування еспа-ліпоном у дозі 600 мг/добу (і/венозно, розчиняючи у 0,9 % NaCl) протягом 2 тижнів супроводжувалося появою позитивної динаміки вже після 3—4 інфузій. У 13 хворих на ДЕ II ст. та у 10 хворих на ДЕ III ст. зменшилася вираженість вестибулоатактичного та пірамідного синдромів. До лікування в обох групах хворих спостерігалося значне підвищення рівня МДА (36,46 мкМ/л еритроцитів та 35,66 мкМ/л еритроцитів відповідно). Після лікування рівень МДА у хворих на ДЕ II ст. складав 22,08 мкМ/л еритроцитів, а у хворих на ДЕ III ст. — 33,24 мкМ/л еритроцитів. Крім того, практично всі пацієнти відзначали підвищення концентрації уваги, покращання пам'яті.

Дослідження дозволило встановити, що препарат еспаліпон з успіхом можна використовувати для лікування хворих на дисциркуляторну енцефалопатію.

УДК 616.832-004.2-055.1-055.2-036

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕБЮТОВ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, Т. Н. Ткачева, И. К. Гапонов, Т. Г. Воробьева, Л. И. Вельковская

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

Ключевые слова: рассеянный склероз, дебют, гендерные различия

Одной из приоритетных задач в неврологии является достоверная диагностика рассеянного склероза (РС) на этапе дебюта. Это позволяет своевременно начать адекватную терапию и создает реальные предпосылки для более доброкачественного течения демиелинизирующего процесса в дальнейшем. Особый интерес представляет изучение особенностей протекания дебютов у лиц разного пола. В связи с этим изучены гендерные различия в клинической структуре дебютов при рецидивирующем течении (РТ) РС у 60 больных (25 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст — 37,6 года).

При комплексной характеристике дебюта учитывались факторы риска (ФР), непосредственно предшествующие его клинической манифестации: наличие клинических предвестников дебюта, возраст начала заболевания, темпы развития, тяжесть и продолжительность дебюта, его синдромологическая структура, длительность и полнота ремиссий после дебюта.

Среди ФР, непосредственно предшествовавших развитию дебюта, у женщин преобладали инфекции (34,3 % и 16,0 %) и стрессовые ситуации (60,0 % и 36,0 %), тогда как мужчины в 2 раза чаще женщин не могли объяснить причину возникновения первых симптомов заболевания (44,0 % и 20,0 %).

Предвестники дебюта (по данным ретроспективного анамнеза) были прослежены только у женщин (37,1 %), возникали на разных временных этапах доклинического периода заболевания и характеризовались значительным клиническим полиморфизмом, нестойкостью, быстротой появления и исчезновения.

Дебют у мужчин преобладал в возрастном диапазоне 21—30 лет (64,0 % и 31,4 %); у женщин — между 31 и 40 годами (37,2 % и 12 %).

Структура дебютов у мужчин характеризовалась преобладанием быстрых (64,0 % и 48,6 %) и реже — молниеносных (36,0 % и 25,7 %) темпов формирования клинической симптоматики при отсутствии постепенного ее развития; моносиндромных дебютов (60,0 % и 37,1 %), которые чаще, чем у женщин, сочетались с полными (68,0 % и 51,4 %) и короткими (41,2 % и 31,2 %) клиническими ремиссиями после первой атаки. У женщин, в отличие от мужчин, преобладали олигосиндромные дебюты (2—3 синдрома) (45,7 % и 28,0 %), в структуре которых чаще наблюдались нарушения чувствительной сферы (51,4 % и 32,0 %), наличие различных темпов формирования клинической симптоматики, включая постепенные (20,0 %), неполные клинические ремиссии после дебюта (48,6 % и 32,0 %) средней продолжительности (43,7 % и 23, 5 %). Вместе с тем, такие важные характеристики дебютов, как тяжесть (легкая средняя, тяжелая) и продолжительность (короткая, средняя, длительная), не имели достоверных гендерных различий.

Таким образом, гендерные отличия в структуре дебютов при рецидивирующем течении рассеянного склероза носят избирательно-дифференцированный характер и свидетельствуют о различных механизмах формирования клинической симптоматики на начальных этапах заболевания у мужчин и женщин. Полученные данные следует учитывать в диагностике и разработке лечебных рекомендаций на начальных этапах РТ РС у лиц разного пола.

УДК 616.832-004.2-036.87-055.1-055.2

ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, Т. Н. Ткачева, И. К. Гапонов, Т. Г. Воробьева, Л. И. Вельковская

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

Ключевые слова: рассеянный склероз, рецидивирующее течение, гендерные различия

С целью изучения гендерных различий при рецидивирующем течении рассеянного склероза (РТ РС) анализировали клиническую структуру рецидивов, включая их тяжесть, длительность, темпы формирования неврологической симптоматики, полноту клинических ремиссий между разными рецидивами у 49 больных (17 мужчин и 32 женщин). Всего проанализировано 200 рецидивов (у женщин — 120, у мужчин — 80).

Результаты проведенного исследования показали, что в периоды рецидивов неврологическая симптоматика у лиц разного пола развивалась преимущественно быстрыми (76,5 % у мужчин и 84,4 % у женщин) и постепенными (35,3 % у мужчин и 53,1 % у женщин) темпами. Однако у женщин, в отличие от мужчин, чаще наблюдалось чередование быстрых и постепенных темпов при разных рецидивах.

Легкие рецидивы у лиц мужского (88,2 %) и женского (87,5 %) пола преобладали над рецидивами средней тяжести (70,5 % у мужчин и 56,2 % у женщин) и особенно тяжелыми (17,6 % у мужчин и 9,4 % у женщин). Вместе с тем, общая частота тяжелых и средней тяжести рецидивов на протяжении всего рецидивирующего этапа заболевания превалировала у лиц мужского пола, тогда как чередование рецидивов разной степени тяжести — у женщин. Продолжительность рецидивов как у мужчин, так и у женщин была либо короткой (82,5 % у мужчин и 71,8 % у женщин), либо умеренной (70,5 % у мужчин и 71,8 % у женщин); длительные рецидивы встречались относительно редко (29,4 % у мужчин и 25,0 % у женщин). Однако, у мужчин чаще, чем у женщин прослеживалась корреляция между тяжестью и длительностью рецидивов, а у женщин, чаще наблюдалось альтернирующее чередование рецидивов разной продолжительности (71,9 % и 58,8 %).

В течение всего этапа рецидивирования неполные клинические ремиссии между разными рецидивами преобладали над полными как у мужчин (82,3 %), так и у женщин (87,5 %). Однако у мужчин (11,7 %) чередование полных и неполных клинических ремиссий происходило почти в три раза реже, чем у женщин (31,2 %).

Таким образом, отличительной гендерной особенностью РТ РС является преобладание чередования темпов формирования клинической симптоматики при разных рецидивах, а также их тяжести и длительности у женщин. По нашему мнению, чередование различных показателей в структуре разных рецидивов при рецидивирующем течении РС следует рассматривать как адаптивный феномен, создающий более оптимальные условия для компенсации церебральных и иммунных гомеостатических механизмов за счет их устойчивого неравновесия. Это положение согласуется с вероятностным прогнозом РТ РС, которое у женщин в дальнейшем носит более благоприятный характер.

УДК 616.832-004.2-036-055.1-055.2

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРЕМОРБИДНОГО АНАМНЕЗА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Н. П. Волошина, Л. П. Терещенко, Т. В. Негреба, Т. Н. Ткачева, И. К. Гапонов, Т. Г. Воробьева, Л. И. Вельковская

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

Ключевые слова: рассеянный склероз, рецидивирующее течение, гендерные различия

Изучены гендерные особенности преморбидного анамнеза при рецидивирующем течении рассеянного склероза (РТ РС) у 60 больных (25 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст — 37,6 года).

Преморбидный анамнез изучали ретроспективно с помощью специально разработанной анкеты (авторское свидетельство № 8675 от 31.10.2003 г.), которая включала особенности анте-, пери-, постнатального периода, характер питания в раннем детском возрасте, реакции на прививки, производственные вредности, миграционный фактор, нередко обуславливающий риск возникновения РС относительно зоны предыдущего проживания (при переезде после 15 лет). Особую роль на преморбидном этапе играют перенесенные заболевания (детские инфекции, часто рецидивирующая ЛОР-патология, оперативные вмешательства, черепно-мозговые травмы тяжелой и средней степени тяжести и др.), которые с большой вероятностью повышают проницаемость гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) и создают реальные предпосылки для формирования аутоиммунного демиелинизирующего процесса.

Проведенное исследование показало, что:

— осложнения перинатального периода, способствующие формированию недостаточности защитной функции ГЭБ, преобладают у лиц мужского пола (73,3 % и 55,5 %);

— неполноценное грудное вскармливание, понижающее устойчивость мембранных структур нейронов к повреждающим факторам за счет нарушения обмена эссенциальных фосфолипидов, встречается более чем у половины больных без значимых гендерных различий (56,6 % у женщин и у 53,5 % мужчин);

— осложнения после прививок в виде гипертермии и аллергических реакций были выявлены у 40,0 % женщин и у 44,4 % мужчин;

— производственные и бытовые вредности отмечены у 17,7 % женщин и у 20,6 % мужчин;

— миграционный фактор существенно превалировал у мужчин (соответственно 44,4 % и 23,4 %);

— инфекционные заболевания, включая корь (37,1 % и 16,0 %), ветряную оспу (57,1 % и 20,0 %), герпес (42,8 % и 16,0 %), ангины (74,3 % и 44,0 %), отогенные (48,6 % и 24,0 %) и синусогенные (31,4 % и 20,0 %) процессы значительно преобладали у женщин.

Таким образом, инфекции и эмоционально-стрессовые ситуации у женщин и анте-, перинатальная патология и миграция у мужчин носят гендерно опосредованный характер, тогда как реактивность на прививки, особенности грудного вскармливания, бытовые и производственные вредности не имеют гендерных отличий.

УДК 616.8-08

ОБЩИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н. П. Волошина, О. В. Егоркина, А. И. Михайлов

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

Ключевые слова: нейродегенеративные заболевания, механизмы развития

Как мы знаем, гибель нейронов является необратимым процессом как при воспалительных демиелинизирующих заболеваниях, ярким представителем которых является рассеянный склероз, так и при других «классических» прогрессирующих нейродегенеративных заболеваниях (НДЗ) — болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз (БАС) и т. д. При этом клиническое проявление болезни при «классических» нейродегенеративных состояниях проявляется тогда, когда 60—70 % нейронов соответствующей области поражения уже безвозвратно утеряны. Таким образом, при НДЗ нельзя воспользоваться уникальным «терапевтическим окном», в котором может использоваться терапия, замедляющая развитие заболевания и предотвращающая быстрое прогрессирование неврологических нарушений. Не существует и определенного резерва времени, который необходим для достижения того порога, когда объем погибших нейронов приводит к нарастающей инвалидизации. В настоящий момент этиология НДЗ не выяснена, в связи с чем нет специфической этиотропной терапии. На современном этапе достигнут большой прогресс в понимании механизмов формирования патологических процессов, обуславливающих поражение нервной системы при различных НДЗ, повреждениях и старении. Сформулирован общий биологический подход в изучении их патогенеза. В результате исследований представлены общие механизмы развития нейродегенеративного процесса. К ним относятся: «митотическая катастрофа», эксайтотоксичность, окислительный стресс, митохондриальная дисфункция, воспалительная реакция, дефицит НТФ (это, в первую очередь, CNTF-цилиарный нейротрофический фактор, GNTF-глиальный нейротрофический фактор, BDNF — нейротрофический фактор мозга, NGF — фактор роста нервов, IGF-1 и IGF-2 — инсулиноподобные факторы роста нервов); патология рецепторного аппарата, конформационные превращения белков и их агрегирование, дисбаланс протеолитических систем, нарушение аксонального транспорта и активации микроглии.

Таким образом, развитие НДЗ включает разнообразные патологические каскады, тесно связанные между собой и потенцирующие друг друга. Нет ни одной внутриклеточной системы, которая не была бы вовлечена в патологический процесс (это рецепторы, ионные каналы, митохондрии, эндоплазматические ретикулы, везикулярный и аксональный транспорт, ядро клетки). Более того, в процесс вовлечены как мотонейроны, так и соседние глиальные клетки (астроглия, микроглия), без участия которых не наблюдается развитие прогрессирования патологического процесса. Следует отметить, что многие изученные пути поражения нервной системы являются избыточным выражением существующих в рамках нормального гомеостаза реакций, что может быть обусловлено как экзогенными, так и эндогенными причинами. При этом характерные для каждого заболевания клиническая и морфологическая феноменология выражаются повреждением определенных клеточных популяций: накопление липофусцина (при старении и БАС); нейрофибриллярная дегенерация (чаще при болезни Альцгеймера); амилоидные отложения β-амилоид (чаще при болезни Альцгеймера); убиквитиновые включения (БАС, паркинсонизм); тельца Леви (болезнь Паркинсона); нейрональные гиалиновые включения (БАС, мультисистемная атрофия, болезнь Паркинсона).

Успех в понимании механизмов нейродегенерации — это один из вопросов определения тактики лечения. Необходимо выработать единый подход к длительности и дозировке назначения препаратов, влияющих на изменения патогенетического сценария болезни. Немалое значение имеет своевременное назначение не только патогенетической и симптоматической терапии, но и своевременное назначение реанимационных мероприятий для коррекции жизненно важных функций и поиск неинвазивных препаратов, позволяющих длительно удерживать витальные функции.

УДК 616.988.23-07-08

ДО ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ В'ЯЛИХ ПАРАЛІЧІВ У ДІТЕЙ

А. Л. Горб

КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня»

Ключові слова: діти, параліч, поліомієліт, полірадікулоневропатії

У клініці інфекційних захворювань «гострий в'ялий параліч» (ГВП) найбільш часто асоціюється з паралітичними формами поліомієліту. Згідно з Глобальною програмою ліквідації поліомієліту, прийнятою ВООЗ, в умовах спорадичної захворюваності на поліомієліт введено систему епідеміологічного контролю за всіма хворобами, які супроводжуються гострими в'ялими парезами та паралічами у дітей до 15 років.

При високій якості епідеміологічного контролю частота діагностованих ГВП повинна складати не менше одного випадку на 100 тис. дітей, при цьому у 80 % випадків повинні бути відібрані 2 проби фекалій з інтервалом 24—48 годин для вірусологічного обстеження.

Показник захворюваності на ГВП у європейських країнах становить 1,2 на 100 тис. дітей до 15 років.

З метою вивчення захворюваності та розповсюдженості ГВП в Херсонській області, аналізу якості діагностики та їх лікування проведено аналіз статистичних показників та медичної документації щодо гострих в'ялих паралічів у дітей в Херсонській області за період з 2000 по 2010 роки включно.

Дитяче населення області до 15 років складало — 223 142 дитини у 2000 році та 159 547 дітей у 2010 році.

Згідно з МКХ-10 до в'ялих паралічів, крім гострого паралітичного поліомієліту, відносять поліневропатії, мононевропатії, мієліт та гострий паралітичний поліомієліт іншої та неуточненої етіології.

У більшості випадків основними конкуруючими поліомієліту захворюваннями є гострі демієлізуючі полірадікулоневропатії Гієна — Барре — Штроля, Ландрі та Фішера.

З 2000 року включно до 2010 року в області зареєстровано 31 випадок ГВП. Середньостатистично за вищевказаний період — це 2,81 випадки на рік та 1,53 на 100 тис. дітей.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Абсолютна кількість	4	4	1	2	4	2	3	2	1	3	5
Показник	1,8	1,8	0,45	1,1	2,1	1,1	1,7	1,2	0,6	1,9	3,1

Нозологічна структура ГВП: демієлізуючі полірадікулоневропатії діагностовано у 25 дітей (80,64 %), при цьому у 1 дитини був діагностований синдром Фішера, у 5 — синдром Ландрі, у 19 дітей — синдром Гійєна — Барре — Штроля; у 4 дітей в подальшому був діагностований мієліт (12,90 %); у 2 хворих (6,45 %) ГВП був симптоматичний: у 1 випадку — остеомієліт хребців ускладнений епідуральним абсцесом, а в другому — обумовлений системним захворюванням сполучної тканини. Усім дітям проведено обстеження згідно з вимогами наказу МОЗ (2 проби фекалій з інтервалом 24—48 годин та аналіз крові на парні сироватки, з інтервалом 2 тижні, для визначення антитіл до поліовірусів).

В Херсонській області доступність до спеціалізованої неврологічної допомоги дітям — цілодобова (у ОДКЛ функціонує цілодобовий пост ургентної неврологічної допомоги), що дозволяє при клінічних проявах ГВП терміново розпочати обов'язкові діагностичні заходи та лікування.

За вищевказаний період відпрацьовані протоколи терапевтичних заходів при димієлізуючих полірадікулоневропатіях, мієлітах — це, насамперед, плазмаферез та внутрішньовенне введення імуноглобуліну людини, в подальшому адитивна терапія (фізіолікування, вітамінотерапія, препарати міонейротропної дії та ін.).

За вищевказаний період лабораторно верифікованих випадків поліомієліту не було. Остаточні прояви через 60 діб серед дітей, у яких було діагностовано димієлізуючі полірадікулоневропатії, були лише у однієї дитини (4,0 %).

Своєчасна діагностика ГВП, термінове обстеження згідно з вимогами ВООЗ та МОЗ України дозволяє не тільки виключити поліомієліт, а й забезпечити якість сучасного лікування дітей з ураженням ЦНС, насамперед димієлізуючих полірадікулоневропатій.

УДК 616.714+616.831]-001.31-036:616.89-008.45].47

ДИНАМИКА КЛИНИКО-КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

И. А. Григорова, Н. С. Куфтерина

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: закрытая черепно-мозговая травма, когнитивные нарушения, цераксон, актовегин

Цель исследования: оптимизация терапевтических мероприятий у пациентов с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) средней степени тяжести на основании изучения клинико-когнитивных изменений на фоне проводимой терапии.

Обследовано 92 пациента в возрасте от 21 до 48 лет с последствиями ЗЧМТ средней степени тяжести, которые находились на стационарном лечении в КУОЗ «ОКБ — ЦЭМП» г. Харькова. Все пациенты получали общепринятую терапию (нейропротекторы, антиоксиданты, антигипоксанты, ноотропы), включающую цераксон и актовегин. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Были использованы следующие методы исследования: клинико-неврологические, инструментальные (ЭЭГ, ЭхоЭГ, ВП, КТ, МРТ, УЗДГ), нейропсихологические (тест MMSE, тест на запоминание 10 слов, методики Векслера, таблицы Шульте). Обследования проводились на 1-й и на 14-й день лечения. Полученные результаты подлежали статистической обработке.

При поступлении пациенты предъявляли жалобы на общую слабость (95,7 %); головную боль (83,7 %); ухудшение памяти, внимания (77,2 %); снижение зрения (75,0 %), слуха (64,1 %); судорожные приступы (38,0 %); головокружение (34,7 %); апатию и сонливость (22,8 %). В неврологическом статусе преобладали синдромы: астенический (93,4 %), когнитивных нарушений (90,2 %), цефалгический (77,1 %), ликворно-гипертензионный (75 %) и вегетативной дистонии (69,6 %). При инструментальных исследованиях были выявлены структурно-функциональные и гемодинамические изменения, которые коррелировали с жалобами и неврологическими нарушениями. При нейропсихологическом обследовании было выявлено, что у 90,22 % пациентов имели место нарушения когнитивных функций умеренной и выраженной степени. Нарушения общей интеллектуальной продуктивности наблюдались у 78 % пациентов, нарушения вербальной памяти — у 83,9 %, нарушения зрительной памяти — у 93,7 %, расстройства внимания — у 97,3 % пациентов.

На 14-й день терапии количество жалоб уменьшилось на 83,2 % и они были представлены преимущественно головными болями значительно меньшей интенсивности, сонливостью, общей слабостью. Выраженность неврологических синдромов уменьшилась на 76,4 %. При нейропсихологическом исследовании была установлена позитивная динамика при выполнении тестов. Интеллектуальная продуктивность по шкале MMSE улучшилась на 36,2 %, среднее время выполнения заданий по таблицам Шульте уменьшилось на 42,7 %, продуктивность воспроизведения 10 слов улучшилась на 23,6 %.

Таким образом, с учетом мультифакторных механизмов травматического поражения головного мозга, а также структурно-функциональных изменений головного мозга, гемодинамических и когнитивных изменений в комплекс традиционных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий целесообразно включать соответствующие дозы антиоксидантов, нейропротекторов, антигипоксантов, антиконвульсантов, нейротрофических препаратов и препаратов, улучшающих метаболизм головного мозга и имеющих мембраностабилизирующее действие.

УДК 616.831-002.1

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ДЭ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

В. Г. Деревецкая, И. В. Реминяк

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

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, дисциркуляторная энцефалопатия

Фибрилляция предсердий (ФП) является мощным фактором риска развития мозгового инсульта и хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Цель исследования — изучить патогенетические механизмы развития хронической недостаточности мозгового кровообращения у больных с ФП.

Методы исследования: клинико-неврологический, нейропсихологический, компьютерная томография (КТ) головного мозга, ультразвуковая доплерография, биохимический.

Обследовано 138 больных с неклапанной формой ФП в возрасте от 55 до 75 лет. Группу сравнения составили 50 больных соответствующего возраста без ФП и других нарушений сердечного ритма. На основании проведенных клинико-неврологических исследований нами было установлено наличие хронической прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения у 98 % больных с ФП. Характерной особенностью клинического течения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у больных с ФП является прогредиентное течение с быстрым формированием когнитивного дефицита и наличием частых пароксизмальных состояний в виде синкопальных (у 31,8 % больных), вестибулярных кризов и пароксизмов (у 23,9 % больных), вегетовисцеральных пароксизмов (у 19,5 % больных), эпилептиформных (у 18,6 % больных), синдрома Морганьи — Адамса — Стокса (у 6,5 % больных). Характерной особенностью когнитивного дефицита у больных с ФП является более быстрый темп его формирования. В структуре эмоциональных нарушений наряду с чертами ипохондризации, астенизации, тревожности, раздражительности, четко выявлены кардиофобические проявления (страх остановки сердца, наступления приступа и его исхода).

Нами показано, что особенностью структурных изменений головного мозга (по данным КТ) у больных с ФП являются лакунарные инфаркты (у 54,8 % больных), часто «немые», которые локализуются преимущественно в базальных ганглиях, подкорковом белом веществе, а также явления «лейкоареозиса» (у 29,4 % больных). Также у этих больных отмечаются нарушения церебральной гемодинамики в виде гипоперфузии мозга (у 95 % больных), асимметрии кровотока (у 85,5 % больных) и стенозирующих процессов магистральных артерий головы (у 76 % больных). Проведенные биохимические исследования показали, что у больных с ФП достоверно повышается активность тромбоцитарного звена гемостаза — повышается индекс агрегации тромбоцитов (66,1 % ± 8,7 %), выявлена повышенная активность тромбоксансинтезирующей системы тромбоцитов (10,72 ± 0,81 мкмоль/л), а также повышается концентрация эндоперекисных соединений в крови (8,57 ± 0,77 мкмоль/(мин. мг белка). Проведенные исследования позволили выявить основные патогенетические механизмы развития ДЭ у больных с неклапанной формой ФП. Большую роль в развитии и прогрессировании ДЭ у больных с ФП играет гипоперфузия мозга, одной из основных причин которой является нарушение общей гемодинамики. Важную роль играет наличие стенозирующих процессов магистральных артерий головы и шеи, приводящих к снижению линейной скорости кровотока, а с другой стороны, наличие атеросклеротических бляшек, которые могут быть источником атеротромбоэмболии. Также одним из механизмов развития ДЭ является поражение интрацеребральных артерий за счет артериальной гипертензии, которая наблюдается у большинства больных с ФП. Важную роль также играет нарушение активности тромбоцитарного звена гемостаза в виде повышения индекса агрегации тромбоцитов, активности тромбоксансинтезирующей системы тромбоцитов и концентрации эндоперекисных соединений в крови

УДК 616.714+616.831

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Л. А. Дзяк, А. Г. Сирко, В. М. Сук

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: тяжелая черепно-мозговая травма, медицинская помощь, индикаторы качества

Увеличение количества черепно-мозговых травм (ЧМТ), усугубление их тяжести, возрастающее значение этого вида травматизма среди основных причин смертности и инвалидизации населения, в особенности у лиц молодого и среднего возраста, вывели эту проблему на одно из первых мест среди основных медико-социальных проблем современного общества.

Улучшение качества оказания медицинской помощи при тяжелой ЧМТ связано со следующими факторами: разработка и внедрение современных протоколов диагностики и лечения, улучшение материально-технической базы лечебных учреждений, постоянный анализ качества оказания медицинской помощи и принятие решений на основании проведенного анализа.

Эффективность медицинской помощи, оказываемой больным с тяжелой ЧМТ, может быть объективно оценена с использованием индикаторов качества медицинской помощи (ИКМП). Общепринятые показатели оценки деятельности нейрохирургических отделений (хирургическая активность, предоперационный койко-день, послеоперационный койко-день, средняя длительность пребывания больного на койке, расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, % оперативных вмешательств 3—5 уровней сложности) в полной мере не отражают качество оказания медицинской помощи больным с тяжелой ЧМТ и не могут быть признаны ИКМП.

Цель работы— на основании анализа литературных данных и собственных наблюдений определить наиболее чувствительные и информативные ИКМП больным с тяжелой ЧМТ.

За основу была взята общепринятая модель оценки качества медицинской помощи (*Donabedian's triad model*), которая включает оценку трех составляющих: структуры (средств), технологий, исхода (результатов) лечения.

Были предложены следующие ИКМП больным с тяжелой ЧМТ:

- Доля (%) больных, поступивших в клинику с диагнозом тяжелая ЧМТ, от общего количества больных с диагнозом ЧМТ.
- Доля (%) оперативных вмешательств, выполненных в первые три часа (при наличии показаний) с момента поступления, к общему количеству оперированных больных.
- Доля (%) случаев лечения больных с нарушением утвержденных протоколов лечения, которые привели к неблагоприятному исходу (по результатами разбора КЭК).
- Доля (%) больных с тяжелой ЧМТ, леченных с использованием мониторинга внутричерепного и церебрального перфузионного давления.
- Летальность при тяжелой ЧМТ, %;
- Послеоперационная летальность при тяжелой ЧМТ, %.
- Послеоперационные гнойно-септические осложнения у больных с тяжелой ЧМТ, %.

Предложенные индикаторы качества позволяют объективно оценивать качество оказания медицинской помощи больным с тяжелой ЧМТ. ИКМП позволяют объективно оценивать состояние медицинской помощи в отдельно взятом отделении, больнице, районе или области. Применение ИКМП является важным инструментом в системе управления качеством медицинской помощи.

УДК 616.714+616.831

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ ВТОРИННИХ ІШЕМІЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Л. А. Дзяк, А. Г. Сірко, В. М. Сук

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: тяжка черепно-мозкова травма, вторинні ішемічні ушкодження, внутрішньочерепний тиск, церебральний перфузійний тиск

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) спричиняє різке зниження мозкового кровотоку (МК). Сучасний підхід до лікування тяжкої ЧМТ — попередження факторів вторинного ішемічного ушкодження головного мозку. Для забезпечення достатнього кровотоку та оксигенації головного мозку

лікування повинно бути спрямоване на підтримання цільового значення церебрального перфузійного тиску (ЦПТ), попередження системної артеріальної гіпотензії, гіпоксії та анемії. Підвищений внутрішньочерепний тиск (ВЧТ) також призводить до падіння ЦПТ і потребує негайної корекції. На МК також впливають такі патологічні процеси: церебральний вазоспазм, місцевий набряк мозку, фізичне стискання судин головного мозку ураженнями з мас-ефектом.

Третина вторинних ішемічних атак після ЧМТ не враховується медичним персоналом при діагностиці їх дискретним методом в порівнянні з комп'ютеризованою системою збору даних.

Мета дослідження — на основі аналізу літературних джерел встановити основні фактори вторинного ішемічного ураження головного мозку у хворих з ЧМТ. Розробити та впровадити в клінічну практику систему реєстрації та аналізу цих параметрів.

У клініці нервових хвороб та нейрохірургії в 2005 році розроблена та в 2006 році впроваджена система мультимодального нейрофізіологічного моніторингу у хворих з тяжкою ЧМТ (3 — 8 балів за ШКГ). Система включає моніторинг таких основних показників діяльності організму пацієнта: динамічна оцінка стану свідомості та неврологічного стану хворого, комп'ютерна томографія головного мозку, моніторинг ВЧТ, ЦПТ, МК методом транскраніальної доплерографії (ТКДГ), моніторинг газів крові.

Моніторинг ВЧТ проводиться на моніторі Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany). Моніторинг артеріального тиску проводиться дискретно з інтервалом в 3 хвилини осцилометричним методом монітором ЮМ-300 компанії «Ютас» (Україна) Комп'ютер автоматично визначає ЦПТ як різницю середнього артеріального тиску (САТ) та ВЧТ. ТКДГ виконується приладом «Сономед 300П» («СПЕКТРОМЕД», Росія). Проводиться реєстрація середньої лінійної швидкості кровотоку в правій та лівій середній мозковій артерії, внутрішній сонній артерії. Розрізняють такі види порушень МК: гіпоперфузія на фоні внутрішньочерепної гіпертензії, гіперперфузія та ангіоспазм.

Метою інтенсивної терапії хворих є досягнення таких кінцевих показників: САТ не менше 90 мм. рт. ст., ЦПТ на рівні 60—70 мм. рт. ст., ВЧТ менше 20 мм. рт. ст., SaO_2 99—100 %, PO_2 в артеріальній крові на рівні 100—150 мм. рт. ст., PCO_2 в артеріальній крові 36—42 мм. рт. ст. Лікування хворих проводили відповідно до клінічних протоколів надання медичної допомоги при тяжкій ЧМТ (Київ, 2006).

Моніторинг ВЧТ та ЦПТ проведено у 104 хворих з тяжкою ЧМТ, що перебували на лікуванні у відділенні нейрореанімації: в 2006 році у 4 хворих, в 2007 — у 8, в 2008 —у 24, в 2009 —у 68 хворих. Видалення внутрішньочерепних гематом виконано у 94 хворих. Померли 48 з 104 хворих. Загальна летальність склала 46,2 %.

Розроблена система мультимодального нейрофізіологічного моніторингу дозволяє проводити своєчасну діагностику та корекцію факторів вторинного ішемічного ушкодження мозку при тяжкій ЧМТ.

УДК 616.831-005.8-084-08-06:616.12-008.331.1

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З АСИМПТОМНИМИ ІНФАРКТАМИ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

О. В. Дмитрієва, І. В. Здесенко

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

Ключові слова: асимптомні інфаркти, порушення нервової системи, артеріальна гіпертензія

Асимптомні інфаркти (АІ) складають близько 25 % серед мозкових інсультів (МІ) ішемічного характеру, звичайно залишаються непоміченими, стають причиною порушень неврологічних і когнітивних функцій.

Метою роботи стало вивчення особливостей порушень нервової системи у хворих з АІ на тлі артеріальної гіпертензії для розробки заходів профілактики та лікування.

Методи дослідження: клініко-неврологічні, психодіагностичні, методи нейровізуалізації.

Було проведено скринінгове КТ-, МРТ-обстеження головного мозку 67 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією гіпертонічного ґенезу, у яких не було клінічних ознак перенесеного МІ. Середній вік хворих складав (61,5 ± 13,0) років. У 27 % (18 пацієнтів) були виявлені ознаки перенесеного інфаркту мозку (поодинокі, множинні лакунарні інфаркти мозку).

Аналіз клінічної картини показав, що АІ у хворих з АГ частіше розвиваються при давності захворювання більше п'яти років і при кризовому перебігу АГ. Факторами ризику розвитку АІ є: кризовий перебіг АГ, ФП, сахарний діабет, зміни (стовщення) комплексу інтима-медіа сонних артерії та сполучення цих факторів. Аналіз неврологічної симптоматики у хворих з АІ дозволяє виявити субклінічні прояви неврологічного дефіциту у вигляді пірамідних, вестибулярних, астенічних, психоемоційних та когнітивних порушень.

Запропоновано систему лікувально-профілактичних заходів, спрямовану на запобігання розвитку інфарктів мозку, прогресування судинного процесу.

УДК 616.857-036.22 (477.52)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИГРЕНИ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ

О. Е. Дубенко, Е. Г. Дубенко, Д. Д. Сотников

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: мигрень, распространенность

Данные о распространённости мигрени известны только из зарубежных исследований и варьируют в значительных пределах — от 3 до 30 % в популяции в зависимости от пола. Достоверные данные о распространенности мигрени в Украине отсутствуют, что обусловило цель исследования — изучить распространенность мигрени в организованной популяции населения Сумской области Украины.

Проведено безвыборочное анкетирование 2255 человек (1150 женщин и 1105 мужчин) в возрасте от 16 до 60 лет в организованных группах (учебные заведения и предприятия Сумской области). Скрининг-анкета включала диагностические критерии мигрени, разработанные Международным обществом головной боли (2003), данные о поле, возрасте, обращениях за медицинской помощью.

Результаты исследования показали, что общее количество страдающих мигренью в организованной популяции составило 268 (11,88 %) человек. Распространенность мигрени в зависимости от возраста составила: от 16 до 20 лет — 10,6 %, от 21 до 30 лет — 13,7 %, от 31 до 40 лет — 17,9 %, от 41 до 50 лет — 9,2 %, от 51 до 60 лет — 5,1 %. Женщины преобладали во всех возрастных группах и составили, в среднем, 17,56 %, мужчины — 5,88 % Преимущественно регистрировалась мигрень без ауры — у 59,0 %, мигрень с аурой — у 16,0 %, возможная мигрень без ауры — у 21,3 %, возможная мигрень с аурой — 3,7 %. У 78,7 % обследуемых, у которых диагностирована мигрень, выявлена отягощенная наследственность по головным болям различного генеза (как правило, по линии матери — 68,9 %). При детальном изучении группы больных мигренью установлено, что у 61,6 % выявлены сопутствующие заболевания, из них у 39,1 % — заболевания желудочно-кишечного тракта (в основном дискинезии желчевыводящих путей и хронические гастриты), у 32,4 % — расстройства сна, 4,8 % — врожденные пороки сердца, у 0,4 % — эпилепсия. Анализ триггерных факторов мигрени показал, что большинство обследуемых указывало на наличие нескольких факторов (75,4 %), среди которых наиболее частыми были перемена погоды (66,4 %), эмоциональный стресс (53,4 %), яркий свет или шум (33,5 %), умственная или физическая нагрузка (32,1 %), недостаток или избыток сна (28,7 %), менструация (25,0 %), голод (5,5 %).

Особенности клинического течения мигрени оценивали по частоте, продолжительности и тяжести приступов. У 42,5 % больных частота атак мигрени в месяц была 4 и более. С учетом применения пациентами абортивных препаратов, продолжительность приступа более 12 часов регистрировалась у 17,1 %. Сильные и очень сильные головные боли испытывали 54,1 %. Характерную латерализацию боли отмечали 55,5 %, у 23,5 % головная боль начиналась с одной стороны с дальнейшим распространением на обе стороны. У 48,8 % больных мигренью цефалгии сопровождались фото- и/или фонофобией, у 43,7 % — тошнотой и/или рвотой, их сочетание наблюдалось у 7,5 %.

Обращает на себя внимание, что при высокой распространенности мигрени среди населения за медицинской помощью в лечебные учреждения обращалось лишь 29,3 % женщин и 16,6 % мужчин.

В результате проведенного исследования выявлена распространенность мигрени среди населения Сумской области, произведен анализ триггерных факторов, сопутствующих заболеваний, особенностей клинического течения, что позволит улучшить оказание помощи лицам, страдающим мигренью, обосновать выбор профилактических и терапевтических подходов.

УДК 616-089:612.821.3

ЗМІНИ КОГНІТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАЦІЇ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

С. С. Дубівська

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: когнітивні функції, загальна анестезія

Мета дослідження: вивчення змін когнітивної функції (КФ) у пацієнтів, яким було проведено оперативне втручання з використанням загальної анестезії, в порівнянні з попереднім доопераційним станом.

У ході дослідження стан КФ було визначено у 29 пацієнтів за 1—2 доби до та 5—7 діб після операції. Вік пацієнтів був від 29 до 47 років. Усі хворі не мали психоневрологічного та важкого соматичного анамнезу, наркотичної залежності, алкоголізму, спадкових хвороб. Усім пацієнтам проводили оперативне втручання (лапароскопічну холецистектомію) під ендотрахеальним внутрішньовенним багатокомпонентним наркозом. Як анестетик був обраний пропофол у дозі 3 мг/кг.

Пацієнтам проводили загальне неврологічне обстеження, нейропсихологічне тестування: шкала оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination — MMSE), тест малювання годинника, батарея лобної дисфункції (Frontal Assessment Battery — FAB), метода запам'ятовування 10 слів А. Р. Лурія, таблиці Шульте. Тестування до та після операції проводили у першу половину дня з використанням загальновідомих стандартних метод нейропсихологічного тестування.

При аналізі отриманих даних нами були визначені зміни стану КФ у даної групи пацієнтів. У пацієнтів в доопераційному періоді за шкалою MMSE результат був у межах 28—30 балів, що вказує на відсутність порушень КФ. Після операції у 34,5 % спостерігались результати 24—27 балів, що вказує на «легкі» порушення КФ (відповідність балів на підставі досліджень Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України). Результати тесту малювання годинника у періоді до операції відповідали межам норми. У періоді після операції відмічалась незначна неточність розташування стрілок у 20,7 %, більш вагомі помилки розташування стрілок спостерігались у 13,8 % пацієнтів. За даними шкали FAB до операції відмічалась перевага 17—18 балів у 93,1 % пацієнтів, після операції було 14—16 балів у 13,8 %, 16—18 балів — у 86,2 %. Під час оцінювання стану довільної вербальної пам'яті за допомогою методики А. Р. Лурія: до операції для повного відновлення ряду необхідно було 5—6 повторень, середня кількість помилок була 1—2; після операції було необхідно 7—9 повторень та спостерігались 2—4 помилки. За результатами дослідження за таблицями Шульте: до операції — ступінь спроможності працездатності був 96,5 %, після операції спостерігалось збільшення кількості помилок та зниження середнього значення ступеня спроможності працездатності.

Отримані нами дані дослідження змін КФ у пацієнтів, яким було проведено оперативне втручання з використанням загальної анестезії, в порівнянні з попереднім доопераційним станом, в цілому вказують на наявність у них переважно «легких» змін КФ.

Результати дослідження визначення змін КФ пацієнтам, яким проводиться операція в умовах загальної анестезії, допоможе розробити алгоритми заходів діагностики та профілактики порушень КФ на доопераційному етапі.

УДК 616.832-004.2:615.851

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АДДИТИВНОЙ ТЕРАПИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

С. К. Евтушенко, Я. А. Гончарова, В. А. Симонян, Д. А. Филимонов, А. Б. Грищенко

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В. К. Гусака АМН Украины», г. Донецк

Ключевые слова: рассеянный склероз, аддитивная терапия

В настоящее время благодаря достижениям в понимании этиопатогенеза рассеянного склероза разработаны международные протоколы по ведению пациентов в период обострения. Вместе с тем эффективного общепризнанного алгоритма терапии рассеянного склероза в период ремиссии не существует. Одни специалисты признают необходимость длительной нейропротекторной и симптоматической терапии в период ремиссии, другие же считают, что такой подход является малообоснованной и неэффективной полипрагмазией и рекомендуют ограничиваться противорецидивными препаратами.

Цель и задачи исследования — оптимизация тактики комплексного медикаментозного и немедикаментозного лечения больных рассеянным склерозом для повышения эффективности синдромально-патогенетической терапии, улучшения качества жизни пациентов.

На базе отделения ангионеврологии мы наблюдали 56 пациентов (32 женщины и 24 мужчины в возрасте от 21 года до 40 лет) с диагнозом достоверного рассеянного склероза, рецидивирующим течением и длительностью заболевания от 2 до 8 лет. Степень неврологического дефицита оценивалась с помощью шкал EDSS, Kurtske. Всем пациентам проводилась магниторезонансная томография головного и спинного мозга с магневистом, исследовались мультимодальные вызванные потенциалы, связанные с событием, электронейромиография и транскраниальная магнитная стимуляция.

Основные результаты. Использовался принцип аддиции — «сложения» фармакологических свойств препаратов. Спектр терапии определялся стадией заболевания, доминирующим клиническим синдромом. Для коррекции спастичности мы использовали миорелаксанты, блокады с диспортом, стренч-гимнастику, постизометрическую релаксацию мышц, лечебную физкультуру, иглорефлексотерапию. При атаксии, головокружении назначали вестибулолитики, транскраниальную магнитную стимуляцию, вестибулярную гимнастику. Лечение дисфункции мочевого пузыря включало: нормализацию питьевого режима, электростимуляцию мочевого пузыря и мышц тазового дна, назначение антихолинергических и холиномиметических средств. Синдром хронической усталости и психоэмоциональные дисфункции корригировали курсом психотерапии, транскраниальной магнитной стимуляцией, дыхательной гимнастикой, антидепрессантами. При ликворно-дистензионном синдроме назначался пролонгированный курс диуретико-венотонических препаратов. Для купирования прозопалгий, тригеминальных невралгий, миофасциального и вторичного вертебрального синдромов применяли ИРТ, массаж, физиотерапию, мануальную терапию, антиконвульсанты, анестетики местно в виде

блокад с гомеопатическими средствами. В качестве терапии нейродегенеративного синдрома применяли нейропротекторы, гипербарическую оксигенацию, синглетный кислород (Валкион-терапия).

На фоне проводимой терапии состояние большинства пациентов значительно улучшилось (в среднем показатели EDSS увеличились на 1—1,5 балла). Таким образом, можно с уверенностью сказать, что аддитивная терапия вполне обоснована и не является полипрагмазией. Несмотря на некоторые трудности (увеличение стоимости лечения, нежелание пациентов принимать множество препаратов), аддитивная терапия успешно выполняет свое предназначение — повышение качества жизни пациентов.

УДК 616.831-005.-055.2-085.357

НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ПРИНИМАВШИХ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ СРЕДСТВА

Евтушенко С. К., Иванова М. Ф., Симонян В. А., Мурадян И. Э.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака АМН Украины», г. Донецк

Ключевые слова: нарушения мозгового кровообращения, женщины молодого возраста, гормональные контрацептивные средства

Нарушения мозгового кровообращения (НМК) у лиц молодого возраста (до 45 лет) остаются актуальной медицинской и социальной проблемой. На 100 000 женщин детородного возраста ежегодно приходится 4,4 случая инсульта. Употребление гормональных контрацептивных средств (ГКС) повышает риск развития этого заболевания в 1,9 раза — до 8,5 инсультов на 100 000 женщин. Однако этот риск значительно возрастает, если принимающая гормоны женщина курит, страдает мигренями или у нее высокое кровяное давление.

За период с 2002 по 2010 гг. из числа поступивших на обследование и лечение в клинику ангионеврологии ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака АМН Украины» больных молодого возраста (до 45 лет) с НМК была выделена группа из 35 женщин в возрасте от 23 до 45 лет, поступивших в остром или подостром периодах ишемического инсульта (ИИ), которые в анамнезе до развития НМК все принимали ГКС сроком от 4 мес. до 9 лет по разным причинам: женщины 1-й группы (17 чел. в возрасте от 23 до 33 лет) принимали ГКС с целью контрацепции; женщины 2-й группы (18 чел. в возрасте от 31 до 45 лет) принимали ГКС в связи с нарушениями менструального цикла, дисфункциональными кровотечениями, предменструальным синдромом, овуляторными болями.

Всем пациенткам было проведено тщательное лабораторно-инструментальное обследование, включавшее коагулограмму (растворимые фибринмономерные комплексы, активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ), международное нормализационное отношение, протромбиновый индекс (ПТИ), тромбиновое время, антитромбин III, фибриноген), развернутую липидограмму, пробы на активность ревматизма, дуплексное сканирование магистральных артерий шеи (аппарат Sonoline Elegra advanced, Siemens), ЭКГ, ЭхоКГ (аппарат Apogee CX INTERSPEC, США), КТ (аппарат General Electric, США) и/или МРТ головного мозга (аппарат Gyroscan T10, Philips, Голландия).

Из анамнеза установлено: у 12 женщин отмечались головные боли, усиливавшиеся с началом приема ГКС, а у 5 — связанные с менструальным циклом, 14 пациенток курили на протяжении от 1 года до 7 лет до развития НМК, у 7 — развитие НМК совпало с зафиксированным впервые в жизни повышением артериального давления. Выявлено повышение ПТИ от 110 до 125 % у 10 чел., уменьшение АЧТВ у 12, повышение уровня фибриногена у 8, ЛПВП — у 7. НМК во всех случаях протекали по типу ИИ, при этом у 4 пациенток при контрольном проведении КТ наблюдалась трансформация в смешанный инсульт. Характерным было отсутствие общемозговых проявлений, не было выявлено кардиальных источников эмболии, клинически значимого поражения прецеребральных сосудов, не диагностированы системные заболевания и другие известные причины ИИ. При КТ- и МРТ-исследовании выявлены ишемические очаги, размеры которых не превышали 1,5 см, у 4 пациенток выявлены единичные очаги большего размера (до 6 см). Полученные данные свидетельствовали в пользу лакунарного или гемореологического подтипа ИИ у наблюдаемых пациенток. Вместе с тем, выявленная трансформация ИИ в смешанный у 4 пациенток свидетельствует о более сложных патогенетических механизмах развития НМК у данной категории больных.

Лечение включало назначение антиоксидантов, нейропротекторов, антигипоксантов, ноотропов, противоотечных средств. В то же время ведущим звеном патогенетической терапии было назначение антиагрегантов (аспирин, плавикс), у 10 пациенток с изменениями в коагулограмме — антикоагулянтов (клексан); у 4 пациенток с трансформацией ИИ в смешанный — этамзилата, нимотопа, аскорутина.

Таким образом, при НМК у молодых женщин необходимо тщательно собирать анамнез, проводить полный спектр клинико-лабораторных и инструментальных обследований. Обращать внимание на указание в анамнезе на прием ГКС, что может быть дополнительным фактором риска развития инсульта у молодых женщин и требует соответствующей коррекции лечения, в зависимости от полученных результатов обследования, принятия решения совместно с гинекологом о целесообразности дальнейшего приема ГКС.

УДК 616.832-004.2-06:616.13/.14]-085

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПРЕ- ТА ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНИХ СУДИН І ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ТА СПОСІБ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Євтушенко С. К., Грищенко А. Б., Вінокуров Д. Л., Ревякіна О. Г., Гончарова Я. А., Марусиченко В. В.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В. К. Гусака АМН України

Ключові слова: розсіяний склероз, церебральна гемодинаміка, вазоактивні препарати

В останні роки вагома роль у вивченні етіології і патогенезу розсіяного склерозу (РС) належить імунопатологічним процесам. Але збільшення відсотку прогресуючих форм захворювання, індивідуальна чутливість до імунокорегуючої терапії підтверджує гетерогенність РС і потребує необхідність вивчення впливу інших факторів на виникнення, перебіг та патогенетичні механізми різних форм РС.

Існуючі в літературі дані, що вказують на зміни запального характеру в судинах головного мозку, інсультоподібний розвиток атак при РС, та схожа клінічна картина РС і церебральних васкулітів стали приводом для припущення можливої ролі судинного фактору в розвитку захворювання.

Дослідження проводили на базі Інституту невідкладної та відновної хірургії ім. В. К. Гусака АМН України. Під нашим спостереженням перебували 110 хворих (87 жінок і 23 чоловіки) з достовірним діагнозом РС, встановлюваним за допомогою критеріїв C. M. Poser et al. (1983), Mc Donald et al. (2005), у віці від 20 до 45 років (середній вік склав 31,5 ± 1,62 років).

Завдання дослідження: вивчення анатомо-морфологічного стану пре- й інтрацеребральних судин у хворих на РС, вивчення впливу патології судин на церебральну гемодинаміку, особливості клініки й перебігу, обґрунтування необхідності застосування вазоактивних препаратів.

Для оцінки анатомо-морфологічного стану пре- й інтрацеребральних судин та церебральної гемодинаміки всім хворим проводили МРТ головного мозку в режимі ангіографії, кольорове триплексне сканування (КТС) і ультразвукову доплерографію (УЗДГ) судин голови і шиї, за допомогою яких було встановлено, що 63,64 % хворих на РС мають патологію пре- й інтрацеребральних судин у вигляді патологічної звивистості, гіпо- і аплазій, та їх поєднань. Було

виявлено, що у хворих на РС порушення мозкової гемодинаміки виражене гіперперфузією в каротидному басейні, яка характеризується підвищенням пікової систолічної (*PS*) і діастолічної швидкості (*ED*), венозним перевантаженням, ангіоспазмом проксимальних відділів інтракраніальних судин, про який свідчило підвищення *PS* й зниження індексу периферичного опору (*Ri*). Порушення мозкової гемодинаміки у хворих з незміненою анатомічною конфігурацією МАГ є підставою для припущення можливості залучання в загальний автоімунний процес інтрацеребральних судин. Виявлено, що у хворих на РС, які мають патологію пре- й інтрацеребральних судин, основні гемодинамічні показники змінені в середньому на 32 %, а у хворих з відсутністю патології — на 14 %. Знайдений феномен гіперперфузії можна пояснити не тільки порушенням гемодинаміки, обумовленої порушенням гемодинамічного балансу в самих судинах, але і наявністю автоімунного процесу, який має інтенсивний перебіг в тканині мозку, що вимагає посилення кровоплину. Не виключається, що в автоімунний процес в паренхімі мозку залучається не тільки глія, але й ендотелій судин, формуючи асептичну ангіопатію.

Аналіз клінічного перебігу (в першу чергу прогредієнтних форм) показав, що у хворих з патологією судин на 41 % частіше виникає полісимптомний дебют РС, а важкість захворювання на 20,6 % вища. Первинно-прогресуючий перебіг РС виникає на 12 % частіше, а вторинно-прогресуючий — на 15 %. Проведене імунологічне дослідження показало, що для хворих на РС характерним є автоімунно-запальний процес, що має повільний перебіг, та проявляється підвищеною екскрецією прозапальних (ІЛ-1, ФНП-α) і протизапальних (ІЛ-4, ІЛ-10) цитокінів.

У зв'язку із змінами пре- й інтрацеребральних судин, порушеннями мозкової гемодинаміки, зафіксованими за допомогою МРА, КТС і УЗДГ, хворим призначався пентоксифілін в дозі 100 мг в/в краплинно № 10, з подальшим переходом на прийом *per os* в дозі 200 мг 3 р/д — 1 місяць (3 курси на рік). Критеріями ефективності лікування були: покращання мозкової гемодинаміки за результатами КТС, динаміка цитокінів, поліпшення суб'єктивного стану, зменшення неврологічного дефіциту за шкалою EDSS на 0,5 та більше балів, зменшення частоти загострень, швидкість прогресування. Дослідження цитокінів показало, що через 1 місяць прийому пентоксифіліну рівні прозапальних цитокінів в середньому знижаються на 58 %, рівні протизапальних підвищуються на 82,5 %. Гемодинамічні показники у хворих з патологією прета інтрацеребральних судин у середньому поліпшуються на 20,8 %, у хворих без патології — на 14,2 %. Тяжкість РС на фоні лікування у хворих з дисплазіями судин в середньому зменшується на 14 %, у хворих без останніх — на 33 %.

Таким чином, гемодинамічний, імунологічний і клінічний моніторинг показали, що застосування пентоксифіліну позитивно впливає на мозкову гемодинаміку, імунологічні процеси, клінічний перебіг захворювання і може бути запропонований для включення до схеми лікування хворих на РС, особливо таки, що мають патологію пре- й інтрацеребральних судин

УДК 616.133.33-004.6-036.66:615.838

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА

В. А. Ежова, А. Ю. Царёв, Л. А. Куницина, С. А. Мирзоян, С. В. Словеснов, Е. Ю. Колесникова, А. М. Желдаков

КРУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова», г. Ялта

Ключевые слова: церебральный атеросклероз, психофизическая реабилитация, непосредственные и отдалённые результаты

Цель — клинико-физиологическое обоснование новых технологий психофизической реабилитации (ПФР) больных церебральным атеросклерозом (ЦА) по данным непосредственных и отдалённых результатов.

Проведено одноцентровое, трёхгодичное, рандомизированное контролируемое клиническое исследование 120 больных ЦА 52,3 ± 2,2 лет.

Методы исследования: MMSE, ЛОБИ, Бека, Спилбергера — Ханина, оценка мотиваций приверженности к физическим методам лечения, 8 тестов когнитивных функций (Н. Н. Яхно), SF-36, ЭЭГ, ЭКГ, интегральная оценка церебральной гемодинамики в бассейнах каротидной и вертебрально-базилярной систем артерий, липидокоагулограмма. Толерантность к физической нагрузке — адаптационный потенциал системы кровообращения Баевского, индекс ФСС по Пироговой, тест 6-минутной ходьбы по модифицированной шкале Борга.

Больные были разделены на 3 группы по 40 человек и все получали единый комплекс: сезонную климатотерапию, кинезотерапию, ранее разработанную методику лечебной гимнастики (ЛГ), стандартную медикаментозную терапию (П. В. Волошин, Т. С. Мищенко, 2007) — 1-я (контрольная группа); пациенты 2-й — новый комплекс ЛГ в сочетании с ароматерапией композицией эфирных масел «ПОЛИОЛ» (С. С. Солдатченко, 2008); в лечение пациентов 3-й группы дополнительно включали образовательную программу (ОП) и групповой психологический тренинг (ГПТ).

На основании анализа исследуемых показателей в динамике разработана новая технология ПФР больных ЦА с включением, наряду с сезонной климатотерапией, психотерапии, ОП, ГПТ, нового комплекса лечебной гимнастики, в сочетании с ароматерапией.

Изучение непосредственных и отдаленных (через 1 год) результатов применения новых технологий ПФР позволило установить, что лечебный комплекс в 3-й группе позволил достичь максимально благополучных непосредственных результатов в 37,5 % (во 2-й — в 22,5 % и в 1-й (контрольной) — в 15 % случаев), а отдаленных благополучных результатов в 3-й — 82,5 % случаев (во 2-й — в 57,5 % и в 1-й — в 30 %). За этот период ни у одного больного не было зарегистрировано эпизодов ОНМК как в виде инсульта, так и ТИА. У больных 3-й группы были во многом сохранены достигнутые благоприятные эффекты со стороны психоэмоционального состояния и когнитивных функций. Согласно полученным от этих больных данным, 77,5 % из них соблюдали рекомендации по питанию, двигательному режиму и коррекции образа жизни, такие рекомендации соблюдали лишь 13,2 % и 10,8 % больных 2-й и 1-й группы.

Использование разработанной технологии ПФР улучшает отдаленные результаты и позволяет не только сформировать, но и поддерживать в течение 1 года после лечения мотивацию больных ЦА к правильному образу жизни.

УДК 616.89-008.4345-02:616.831.005

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

А. А. Завгородний

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: речевые нарушения, терапия

В восстановлении речевых функций важным условием лечебного процесса является величина речевых нагрузок, их число, необходимость соблюдения больным медленного, чёткого произношения буквы, слога, слова, фразы под медицинским контролем, при этом исключая ошибки, т. е. необходима дозированная нагрузка перехода последовательности обучения и произношения от буквы к слогу, от слова — к слову, от слова — к фразе, и в многократном замедленном темпе повторение одних и тех же речевых упражнений. Это даёт возможность больным осуществлять принцип постепенности в дозировке, т. е. перейти к чёткому темпу, числу, ритму и амплитуде модификации речевых упражнений, их простоте и точности выполнения, правильной организации речедвигательного навыка, сообразно характеру заболевания.

Восстановительная терапия речевых нарушений включает: психотерапевтическую коррекцию речевого режима в восстановлении речевых функций; особенности дифференцированного лечебно-коррекционного восстановления устной и письменной речи; рассудочную психотерапию в системе восстановления речевых функций; участие семьи в психотерапевтической коррекции речевого режима для восстановления речевых функций; психотерапевтическую коррекцию вегетативных нарушений с современными методами терапии и медицинской реабилитации, что позволяет врачу системно и дифференцированно проводить восстановительную терапию афатических и психовегетативных нарушений, корригировать сенсорно-моторные речевые структурно-функциональные системы человека.

Больной должен говорить медленно, плавной, чёткой речью, выполняя при этом основные правила произношения речи: всегда при разговоре смотреть в глаза собеседнику или в ту сторону, где он находится. Прежде чем сказать, необходимо сделать вдох, глубина которого должна соответствовать длине фразы, что достигается опытом и практикой. При разговоре выдыхаемый воздух должен расходоваться на громкое произношение ударных гласных звуков; говорить медленно, плавно, красиво и обязательно смотреть собеседнику в глаза для снятия эмоционально-волевого напряжения и возможности сначала свободно произносить отражённую речь с последующей выработкой собственных навыков произношения автоматизированной речи.

Психогигиена речевого режима и психотерапевтическая коррекция речевых нарушений способствует правильному произношению автоматизированной речи и восстановлению утраченных речевых функций.

УДК 616.8:614.25:658:386.3:378.661

КІНЕСТЕЗІОМЕТРИ І КІНЕЗІСТИМУЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ

О. О. Завгородній

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: кінезістимуляційна терапія

Кінезістимуляційна терапія основана на лікувально-оздоровчій дії кінестезіометрів, які здійснюють активацію біорефлекторних сегментарно-рефлексогенних систем та органів людини і використовуються для лікування захворювань нервової системи, внутрішніх органів, опорно-рухового апарату.

Вплив кінестезіометрів на різні сегменти тіла людини дозволяє проводити багатофункціональну синергійну лікувально-оздоровчу кінезінейроактивацію: рецепторну, аксон-рефлексогенну, метамерну, рефлексогенно-коркову, нейровегетативну, нейросудинну, шкірно-вегетативну, сенсорно-вісцеральну, сенсорно-моторну, нервово-м'язову, суглобово-м'язову, антиноцицептивну, реципрокну, пропріоцептивну, сегментарну, мано-, педокінезінейроактивацію, краніоцеребральну, цервікальну, паравертебральну, тулубну, психокоректорну.

Спосіб сегментарно-рефлекторної кінезінейростимуляції призначений для проведення кінестезіометрами: нейрорефлекторної, вегетативно-судинної активації органів та систем людини; безголкової акупунктури; масажу тіла з фізіологічною спрямованістю та з метою лікувально-оздоровчого його впливу; мануальної терапії; відновлення рухових, чутливо-моторних і вегетосудинних функцій; для активізації емоційно-вольової якості, зміцнення здоров'я, збільшенням фізіологічної активності і працездатності, сповільнення старіння, зменшення інвалідизації.

Кінестезіометри розвивають м'язову силу, рухомість суглобів, покращують координацію рухів та рівновагу, зменшують підвищений тонус м'язів, попереджують та ліквідують контрактури, сприяють появі компенсаторних навичок, поліпшують роботу серцево-судинної та нервової систем, поліпшують системний мозковий кровообіг, функцію дихання, нирок, шлунка, кишечника, печінки. Кінезістимуляція кінестезіометрами моторно-вісцеральних зон та шкірно-вісцеральних рефлекторних систем відновлює органи та системи організму.

Показання: лікування функціональних та органічних захворювань центральної, периферичної та вегетативної нервової системи (післяінсультні геміпарези, паралічі, контрактури, дитячий церебральний параліч, паркінсонізм, розсіяний склероз, пірамідні та екстрапірамідні порушення, хребцевий остеохондроз, плексити, невріти, поліневропатії та ін.); лікування захворювань радіаційних наслідків аварії на ЧАЕС; гіпокінезії, гіподинамії в післяінсультному та післяопераційному періодах; лікування вегетативно-судинної дистонії, артеріальної гіпертонії, захворювань опорно-рухового апарату (артрози, артрити, синдром Зудика, контрактури після сухожильного шва, тендовагініти, плечолопатковий периартроз, коксартроз, п'яткові «шпори» та інше); лікування атонії шлунково-кишкового тракту, астенії, імпотенції, фригідності, неврозів тощо.

Техніка виконання:

Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачі. Лікувально-оздоровчі впливи кінезістимуляційної терапії проводяться кінестезіометрами-кінезістимуляторами на сегментарно-рефлексогенні зони з їх біологічно активними точками та системами 1—5—10 хвилин 1—3 рази на день.

Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачі та на спині. Покласти долонну поверхню руки та підошовну стопи на кінестезіометр і здійснювати рухи (розкотуючого типу) 1—5 хвилин 1—3 рази на день.

Кінестезіометри дозволяють цілеспрямовано впливати на різні сегменти тіла людини та проводити диференційоване лікування захворювань нервової системи, внутрішніх органів, опорно-рухового апарату.

УДК 616.831-005-07-036.66:615.847.8

ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ РИТМІЧНОЇ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МОЗКУ В ГОСТРОМУ ТА РАННЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ

В. О. Засуха, О. П. Балицький

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: інфаркт мозку, пірамідний шлях, транскраніальна магнітна стимуляція, високочастотна ритмічна стимуляція, викликана моторна відповідь

Метою дослідження було вивчення нейрофізіологічних особливостей ураження та відновлення пірамідних шляхів у хворих на інфаркт мозку в гострому та ранньому відновлювальному періодах.

Проведено комплексне обстеження 45 пацієнтів віком 52—77 років (чоловіків — 27, жінок — 18) після розвитку ішемічного інсульту. Для визначення стану функціонування рухових шляхів використовували транскраніальну магнітну стимуляцію.

Оцінювали показники порогу виникнення викликаної моторної відповіді (ВМВ), часу латентності, амплітуди та площі викликаної моторної відповіді з проксимальних та дистальних м'язів рук та ніг (*m.abductor pollicis brevis, m.biceps brachii, m.rectus femoris, m.tibialis anterior*).

Проводили також високочастотну (5 Гц) ритмічну транскраніальну магнітну стимуляцію з метою поліпшити відновлення втрачених функцій.

Клініко-неврологічне обстеження проводили з використанням шкал NIHSS, Rankin, TOAST. Неврологічний дефіцит оцінювали за шкалою NIHSS. У 11 хворих неврологічний дефіцит визначався у межах 0—5 балів, у 26 — 6—10 балів, у 8 — більше 11 балів.

У результаті проведеного дослідження в усіх хворих було виявлено зменшення амплітуди і площі ВМВ, збільшення часу латентності та збільшення порогу виникнення ВМВ. Ступінь змін цих нейрофізіологічних параметрів корелював з вираженістю неврологічних розладів.

Після проведення курсу високочастотної ритмічної магнітної стимуляції рухової проекції кори головного мозку

у 54 % хворих спостерігалось зменшення порогу виникнення ВМВ з м'язів рук (*m.abductor pollicis brevis, m.biceps brachii*) та з м'язів ніг, було більш суттєве з *m.tibialis anterior* (42 %) у порівнянні з *m.rectus femoris* (30 %). Показники відновлення рухових шляхів були значно виражені у м'язах рук (*m.abductor pollicis brevis*: час латентності покращився у 70 % пацієнтів, амплітуда ВМВ — у 54 %, площа ВМВ — у 60 %; *m.biceps brachii*: час латентності покращився у 70 %, амплітуда ВМВ- у 67 %, площа ВМВ — у 70 %). У м'язах ніг відновлення було більш помітним у дистальних відділах — *m.rectus femoris* час латентності покращився у 42 % хворих, амплітуда ВМВ — у 24 %, площа ВМВ — у 24 %; *m.tibialis anterior*: час латентності покращився у 49 %, амплітуда ВМВ — у 58 %, площа ВМВ — у 60 % хворих.

Метод транскраніальної магнітної стимуляції дозволяє діагностувати глибину нейрофізіологічних змін пірамідних структур у хворих на ішемічний інсульт та прогнозувати відновлення моторних функцій.

Застосування високочастотної ритмічної магнітної стимуляції прискорює процес відновлення рухових шляхів у хворих на ішемічний інсульт.

Використання даної методики в комплексному лікуванні цієї категорії пацієнтів сприяє підвищенню ефективності реабілітаційного процесу.

УДК 616.831-005.4-08-036.66

ЗАСТОСУВАННЯ ГРАВІТАЦІЙНОГО КОСТЮМУ «РЕГЕНТ» У ЛІКУВАННІ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

В. О. Засуха, О. П. Балицький, Г. В. Фещенко, І. В. Саєнко, І. Б. Козловська

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ (Україна); ООО «Центр авиакосмической медицины», Москва; ГНЦ РФ ИМБП РАН, Москва (Росія)

Ключові слова: ішемічний інсульт, рухові порушення, дозований аферентний пропріоцептивний потік, лікувальний костюм «Регент»

Однією із найважливіших медико-соціальних проблем сучасної ангіоневрології є лікування і реабілітація хворих на мозковий інсульт, наслідком якого є високий ступінь інвалідизації (70—80 %), а працездатними залишаються 10—15 %. Одним з самих тяжких постінсультних дефектів є рухові порушення, в результаті яких хворі залишаються інвалідами нездатними себе обслуговувати.

За останні роки накопичений певний досвід застосування лікувальних костюмів аксіального навантаження, одним з кращих серед них на сьогоднішній день є лікувальний костюм (ЛК) «Регент» — який використовується для лікування хворих з наслідками гострого порушення мозкового кровообігу.

В основі терапевтичної дії ЛК «Регент» покладено принцип створення дозованого аферентного пропріоцептивного потоку з опорно-рухового апарату, аксіальної мускулатури і м'язів кінцівок. Послідовні сеанси лікування з використанням ЛК «Регент», призводять до нормалізації діяльності структур, що контролюють моторику уражених кінцівок, на які безпосередньо розповсюджується дія костюма, здійснюється позитивний вплив на діяльність мозку в цілому.

Включення ЛК в комплекс нейрореабілітаційних заходів суттєво збільшує можливості реабілітації пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт.

Метою роботи було вивчення ефективності застосування ЛК «Регент» у комплексному лікуванні хворих на ішемічний інсульт з розладами рухових функцій в гострому та ранньому відновлювальному періодах.

Було обстежено 38 хворих на ішемічний інсульт в гострому (8 хворих) та ранньому (30 хворих) відновлювальному періодах віком від 48 до 75 років, у яких превалювали рухові розлади. В комплексному лікуванні цих пацієнтів застосовували ЛК «Регент» (основна клінічна група). Контрольну групу складали 20 осіб, яким проводили стандартну реабілітаційну терапію.

Для динамічної оцінки ступеня неврологічного дефіциту проводили клініко-неврологічне обстеження з використанням шкали NIHSS, функціональний статус хворого оцінювали за допомогою індексу Бартеля.

У хворих основної та контрольної груп до початку лікування неврологічний дефіцит був у межах 6—10 балів за шкалою NIHSS.

Заняття в ЛК складались із вправ на навчання правильній ході. Відпрацьовувався індивідуальний підбір оптимального режиму заняття, потім тривалість заняття збільшувалась до 35—40 хвилин. Курс лікування складав 10 занять протягом 10 днів.

Аналіз клініко-неврологічних параметрів показав, що у хворих, які перенесли ішемічний інсульт, неврологічний дефіцит в основній групі в порівнянні з контрольною групою достовірно зменшився, функціональна активність (індекс Бартеля) у пацієнтів з наслідками інфаркту мозку через 6 місяців після його розвитку достовірно підвищилась (до лікування 70,5 ± 1,87; після лікування 87,3 ± 1,64; $p \le 0,05$).

Після курсу застосування ЛК без сторонньої допомоги пересувались близько 45 % хворих, на відміну від пацієнтів контрольної групи (26 %).

Застосування ЛК «Регент» у комплексному лікуванні хворих з наслідками ішемічного інсульту дозволяє підвищити ефективність реабілітації пацієнтів з руховими порушеннями, сприяє більш повному відновленню втрачених функцій і покращанню якості життя.

УДК 616.832.14-009

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВИХ ВЕРТЕБРОГЕННИХ СИНДРОМІВ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

В. О. Засуха, Р. А. Мокринський, О. П. Балицький, О. В. Мазур, Л. В. Дубініна, І. В. Лук'янчук

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ; Київська міська клінічна лікарня № 6

Ключові слова: корінцевий больовий синдром, іритативний больовий синдром, компресійна радикулопатія, міжхребцевий диск

В основі патогенезу больових вертеброгенних синдромів, як відомо, існують два патофізіологічних механізми: рефлекторний і компресійний. Основний механізм рефлекторних синдромів — іритація рецепторів синувертебрального нерва з розповсюдженням подразнення по вертебромоторних, вертебровазальних, вертебровісцеральних, вертебровегетативних і соматичних рефлекторних шляхах. Джерелом патологічної імпульсації є рецептори фіброзного кільця ураженого диску, задньої поздовжньої зв'язки та інших зв'язок, капсул міжхребцевих суглобів, власних м'язів хребта. В основі компресійних синдромів лежать патофізіологічні механізми, обумовлені механічним здавлюванням, натягом, дислокацією, ангуляцією корінця і його судин, спинного мозку і його оболонок. Це проявляється проекційними феноменами, у зв'язку із подразненням чутливих волокон корінця або ознаками порушення провідності корінця, кінського хвоста, провідникових і сегментарних структур спинного мозку.

Метою нашої наукової роботи було вивчення особливостей патогенезу формування і розвитку іритативних і корінцево-компресійних больових синдромів попереково-крижового відділу хребта та їх клінічних проявів.

Обстежено 31 хворого з больовими іритативними і корінцевими синдромами попереково-крижового відділу хребта у віці від 25 до 76 років (чоловіків 23, жінок — 8). Тривалість захворювання (за даними анамнезу) у 3 пацієнтів була до 3 місяців, у 6 — від 3 до 6 місяців, у 7 — від 6 до 12 місяців, у 10 — від 1 до 5 років, у 5 — від 5 до 20 років. Останнє загострення тривало в середньому від 2 тижнів до 2 місяців. За даними клініко-неврологічного обстеження, яке включало вивчення скарг хворого та визначення функціонального статусу за допомогою неврологічних шкал (Visual Analogue Scale, шкала п'ятибальної оцінки вертеброневрологічної симптоматики), хворі були поділені на 2 групи. Першу склав

21 пацієнт (67,7 %) з рефлекторними синдромами: люмбаго і люмбоішиалгією, другу — 10 пацієнтів (32,3 %) з ознаками компресійної радикулопатії.

За результатами дослідження в усіх без винятку пацієнтів відзначався біль різного ступеня вираженості. У 6 осіб біль локалізувався в поперековій ділянці хребта, виникав гостро чи поступово протягом кількох днів в основному після фізичного перевантаження, різкого руху або переохолодження. У інших 15 хворих поперековий постійний біль іррадіював переважно по задньо-боковій поверхні однієї ноги та підсилювався під час рухів.

У 10 хворих з ознаками компресійної радикулопатії окрім болю спостерігався неврологічний моторний та (або) сенсорний дефіцит, часто — вегетативно-трофічні розлади в зоні, інервованій ураженим корінцем. Слід зазначити, що в процесі дослідження констатувались випадки компресійної радикулопатії з вираженим дефіцитом функції корінців (8 осіб), який не корелював зі змінами міжхребцевих дисків на МРТ (наявністю великих гриж міжхребцевих дисків).

Таким чином, поряд з теорією про власне компресію спинномозкового корінця грижею міжхребцевого диску можна думати про існування іншого механізму ураження спинальних корінців. А саме, за рахунок антигенних властивостей гістаміноподібних речовин, які утворюються внаслідок порушень перебігу метаболічних процесів у сполучній тканині дисків, виникають імунологічні розлади, які активізують розвиток асептичного запалення у корінці. Врахування цього патогенетичного аспекту дасть змогу ефективніше застосовувати патогенетично обґрунтовані методи лікування такої категорії хворих.

УДК 616.831-005,1-053.86

ЛЕТАЛЬНІ ВИПАДКИ ІНСУЛЬТУ В МОЛОДОМУ ВІЦІ

Зозуля І. С., Мардзвік В. М.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Ключові слова: молодий вік, фактори ризику, ішемічний інсульт, геморагічний інсульт, летальність

Інсульт у осіб молодого віку в клінічній практиці спостерігається досить часто, проте більшість досліджень спрямована на вивчення захворюваності інсультом у популяції в цілому, без вікової орієнтації.

Проаналізовано 127 історій хвороб осіб молодого віку (20—45 років), що були госпіталізовані у відділення судинної нейрохірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги протягом 6-ти років (2004—2009 рр.) і померли внаслідок церебрального інсульту того чи іншого типу.

Середній вік становив у чоловіків 34,75 ± 3,2 роки, у жінок 32,25 ± 3,9 роки. Чоловіки складали 70 % (89), жінки — 30 % (38). Ішемічний інсульт діагностовано у 21 (17 %), а геморагічний інсульт — у 106 (83 %) померлих. Серед усіх пацієнтів ішемічний інсульт в чоловіків був у 15 випадках та у 6 жінок. Геморагічний інсульт був у 74 представників чоловічої статі і 32 — жіночої. Переважна більшість пацієнтів надійшли до приймального відділення каретою швидкої медичної допомоги. Слід зазначити, що майже 90 % хворих надійшли в перші 6 годин від початку захворювання при цьому тривалість транспортування не перевищувала однієї години. В основному свідомість пацієнтів була порушена — від сопору до глибокої коми. Були виявлені певні недоліки надання медичної допомоги на догоспітальному етапі у вигляді відсутності введення повітроводу, венепункції, надмірне зниження артеріального тиску, введення гіпертонічних розчинів глюкози та поліпрагмазія. Основними факторами виникнення церебрального інсульту були гіпертонічна хвороба II ступеня 22 (17,3 %), симптоматична артеріальна гіпертензія 45 (35,4 %), аномалії розвитку судин головного мозку 17 (13,4 %), прийом алкоголю і наркотиків майже у 22 (17,3 %) випадків. Усі випадки симптоматичної артеріальної гіпертензії мали ниркову природу, а саме 7 (5,5 %) пацієнтів страждали на хронічний гломерулонефрит і решта — 38 (29,9 %) на хронічний пієлонефрит. Аномалії судин головного мозку у вигляді мішкоподібних аневризм та артеріовенозних мальформацій зайняли провідне місце серед причин геморагічного інсульту, особливо в поєднанні з гіпертонічною хворобою або симптоматичною артеріальною гіпертензією. Взагалі, кардіоемболічний підтип ішемічного інсульту зафіксовано у 15(11,8 %) пацієнтів, з них ревматичної природи — в 6 випадках, атеросклерозу — в 4 і внаслідок порушення ритму серця у вигляді миготливої аритмії в 5 померлих. Також під час секції виявлено 5 (3,9 %) випадків відкритого овального отвору у 3 чоловіків і 2 жінок, який прижиттєво не був діагностований в поєднанні із тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок. Основним ускладненням церебрального інсульту був набряк та набухання речовини головного мозку і його оболонок, що спостерігався майже в 57 (44,8 %) випадків. Не менш важливим залишаються порушення функції внутрішніх органів у вигляді інфаркту міокарда 3 (2,5 %), набряку легень 21 (16,5 %) та інфекційно-запальних ускладнень — пневмонії 23 (18 %), запальних процесів сечовивідних шляхів, як причини гострої ниркової недостатності в 12 (15 %) випадків.

Незалежно від типу інсульту більш висока захворюваність та летальність спостерігається у чоловіків по відношенню до жінок.

Важливу роль серед причин церебрального інсульту відіграє вроджена патологія судин головного мозку, вроджені вади серця, васкуліти, зловживання алкоголем та наркотична залежність.

Можливими причинами негативних наслідків є несвоєчасне звернення за медичною допомогою, тривале транспортування хворого, недотримання тимчасових стандартів надання першої медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

УДК 616.832-004.2-073.756.8-08

ОСОБЛИВОСТІ АКТИВНОСТІ ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Т. О. Кобись, О. А. Мяловицька, С. Сепехрі

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: активність демієлінізуючого процесу, кількість загострень, МР-спектроскопія, імуномоделююча терапія

Розсіяний склероз є найпоширенішою неврологічною патологією серед молодих дорослих людей. Численні міжнародні багатоцентрові дослідження свідчать про те, що вже на ранніх стадіях захворювання активність аутоімунного запального процесу визначає розвиток незворотних змін в аксонах, що в майбутньому визиває розвиток стійкої непрацездатності у пацієнтів. За допомогою магнітно-резонансного томографічного дослідження (МРТ) можлива об'єктивізація активності демієлінізуючого процесу при застосуванні внутрішньовенного контрастного посилення. Протонна магнітно-резонансна спектроскопія (МРС) дозволяє оцінити біохімічні порушення, що виникають в осередках. Як окремі препарати впливають на активність демієлінізуючого процесу, що підтверджується методами клінічної оцінки та сучасними методами нейровізуалізації (МРТ, МРС), в Україні не досліджувалось.

Метою роботи було підвищення рівня діагностики активності демієлінізуючого процесу при розсіяному склерозі на підставі комплексного клініко-неврологічного і МРТ-досліджень та збільшення ефективності лікування засобами патогенетичної терапії.

Протягом двох років обстежено 129 хворих з рецидивуючо-ремітуючим перебігом розсіяного склерозу віком від 19 до 42 років. До призначення курсу превентивної терапії всім хворим було проведено МРТ-обстеження головного мозку з контрастуванням, в тому числі 50 хворим — МРС. Протягом двох років 43 хворим застосовували інтерферон β-1в (бетаферон 0,3 мг), 29 — глатирамера ацетат (копаксон 20 мг), 17 — інтерферон β-1а (ребіф 44 мкг). За розширеною

шкалою інвалідизації (EDSS) її ступінь складав в 1 групі пацієнтів, що отримували бетаферон, 3,7 ± 0,3 бали до лікування, 3,5 ± 0,3 бали в 2 групі, що отримували копаксон, 3,5 ± 0,4 бали, в 3 групі, що отримували ребіф, 3,5 ± 0,3 бали в 4 групі, що не отримували патогенетичної терапії. Середня частота загострень складала до лікування в 1 групі 1,35 ± 0,6 на рік, 2 групі — 1,45 ± 0,7 на рік, в 3 групі — 1,35 ± 0,6 на рік, в 3 групі — 1,32 ± 0,5 на рік, в 4 групі — 1,45 ± 0,6 на рік.

На тлі імуномоделюючої терапії зменшилась кількість загострень. За результатами проведених досліджень через 2 роки від початку лікування середня частота загострень складала в 1 групі 0,61 ± 0,3 (p = 0,05) за рік, в 2 групі — 0,65 ± 0,3 (p = 0,05), в 3 групі — 0,75 ± 0,3 (p = 0,05), в 4 групі пацієнтів, що не отримували патогенетичного лікування, кількість загострень збільшилась і складала 1,65 ± 0,3 на рік.

Через 2 роки від початку лікування в 1 групі пацієнтів кількість осередків, що накопичують контраст, збільшилась на 22,5 %, в 2 групі — на 22,5 %, в 3 групі — на 22,5 %, в 4 групі — на 45,5 %. За даними МРС достовірно зростав показник N-ацетіласпартату (p = 0,05) в групі пацієнтів, які отримували бетаферон і копаксон протягом 2 років, що вказувало на відновлення функції уражених нейронів і підтверджувало нейропротективні ефекти препаратів. Також зареєстровано зменшення піків холіну та лактату в групах пацієнтів, які отримували імуномоделюючу терапію, що вказувало на зниження активності демієлінізуючого процесу.

Таким чином, при рецидивуючо-ремітуючому перебігу розсіяного склерозу препарати імуномоделюючої терапії достовірно знижують кількість загострень і зменшують активність демієлінізуючого процесу за даними МРТ. При МРС-дослідженні на тлі лікування зареєстрована тенденція до нормалізації співвідношень метаболітів мозку.

УДК 616.742.3-007.681-021.5-092

ВТОРИННА КОНТРАКТУРА МІМІЧНИХ М'ЯЗІВ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

О. І. Коленко, Ф. Г. Коленко
Сумський державний університет

Ключові слова: мімічні м'язи, вторинна контрактура, лікування

Невропатія лицевого нерва — одна з актуальних проблем неврології. Лікування хворих залишається незадовільним: у 20,8—32,2 % хворих виникає ускладнення — постневритична контрактура мімічних м'язів.

Нами проведено обстеження і лікування 12 хворих віком 23—60 років (чоловіків було 3 (25 %), жінок — 9 (75 %)) з постневритичною контрактурою мімічних м'язів з однобічною локалізацією процесу та класичними клінічними проявами. При обстеженні хворих ми використовували методику кінестезичної пальпації мімічних м'язів, яка у динаміці захворювання свідчить про стан мімічної мускулатури на різних етапах процесу. Досліджували тургор, еластичність шкіри, трофіку м'язів, їх механічну збудливість, болючість при пальпації. Прогностичною ознакою розвитку контрактури є підвищена механічна збудливість гіпертонусів і різка болючість при їх розтягненні. Формування клінічних ознак контрактури супроводжується ниючим болем у обличчі, відчуттям стягування, поступово розвиваються гіперкінези м'язів. Для вторинної контрактури мімічних м'язів характерна наявність м'язового спазму — мимовільних скорочень м'язів.

Пацієнтам проводили медикаментозну терапію, фізіотерапевтичне лікування за індивідуальними програмами, які передбачали використання судинних препаратів, міорелаксантів, вітамінотерапії та ін. Мануальну терапію проводили з використанням постізометричної релаксації (ПІР) уражених м'язів на різних стадіях контрактури. Загальноприйнята методика ПІР адаптована для лікування хворих з постневритичною контрактурою. Нами констатовані релаксуючий та аналгезуючий ефекти ПІР. В усіх хворих ми спостерігали позитивні результати лікування.

УДК 616.832-004.2-084:612.14.482

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ, ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

О. О. Колосинська, В. А. Піщиков, К. М. Логановський
ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України», Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: розсіяний склероз, медичні наслідки Чорнобильської катастрофи, організація лікувально-профілактичної допомоги

Надання медичної та соціальної допомоги хворим на розсіяний склероз є однією з найважливіших проблем сучасної неврології, що обумовлене другим місцем цієї недуги серед неврологічних хвороб як причини інвалідизації населення України.

На сьогоднішній день в Західних і Північних регіонах України, що забруднені радіонуклідами внаслідок Чорнобильської катастрофи, склалася ситуація коли має місце суттєве збільшення захворюваності на розсіяний склероз. За результатами досліджень іноземних та вітчизняних вчених в галузі клінічної радіобіології склалася думка щодо наявності демієлінезуючої дії малих доз іонізуючого випромінювання. В той же час в медичних закладах, що опікують постраждалих (в першу чергу, обласні диспансери радіаційного захисту населення), відсутня науково обґрунтована система організації надання лікувально-профілактичної допомоги цій категорії хворих. Регіональні центри розсіяного склерозу не мають можливостей вирішити поставлене питання для всього постраждалого населення. Існуюча система соціального захисту (встановлення зв'язку з наслідками впливу аварії на ЧАЕС — Наказ № 150 МОЗ України) не передбачає допомогу хворим на демієлінізуючі захворювання нервової системи.

Основним напрямком вирішення цього складного питання є створення і запровадження системної організації надання лікувально-профілактичної допомоги та реабілітації для хворих на розсіяний склероз, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, що включає первинний, спеціалізований та високоспеціалізований етапи.

Первинний етап передбачає підвищення кваліфікації та обізнаності лікарів-неврологів як із питань сучасного стану діагностики та лікування розсіяного склерозу взагалі, так із радіаційно-асоційованої патології нервової системи у постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. *Спеціалізований етап* включає надання лікувально-профілактичної допомоги хворим на розсіяний склероз, постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи, на рівні обласних диспансерів радіаційного захисту населення, регіональних центрів розсіяного склерозу, обласних лікарень і поліклінік. *Високоспеціалізований етап* включає, окрім консультативної-діагностичної та лікувальної допомоги, науково-методологічний супровід надання лікувально-профілактичної допомоги та реабілітації для хворих на розсіяний склероз, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, на базі ДУ «НЦРМ АМН України». Всі етапи мають бути взаємодоповнюючими у рамках досягнення основної мети — покращання та оптимізації надання медичної допомоги хворим на розсіяний склероз, постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи.

УДК 616. 833. 17:616.74-009.54-073.97

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВАЛАЦИКЛОВІРУ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ РАМЗЕЯ — ХАНТА

І. І. Кривецька, В. М. Пашковський, О. Б. Яремчук, О. О. Жуковський
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: синдром Рамзея — Ханта, валацикловір

Лікування невропатій лицевого нерва (ЛН) залишається однією з найбільш актуальних проблем клінічної неврології, оскільки вона займає друге місце серед захворювань периферичної нервової системи і одне з перших місць серед

мононевропатій. Значний відсоток невропатій ЛН обумовлений інфекційно-запальним процесом в нерві, етіологію якого не завжди вдається встановити. Ураження чутливого вузла (вузла колінця) в складі ЛН здійснює вірус *Varicella zoster* із формуванням специфічного симптомокомплексу — герпетична висипка на вушній раковині, біль у вусі та за ним, шум у вусі, порушення смаку, сльозо- та слинотеча, парез мімічних м'язів половини лиця, який має назву синдром Рамзея — Ханта.

Метою нашого дослідження було виявлення клінічної ефективності використання препарату валацикловіру у хворих з синдромом Рамзея —Ханта.

Нами обстежено 11 хворих на невропатію ЛН, середній вік яких складав 21,6 ± 7,1 років. За важкістю ураження ЛН (шкала House-Brackmann, 1985) хворих розподілили таким чином: 8 хворих із II ст., 3 хворих із III ст. У 4 хворих препарат призначали з першого дня, у двох — з третього і решти — після п'яти днів від початку захворювання.

Пацієнти, поряд з базовою терапією (трентал по 100 мг 3 рази на день протягом 1 місяця, вітаміни групи В, сечогінні, масаж, лікувальна гімнастика, рефлексотерапія), отримували валацикловір по 1000 мг 3 рази на день 7 днів.

Терапевтичний ефект оцінювали за даними неврологічного огляду, результатів електронейроміографії (ЕНМГ) (амплітуда і латентність М-відповіді, амплітуда довільного скорочення, швидкість проведення, миготливий рефлекс), які проводились в гострому та підгострому періодах невропатії ЛН до і після проведення лікування.

В неврологічному статусі хворих вже після 3—4 дня використання валацикловіру, незалежно від періоду призначення, домінувало відновлення порушень смаку та суттєве зменшення болю, рухові порушення відновлювалися повільніше.

У хворих із II ступенем ураження ЛН було виявлено зниження амплітуди потенціалу дії мімічних м'язів на 20—24 %, у хворих із III ступенем — на 32—40 %. Виявлено вірогідне збільшення тривалості іпсілатеральної R_2-відповіді на боці ураження ($p < 0,05$).

За аналізом результатів ЕНМГ-дослідження після проведеного лікування встановлено збільшення амплітуди максимального скорочення і швидкості проведення по рухових волокнах лицевого нерва та зниження резидуальної латентності у хворих.

Таким чином, отримані дані свідчать про доцільність використання валацикловіру як етіологічного лікування при синдромі Рамзея — Ханта.

УДК 616.1-009.86:577.1

ПЛАЗМОВИЙ ВМІСТ МОЛЕКУЛ АДГЕЗІЇ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ТИПИ ВЕГЕТОСУДИННОЇ ДИСТОНІЇ

І. І. Кричун, В. М. Пашковський, Ю. Г. Прасол

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: вегетосудинна дистонія, ендотеліальна дисфункція, фібронектин, sVCAM-1, sE-селектин

Якщо проблема значення ендотеліальної дисфункції у патогенезі гіпертонічної хворобі знаходиться у центрі уваги дослідників, то подібні дослідження при вегетосудинній дистонії (ВСД) тільки розпочинаються.

Тому ми поставили собі за мету дослідити стан рівня ендотеліальної дисфункції при різних типах ВСД за змінами вмісту в плазмі крові деяких молекул адгезії (фібронектину, sVCAM-1 і sE-селектину).

З цією метою обстежено 48 хворих на ВСД (чоловіків — 17, жінок — 31) віком від 14 до 30 років. Серед них у 18 пацієнтів діагностовано гіпертонічний тип, у 12 — гіпотонічний та у 18 — змішаний тип захворювання. Групу контролю склали 15 практично здорових осіб відповідного віку.

Кров з ліктьової вени збирали вранці, натщесерце. Вміст у крові фібронектину, розчинних форм sVCAM-1 і sE-селектину досліджували імуноферментним аналізом з використанням реактивів фірми «Beckman Coulter» (США). Статистичне оброблення отриманих результатів виконували за програмою «BioStat» з визначенням *t*-критерію Стьюдента.

У результаті проведених досліджень встановлено, що при гіпертонічному типі ВСД спостерігається найвищий серед усіх груп обстежених хворих рівень у крові фібронектину (712,30 ± 35,93 мкг/мл). Збільшення рівня фібронектину поєднується у хворих даної групи з суттєвим підвищенням концентрації в плазмі крові sVCAM-1 (11,06 ± 0,8 нг/мл) і sE-селектину (7,77 ± 0,64 пг/мл) — відповідно в 1,8 і 2,6 рази порівняно з аналогічними показниками контрольної групи (sVCAM-1 — 6,03 ± 0,63 нг/мл; sE-селектин — 2,98 ± 0,39 пг/мл).

При гіпотонічному типі ВСД показники вмісту у крові фібронектину (387,70 ± 23,15 мкг/мл), sVCAM-1 (7,06 ± 0,55 нг/мл) і sE-селектину (3,62 ± 0,57 пг/мл) залишаються сталими і відповідають таким у практично здорових осіб.

При змішаному типі ВСД на тлі збільшення рівня у крові фібронектину на 43 % (597,40 ± 29,96 мкг/мл) відмічається максимально високі плазмові концентрації sVCAM-1 (22,13 ± 2,07 нг/мл — майже у 4 рази вищі за контроль) і sE-селектину (8,99 ± 0,84 пг/мл — утричі більші за контрольні показники).

У результаті проведених досліджень виявлено ознаки ендотеліальної дисфункції у хворих на ВСД за гіпертонічним та змішаним типом, що слід враховувати при їх лікуванні.

УДК 616.858-008.6-07

НЕМОТОРНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

А. В. Куцак, Л. В. Бахарева, Н. М. Бучакчийська

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: немоторні симптоми, темпи прогресування, якість життя, хвороба Паркінсона

Хвороба Паркінсона (ХП) — це хронічне прогресуюче нейродегенеративне захворювання головного мозку, яке належить до найбільш розповсюджених неврологічних захворювань сучасного суспільства. Рухові порушення складають ядро клінічної картини хвороби Паркінсона, але існує ціла низка інших клінічних проявів (немоторні симптоми), які можуть істотно ускладнювати перебіг хвороби. Необхідно підкреслити, що в багатьох випадках немоторні прояви хвороби є провідною причиною інвалідизації хворих.

Метою цього дослідження було вивчення особливостей немоторних порушень у хворих на ХП з урахуванням темпів прогресування, та оцінкою впливу на якість життя хворих за даними літератури та власними дослідженнями.

Досліджено 64 хворих з немоторними симптомами ХП, середній вік 65,8 ± 1,6, середня тривалість захворювання 7,2 ± 0,6 року та 68 літературних джерел.

Неврологічну симптоматику у хворих на ХП оцінювали за уніфікованою шкалою UPDRS. У процесі розширеного нейропсихологічного дослідження використовували такі методики — коротка шкала оцінки психічного статусу — MMSE (Mini Mental State Examination), батарея тестів на лобну дисфункцію (БТЛД), тест HADS (Госпітальна шкала тривожності та депресії), опитувальники на вегетативну дисфункцію.

Когнітивне зниження (за даними літератури), що властиве ХП, діагностується в середньому у 40 % хворих, хоча останні дані вказують, що, ймовірно, майже 80 % пацієнтів в кінцевій стадії захворювання будуть дементними. За нашими даними 54 (83 %) хворих мали когнітивні порушення. Ці порушення були виявлені на 1-й стадії у 21 % пацієнтів, з розвитком хвороби продовжували зростати і були діагностовані у 100 % пацієнтів з 4-ю стадією хвороби. Тому практично важливим є скринінг когнітивних функції, що дозволяє вчасно визначити початкові порушення і попередити або коректувати значне зниження якості життя хворих і тих, хто за ними доглядає.

Порушення сну спостерігаються практично в усіх хворих з ХП на різних стадіях захворювання, починаючи з найраніших. Більш того, ця проблема не діагностується, принаймні, в половини пацієнтів, що звертаються до фахівця. За нашими даними було виявлено у 46 (72,1 %) випадків. Найбільш частими і клінічно значимими проявами порушень сну при ХП була інсомнія, яка спостерігалась в 69 % випадків

і представлена порушеннями засипання, ранніми пробудженнями, частими нічними пробудженнями, порушенням структури сну. Незвичайна денна сонливість і раптова дрімота була характерна для більшості хворих з ХП, будучи також доклінічним маркером хвороби.

Найбільш частим проявом вегетативної дисфункції є закрепи, які вважаються стійко преморбідним проявом і чинником ризику подальшого розвитку ХП. На пізніх стадіях хвороби запори стають величезною проблемою для хворих, і багато хто ставить їх на перше місце за значимістю в структурі хвороби, відставляючи на другий план моторні прояви. За даними нашого дослідження запори діагностувались у 50 (78,3 %) хворих.

Одним з найбільш поширених немоторних проявів хвороби Паркінсона є больовий синдром, що приводить до частої і стійкої дезадаптації. За одними даними, больовий синдром при ХП спостерігається у 10—29 % пацієнтів, за іншими — в 40—46 %. За нашими даними больовий синдром був у 20 (31,3 %). Більшість пацієнтів з ХП скаржились на хворобливі відчуття, відчуття дискомфорту, оніміння, парестезії в кінцівках, в області спини, в суглобах на всьому протязі захворювання.

Узагальнюючи вищевказане, відзначимо, що разом з основними руховими проявами ХП описано безліч немоторних симптомів. Які по-різному формуються, прогресують і змінюються, але надзвичайно погіршують перебіг ХП. Діагностика немоторних проявів сьогодні недостатньо розроблена, а їх незначимість, на перший погляд, призводить до їх недооцінки, що значно дезадаптує життя хворого та його оточення.

УДК 616.832-004.2-55.1-055.2-036.87:612.017.1

ИММУННЫЙ СТАТУС У ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

И. Л. Левченко, Т. В. Негреба

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

Несмотря на ведущую роль иммунопатологических нарушений в патогенезе рассеянного склероза (РС), гендерные особенности иммунного статуса при этом заболевании изучены недостаточно.

Целью настоящего сообщения является сравнительный анализ гендерных изменений иммунного статуса в рецидивах и ремиссиях при рецидивирующем течении (РТ) РС.

Клеточное и гуморальное звенья иммунитета изучали с помощью определения стандартных тестов I и II уровня в сыворотке крови у 60 больных с РТ РС (25 мужчин и 35 женщин), которым в динамике было проведено 155 исследований иммунного статуса, в том числе 46 — у мужчин (18 в рецидивах и 28 в ремиссиях) и 109 — у женщин (22 в рецидивах и 87 в ремиссиях). Вычисляли процентные соотношения нормальных, повышенных и пониженных показателей иммунного статуса.

При сравнительном анализе иммунограмм в рецидивах у лиц мужского пола выявлено преобладание лейкоцитоза (38,8 % и 9,1 %), снижение Т- хелперного звена (CD4) (77,7 % и 54,5 %) и В-лимфоцитов (50,0 % только у мужчин) в сочетании с более частым повышением иммуноглобулинов (ИГ) G (27,7 % и 18,2 %), ЦИКов (27,7 % и 13,6 %) и гемолизинов (66,6 % и 50,0 %). У женщин значительно чаще встречались повышение ИГ А (31,8 % и 5,5 %), лимфоцитотоксических аутоантител (90,9 % и 55,9 %), комплемента (68,2 % и 50,0 %) и снижение иммунорегуляторного Т-супрессорного (CD8) звена (90,9 % и 77,7 %).

В ремиссиях у мужчин сохранялся дисбаланс как клеточного (преобладало снижение Т-хелперов (CD4) (78,6 % и 50,5 %) и Т-лимфоцитов (CD3) (85,7 % и 72,2 %), так и гуморального иммунитета (повышение комплемента (64,3 % и 34,5 %) и гемолизинов (60,7 % и 42,5 %). У женщин в ремиссиях, в отличие от мужчин, значительно чаще страдал гуморальный иммунитет в виде повышения В-лимфоцитов (30,9 % и 6,6 %), иммуноглобулинов М (31,0 % и 3,6 %) и лимфоцитотоксических аутоантител (65,5 % и 53,5 %).

Избирательная активация гуморального иммунитета, сочетающаяся с нормализацией Т-супрессорного звена у женщин, по-видимому, носит адаптивный характер и является важным благоприятным прогностическим показателем, свидетельствующим о частичном восстановлении контрольно-тормозного механизма иммунной системы, направленного на подавление и ограничение аутоиммунного процесса в ремиссиях.

Таким образом, иммунный дисбаланс у лиц разного пола имеет различную структуру: у женщин, как в ремиссиях, так и в рецидивах, преобладает активация гуморального звена иммунитета с ослаблением тормозного Т-супрессорного контроля в рецидивах, что соответствует воспалительному типу реакций; у мужчин, в отличие от женщин, иммунный ответ как в ремиссиях, так и в рецидивах в большей степени характеризуется дисбалансом не только гуморального, но и клеточного иммунитета в виде стойкой иммуносупрессии, обусловленной снижением уровня Т-хелперов и В-лимфоцитов.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что иммунологическая реактивность на разных стадиях активности демиелинизирующего процесса характеризуется существенными гендерными различиями, которые требуют дальнейшего изучения.

УДК 616.832-004.2: 616.839-055.1-055.2

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ НАДСЕГМЕНТАРНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ПЕРЕБІГОМ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

І. Л. Левченко

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

Ключові слова: розсіяний склероз, гендерні відмінності, кардіоінтервалографія, зорові викликані потенціали, вегетативна регуляція

Розсіяний склероз (РС) частіше спостерігається в осіб жіночої статі, проте у чоловіків є тенденція до більш тяжкого його перебігу. Зроблено припущення про те, що існують певні гендерні відмінності в системі надсегментарної вегетативної регуляції при РС, що визначають різні реакції на хворобу з боку церебральних гомеостатичних механізмів та роблять диференційований внесок в її патогенез.

Метою роботи була порівняльна оцінка надсегментарної вегетативної регуляції у хворих на рецидивуючий перебіг (РП) РС різної статі за даними дослідження варіабельності серцевого ритму (ВСР) методом кардіоінтервалографії (КІГ) та довголатентних зорових викликаних потенціалів (ЗВП). Методом КІГ обстежено 48 хворих з РП РС, із них 34 жінки та 14 чоловіків. Середній вік жінок склав (35,59 ± 10,75) років, чоловіків — (32,00 ± 7,86) роки. Дослідження ЗВП проведено 15 чоловікам та 37 жінкам з рецидивуючим перебігом РС.

За даними КІГ спільними рисами надсегментарної вегетативної регуляції у пацієнтів з РП РС, незалежно від статі, виявилися перевага ваготонічних впливів та слабка симпатична активація при навантаженні (недостатнє зниження ВСР в ортостатичної пробі). Для жінок с РП РС характерними були більш виразна вихідна парасимпатикотонія, зниження поточного функціонального стану, абсолютного рівня активності регуляторних систем (за даними спектрального аналізу ВСР) та недостатнє вегетативне забезпечення діяльності, що свідчило про низьку активацію симпатоадреналової системи з можливим її виснаженням. Для чоловіків з РП РС характерними були збереження потужності спектра нейрогуморальної модуляції, більш високий рівень активності регуляторних систем (та, відповідно, більш високий адаптаційний резерв) зі збереженням адекватної спрямованості вегетативних реакцій, але формування системи надсегментарної вегетативної регуляції з «жорсткими» зв'язками між параметрами, що також знижувало їх адаптаційно-пристосувальні можливості.

При дослідженні викликаної активності мозку в обстежених пацієнтів на тлі подовженої латентності основного піку Р100 визначені принципові відмінності в патернах ЗВП в залежності від статі. Деформація та слабка виділяємість основного негативно-позитивного комплексу спостерігалася тільки у чоловіків, причому в значної кількості випадків (53,3 %). Крім того у чоловіків виявлені зниження амплітуди основного піку Р100 та подовження міжпікової латентності, що свідчило про більш суттєві структурні (органічні) зміни демієлінізуючого та аксонального (нейродегенеративного) характеру вже на етапі рецидивуючого перебігу РС, у порівнянні з жінками. На відміну від чоловіків, у жінок з РП РС на тлі загалом збереженого основного негативно-позитивного комплексу частіше спостерігалися збільшення амплітуди піку Р100 (в 40,5 % випадків) та екзальтація пізніх компонентів ЗВП — більше, ніж у половини хворих (56,7 %), що відображало гіперергічний патерн регуляції надсегментарних вегетативних апаратів з домінацію процесів дестабілізації в системі. Відомо, що ЗВП на спалаховий патерн відображає рівень активації, а його пізні компоненти — умови оброблення мозком стимулу, що подається. Таким чином, у жінок з РП РС за даними ЗВП виявлено пригнічення неспецифічних церебральних гомеостатичних механізмів та недостатність активуючих впливів ретикулярної формації стовбура мозку на тлі певних психологічних особливостей.

УДК 616.8-022.6-07-08

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ НЕЙРОІНФЕКЦІЙ

І. Л. Левченко

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

Ключові слова: хронічні персистуючі нейроінфекції, діагностика, лікування

Власний досвід та аналіз літературних даних показав, що лікування хронічних нейроінфекцій становить дуже складне завдання, що обумовлено особливостями патогенезу інфекційного процесу, зокрема такими факторами як внутрішньоклітинне розташування інфекційного агента, в більшості випадків з вбудованою у геном клітини власною ДНК, здатністю гальмувати імунологічні реакції, впливати на апоптоз та клітинну сигналізацію та тим самим уникати дії імунної системи макроорганізму; зниження імунологічної реактивності організму внаслідок вторинної імуносупресії завдяки персистуючій інфекції; здатність інфекційних агентів інфікувати імунні клітини макроорганізму, спотворюючи імунну відповідь; схильність до вторинних імунопатологічних (аутоімунних, інфекційно-алергічних) реакцій в ЦНС внаслідок перехресних антигенів інфекційного агента та мозку; частий розвиток атрофічних процесів внаслідок недостатньої нейротрофічної підтримки; здатність інфекційних агентів до існування в різних формах, наявність фаз загальноінфекційного процесу (латентна, персистуюча або активна (реплікативна) інфекція).

Усі вищенаведені чинники роблять неможливим повністю позбутися внутрішньоклітинної інфекції, тому метою терапії повинно стати переведення активної інфекції в латентну фазу. Оскільки інфекційний агент навіть у латентній фазі зберігає потенційну можливість до реактивації, у даній фазі інфекційного процесу потрібна підтримка імунної системи в функціонально активному і адекватному стані, що досягається використанням неспецифічних природних імуномодуляторів та вітамінів, збереженням активного способу життя, корекцією режиму дня, тощо.

Адекватним підходом до лікування хронічних нейроінфекцій, на наш погляд, є чітке визначення фази інфекційного процесу та імунологічної реактивності організму. Перехід хронічної нейроінфекції в активну (реплікативну) фазу інфекційного процесу повинен підтверджуватися не лише лабораторними методами (наявність ДНК збудника в лікворі та крові, високі титри специфічних антитіл класів IgM та IgG, особливо з низьким індексом авідності), а і відповідними клінічними критеріями рецидиву (Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, І. Л. Левченко, 2009). Виділені нами критерії дозволяють визначити диференційно-діагностичні відмінності рецидивів від декомпенсацій, які можуть виникати під впливом різноманітних екзацербацій, але за відсутності реактивації вірусної та/або бактеріальної інфекції. Застосування етіотропної терапії в персистентну, але неактивну фазу, яка характеризується виділенням інфекційного агента в навколишнє середовище, синтезом специфічних імуноглобулінів без відповідних клінічних проявів рецидиву (загострення) не тільки не ефективно, але й може призвести до розвитку фармакорезистентності.

Таким чином, напрямками лікування хронічних нейроінфекцій є:

— етіотропна терапія — пригнічення вірусної реплікації (противірусна терапія), антибактеріальна терапія; переведення інфекційних агентів, що активно реплікуються в латентний неактивний стан;

— адекватна та диференційована імунокорекція — відновлення та підтримка адекватного функціонування імунної системи (усунення або зниження ступеня тяжкості індукованої інфекційним агентом імуносупресії) для попередження реактивації інфекції;

— попередження вторинних імунопатологічних реакцій в ЦНС;

— нейропротекція для запобігання розвитку атрофічних процесів в ЦНС (нейротрофічні фактори, метаболічна та антиоксидантна терапія);

— симптоматична терапія (протинабрякова, розсмоктуюча, протиепілептична, антиспастична, протибольова, тощо).

УДК 616-073.48:616.831-005.1

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

А. В. Линская

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

Ключевые слова: ишемический инсульт, ультразвуковое дуплексное исследование, комплекс интима-медиа, стеноокклюзирующие поражения магистральных артерий, жесткость сонных артерий, скорости пульсовой волны

Ишемический мозговой инсульт является одной из наиболее частых причин инвалидизации и смерти. Ежегодно в Украине происходит от 100 до 120 тыс. новых случаев инсульта. Поэтому разработка методов прогнозирования сосудистых катастроф вообще, и мозгового инсульта в частности, выявление соответствующих факторов риска является одной из наиболее актуальных задач современности.

Цель работы: разработка метода комплексной оценки вероятности мозгового инсульта на основании комплексного использования ультрасонографических признаков поражения магистральных артерий головы (МАГ) по результатам ультразвукового дуплексного исследования.

Обследовано 120 человек в возрасте 61,81 ± 2,39 лет: из них 70 человек с ишемическим инсультом в анамнезе и 50 человек — практически здоровых лиц. Все пациенты подвергались комплексному ультрасонографическому исследованию с использованием аппарата Ultima PA (РАДМИР) линейным датчиком 5—12 МГц. При этом для выявления предикторов мозгового инсульта изучали степень стено-окклюзирующих поражений МАГ, а также состояние комплекса интима-медиа и жесткость сонных артерий. Оценку прогностических свойств выявленных предикторов осуществляли путем расчета соответствующих диагностических коэффициентов и мер информативности Кульбака (по Е. В. Гублеру).

Установлено, что у здоровых, по сравнению с пациентами, имевшими в анамнезе ишемический инсульт, достоверно меньше средние значения толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) (0,64 ± 0,02 мм против 1,08 ± 0,06 мм при $p < 0,001$);

модуля эластичности сонных артерий (ЕМ) (88,92 ± 6,62 kPa против 126,24 ± 12,86 kPa при $p < 0,05$); скорости пульсовой волны (PWV) (6,27 ± 0,24 m/s против 7,39 ± 0,39 m/s при $p < 0,05$). Кроме того, у здоровых (также по сравнению с пациентами, имевшими в анамнезе ишемический инсульт) достоверно ($p < 0,05$) ниже средняя частота стенозов (в общих сонных артериях (ОСА): 0,00 ± 0,00 против 0,95 ± 0,31; во внутренних сонных артериях (ВСА): 0,03 ± 0,03 против 0,86 ± 0,19 и в любых доступных ультрасонографическому исследованию МАГ в целом: 0,03 ± 0,03 против 1,90 ± 0,48). Показано, что наиболее прогностически ценными предикторами ишемического инсульта являются (с указанием диагностических коэффициентов (ДК) и мер информативности Кульбака (МИ) в порядке убывания МИ): наличие стенозов: в ВСА (ДК=12,34 при МИ = 3,32), в любых доступных ультрасонографическому исследованию МАГ в целом (ДК = 12,34 при МИ = 3,32) и в ОСА (ДК = 11,55 при МИ = 2,56); ТИМ в ОСА > 0,7 мм (ДК = 6,11 при МИ = 2,20); а также следующие параметры жесткости (оцененные в ОСА): PWV > 7 m/s (ДК = 3,66 при МИ = 0,64), коэффициент расширения просвета (DC) ≤ 0,02 kPa^{-1} (ДК = 3,66 при МИ = 0,64), индекс артериальной жесткости (SI) > 8 ед. (ДК = 3,15 при МИ = 0,50), ЕМ > 80 kPa (ДК = 2,09 при МИ = 0,32) и индекс артериального натяжения (CAS) ≤ 0,06 ед. (ДК = 2,27 при МИ = 0,29).

В процессе ретроспективного анализа имеющихся данных при помощи последовательной процедуры Вальда (в модификации Гублера) установлено, что совокупное использование указанных предикторов способно обеспечить достоверный (не хуже $p < 0,05$) прогноз ишемического инсульта в 97,14 % случаев (68 из 70).

УДК 616.831-005.1

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПЕРЕБІГУ ТА НАСЛІДКІВ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ ВІД СТРОКІВ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

Н. В. Литвиненко, М. Ю. Дельва, І. І. Дельва, О. В. Саник, О. П. Мороз
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Відповідно до рекомендацій Європейської організації інсульту усі пацієнти з гострими порушеннями мозкового кровообігу повинні бути максимально швидко госпіталізовані в спеціалізований неврологічний стаціонар.

Мета роботи: вивчення об'єктивних показників перебігу та функціональних наслідків ішемічного інсульту в залежності від строків госпіталізації.

Вивчено 200 історій хвороб пацієнтів з інсультами, що лікувалися в ангіоневрологічному відділенні 1-ї МКЛ м. Полтави в 2009 році. Історії хвороби відбиралися вибірково, по 15—20 історій за кожний з 12 місяців 2009 року. Діагноз ішемічного інсульту був встановлений на підставі даних неврологічного статусу та обов'язково підтверджувався даними нейровізуалізації. Аналіз перебігу гострого періоду інсульту проводили ретроспективно за шкалою американського Національного інституту здоров'я (NIHSS) під час госпіталізації, на 3-тю та 6-ту доби перебування у відділенні; вивчення наслідків захворювання проводили на момент виписки зі стаціонару за модифікованою шкалою Ренкіна (MRS).

Вік хворих досліджуваної групи був від 47 до 72 років (в середньому — 59 ± 5 років). Інсульт в артеріях каротидного басейну фіксувався у 128, у вертебробазилярному басейні — у 72 випадках. При надходженні важкість неврологічних розладів за шкалою NIHSS у пацієнтів з каротидним інсультом була 19 ± 3 бали, а з вертебробазилярним — 16 ± 3 бали. В період умовного «терапевтичного вікна» (перші 3—6 годин від початку інсульту) до відділення було доставлено 18 пацієнтів (9 %) — 1 група. Протягом доби з моменту виникнення інсульту надійшли 148 хворих (74 %) — 2 група. Через добу та більше в стаціонар доставлено 34 пацієнти (17 %) — 3 група. Динаміка неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS в 1-й групі була 17 ± 3 бали (при госпіталізації), 12 ± 4 бали (на 3-тю добу), 10 ± 4 бали (на 6-ту добу). В 2-й групі відповідні показники складали — 19 ± 5, 16 ± 4 та 14 ± 5 балів. В 3-й групі стан пацієнтів у вищенаведені терміни дорівнював — 22 ± 4, 20 ± 5, 16 ± 6 балів. Летальний кінець в стаціонарі відмічений у 23 пацієнтів (11,5 %), серед яких переважали пацієнти 3-ї групи — 15 випадків.

Найкращі наслідки ішемічного інсульту на момент виписки отримані у пацієнтів 1-ї групи (0—2 бали за MRS), найгірші — у пацієнтів 3-ї групи (3—5 балів за MRS). Загалом 46 пацієнтів (23 %) виписано зі стаціонару з повним відновленням функції або з відсутністю істотних порушень життєдіяльності (0—1 бал за MRS), причому в цій групі 15 пацієнтів (32,6 %) були доставлені в стаціонар в перші 3—6 годин захворювання. 69 пацієнтів (34,5 %) виписані зі стаціонару з грубим або вираженим порушенням життєдіяльності та потребою в постійному сторонньому догляді (4—5 балів за MRS); серед цієї групи пацієнтів 31 хворий (45 %) були госпіталізовані в стаціонар через добу чи пізніше. При вивченні анамнестичних даних історій хвороби виявлено, що несвоєчасна госпіталізація була пов'язана з запізнілим зверненням пацієнтів або їх родичів за медичною допомогою внаслідок нерозуміння ситуації.

Проведений аналіз показав, що більша частина пацієнтів надходила в стаціонар пізніше 6 годин від початку розвитку інсульту, тобто поза межами «терапевтичного вікна», що пояснює високий відсоток випадків з вираженим та грубим порушенням життєдіяльності. Отримані дані ще раз підтверджують необхідність та ефективність ранньої госпіталізації в неврологічний стаціонар хворих на ішемічні інсульти, що потребує оптимізації ведення догоспітального етапу. Особливе значення має інформованість та обізнаність населення (особливо груп ризику при диспансерному спостереженні) про найчастіші перші ознаки інсультів та розуміння необхідності екстреного звернення за медичною допомогою.

УДК 616.89-008.19:616.45-001./.3

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВЕННОГО НАПРЯЖЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ СТРЕССОРНЫХ СИСТЕМ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У МАШИНИСТОВ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЛОКОМОТИВОВ

И. С. Луцкий, С. К. Евтушенко, Е. И. Луцкий, А. В. Морозова
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: когнитивные функции, производственное напряжение, стрессорные системы, машинисты локомотивов

Оценка состояния когнитивных функций (КФ) и факторы, влияющие на их качество, привлекают все большее количество исследователей различных областей медицины. Одним из аспектов данной проблемы является изучение влияния производственных факторов и, в частности, напряженных условий труда на состояние КФ.

Целью исследования явилось изучение влияния длительного производственного напряжения (ДПН) на состояние КФ у машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) с учетом возраста и стажа работы.

Обследовано 160 ММЛ, которые составили основной объект исследования (ОО). Для оценки когнитивных нарушений они были распределены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы (СР). I группа — 30 ММЛ после окончания техникума, возраст 19,14 ± 0,16; II группа — 39 ММЛ, возраст 25,71 ± 0, 21 (СР 5—7 лет); III группа — 31 человек, возраст 35,9 ± 0,22 (СР 14—17 лет); IV группа — 30 ММЛ, возраст 45,37 ± 0, 23 (СР 21—24 года) и V группа — 30 человек, возраст 55,17 ± 0,29 (СР 30—34 года). В качестве контрольного контингента (КК) обследовали 100 практически здоровых мужчин — добровольцев, работа которых не связана с влиянием стрессогенных факторов. КК был распределен на группы по 20 человек, идентичные по возрастным параметрам ОО исследования.

Из когнитивных функций оценивали память и внимание, наиболее важные в профессии машинистов. Память оценивали с помощью теста повторения цифр: высчитывали «суммарный прямой» (СП) и «суммарный обратный» (СО) балл. Для оценки внимания использовали таблицы Шульте (6 таблиц), корректурную пробу (тест вычеркивания букв, учитывали время и количество вычеркнутых букв), способность к переключению внимания определяли по таблицам К. И. Платонова (таблица с цифрами из двух цветов). Оценивали показатели системного артериального давления (АД) по данным холтеровского мониторирования.

Для оценки состояния центральных стрессорных систем (СС) определяли содержание в сыворотке крови кортикотропин-релизинг гормона (КТРГ) и адренокортикотропного гормона (АКТГ). Периферическое звено СС оценивали по содержанию кортикостероидов и катехоламинов в периферической крови: кортикостерона (КрС) и кортизола (Кр), адреналина (А) и норадреналина (НА). Функционирование стресс-лимитирующей системы (СЛС) оценивали по активности эндорфина β в сыворотке крови.

Воздействие ДПН приводит к активации стресс-реализующих (СРС) и СЛС. В реакции СС на длительно действующий стрессогенный стимул можно выделить три периода. Первый период, длительностью около 2—3 лет, характеризуется активацией СРС системы с достоверно высоким содержанием в крови гормонов гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси. Второй период, длительностью около 4—6 лет, сопровождается снижением активности СРС с адаптацией к действию хронического стресса. Третий период, наступающий после 12—15 лет, период дезадаптации, для которого характерно возрастание активности СРС и активация СЛС (повышенное содержание эндорфина β).

В тесте повторения цифр у КК не получено достоверной разницы в СП и СО баллах. У ОО получена достоверная разница уже между I и IV группами и I и V группами. Имеют место достоверные отличия в IV и V группах между ОО и КК. В тестах Шульте в IV и V группах ММЛ время выполнения задания превышало 45 с и достоверно отличалось от показателей КК, что можно расценивать как нарушение КФ. У КК достоверных отличий между группами не получено, имеется достоверная разница между пятыми группами у ОО и КК. Аналогичные изменения получены по двухцветным таблицам К. И. Платонова. В ТВЦ между I и V группами ОО получены достоверные отличия по количеству вычеркнутых букв и времени, затраченному на выполнение задания, отмечено уменьшение количества вычеркнутых букв и увеличение времени, затраченного на задание между 1 и 2 частями теста, что свидетельствует об усилении процессов утомления. Достоверной разницы между группами в проведенных тестах у КК не получено.

Показатели системного АД существенно отличались у ОО и КК. Высокие цифры АД зафиксированы у 6,7 % ММЛ I группы, у 46,2 % — II, 51,6 % III группы, 46,7 % IV и у 66,7 % машинистов V группы. У КК повышение АД имело место у 5 % добровольцев I группы, у 10 % во II и III группах и у 15 % в V группе.

Таким образом, воздействие длительного производственного напряжения приводит к активации СС. При этом формируется определенная этапность реакции СС на изучаемый производственный фактор. Воздействие ДПН приводит к снижению КФ у ММЛ и сопровождается формированием артериальной гипертензии, что может оказывать влияние на качество выполнения профессиональных обязанностей и свидетельствует о необходимости проведения лечебных и профилактических мероприятий. Кроме того, возникает необходимость изучения механизмов, вызывающих снижение КФ у ММЛ (непосредственное влияние стрессорных факторов, либо опосредованно, как следствие повышения системного АД или снижения кровотока по сосудам мозга), что имеет существенное значение в планировании указанных мероприятий.

УДК 616-036.66:616.831-002(477.54)

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

В. О. Малахов, Г. М. Завгородня, Ф. О. Волох

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: нейрореабілітація, вогнищеві ураження головного мозку

Нейрореабілітація — це реабілітація хворих з ураженнями нервової системи (Белова А. Н., 2002). Нейрореабілітація є складовою частиною медичної реабілітації та виходить за рамки класичної неврології, оскільки розглядає не тільки стан нервової системи при тому чи іншому неврологічному захворюванні, але і зміни функціональних можливостей людини у зв'язку з розвинутою хворобою.

Успішність та ефективність реабілітаційного лікування залежать від правильної організації та спрямованої дії усіх спеціалістів. Це знайшло відображення у британській моделі організації відновного лікування післяінсультних хворих, що заснована на принципі роботи міждисциплінарної бригади: невролог, кінезотерапевт, психотерапевт, медичний психолог, ерготерапевт, логопед-афазіолог, соціальний працівник, медична сестра (Ворлоу Ч. П. и др., 1998). Міждисциплінарна бригада відіграє важливу роль на всіх етапах відновного лікування, при цьому характер та інтенсивність діяльності кожного спеціаліста у складі бригади відрізняються на різних етапах захворювання (Скворцова В. И. и др., 2002).

На сьогоднішній день в Україні відсутня система кваліфікованої реабілітаційної допомоги, яка б могла задовольнити потреби у ній хворих з неврологічною патологією, а в місті Харкові відсутні спеціалізовані реабілітаційні відділення. Існують окремі нейрореабілітаційні відділення у м. Київ, м. Вінниця, м. Черкаси, м. Запоріжжя, м. Севастополь. За нашими оцінками, тільки 10—15 % хворих, що перенесли гострі порушення мозкового кровообігу, повертається до праці. Більше ніж 80 % хворих, що перенесли інсульт, мають інвалідність різного ступеня. Це ті самі хворі, які потребують інтенсивної, комплексної та добре організованої системи медико-соціальної реабілітації, що може зберегти їхні соціальні можливості і повернути до трудової діяльності. Цим і визначається перший крок до поліпшення якості надання допомоги хворим з вогнищевими ураженнями головного мозку на відновному етапі лікування у перепрофілюванні частини ліжок неврологічного відділення Чугуївської ЦРЛ у нейрореабілітаційні ліжка. Ми розглядаємо цей напрямок дуже перспективним, оскільки він забезпечує і ранній початок, і безперервність реабілітаційного процесу, і комплексний підхід.

Основним саногенетичним спрямуванням в нейрореабілітації є механізм центральної компенсації (нейропластичність та реадаптація), оснований на повноцінному функціонуванні імунонейроендокринної системи. Перспективними спрямуваннями відновлення та реабілітації хворих з вогнищевими ураженнями головного мозку, що розробляються на кафедрі лікувальної фізкультури, спортивної медицини та реабілітації ХМАПО, слід вважати такі: краніоцеребральна гіпотермія, аерокріотерапія, препарати кордової крові (сумісно з Інститутом проблем кріобіології та кріомедицини НАН України); озонотерапія (сумісно з ВАТ «Інститут озонотерапії та медобладнання»), застосування електромагнітних хвиль різного діапазону, СВЧ- та КВЧ-модифікована аутогемотерапія (сумісно з ІРЕ НАН України), система відновного навчання хворих із порушеннями мови та інших вищих психічних функцій. Ці методи планується впровадити в систему відновного лікування хворих з вогнищевими ураженнями головного мозку, у першу чергу на базі неврологічного відділення з нейрореабілітаційними ліжками Чугуївської ЦРЛ.

УДК 616.831. - 005.4-092:[612.017+616.43-008.6]

ГОСТРОФАЗОВА ВІДПОВІДЬ ІМУНОНЕЙРОЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГОСТРІЙ ЦЕРЕБРАЛЬНІЙ ІШЕМІЇ

В. О. Малахов, В. О. Монастирський, Н. М. Володарська

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: імунонейроендокринна система, ішемічний інсульт, гормони, цитокіни

Метою дослідження було визначення вмісту медіаторів гострофазової відповіді імунонейроендокринної системи при церебральному ішемічному інсульті (ЦІІ). Досліджено вміст тригерних цитокінів — інтерлейкіну-1β (ІЛ-1β) та фактору некрозу пухлин-α (ФНП-α), ключових гормонів стрес-реакції — АКТГ і кортизолу та нейропептиду із стрес-лімітуючою дією — β-ендорфіну в плазмі крові хворих на ЦІІ.

На базі неврологічного відділення № 2 Сумської міської клінічної лікарні № 4 було обстежено 128 хворих на каротидний ЦІІ у віці 40—70 років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Важкість стану пацієнтів та ступінь неврологічного дефіциту хворих було оцінено за шкалою NIHSS. Дослідження вмісту медіаторів проводили у плазмі крові в 1-шу та 10-ту добу інсульту методом імуноферментного аналізу: ІЛ-1β та ФНП-α — з використанням наборів виробництва ООО «Укрмедсервіс» (Україна); АКТГ — з використанням наборів виробництва «Biomerica» (США); кортизолу — за допомогою наборів виробництва «DRG» (США); β-ендорфіну — з використанням наборів виробництва «Peninsula Laboratories, Inc.» (США).

Під час оцінки результатів було відмічено достовірне підвищення рівнів ІЛ-1β, ФНП-α, АКТГ, кортизолу та β-ендорфіну в 1-шу добу інсульту у порівнянні з контролем. Це свідчить про напруження стрес-реалізуючих та стрес-лімітуючих механізмів у відповідь на гостру церебральну ішемію. Спостерігалось достовірне зниження цих показників на 10-ту добу. Відмічено прямий кореляційний зв'язок між концентраціями ІЛ-1β, ФНП-α АКТГ, кортизолу, β-ендорфіну та рівнем неврологічного дефіциту, що вказує вплив гормонів стрес-системи на перебіг гострого періоду ЦІІ. Отримані результати свідчать про необхідність подальшого вивчення патофізіологічних каскадів при церебральній ішемії та актуальність пошуку нових засобів нейрометаболічної терапії із стрес-протективними властивостями.

УДК 616.711.6.-085.828

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В. И. Марамуха

КУ «Запорожская областная клиническая больница»

Ключевые слова: грыжи дисков, мануальная терапия, позвоночный двигательный сегмент

В настоящее время одной из важнейших проблем неврологии является лечение неврологических проявлений грыжевой дисковой патологии. Большой удельный вес этой патологии в структуре общей заболеваемости, поражение лиц наиболее трудоспособного возраста, большой процент инвалидизации — все это приводит к значительным экономическим потерям не только в нашей стране, но и во всем мире. Вышеперечисленное заставляет искать новые пути для решения этой важной проблемы. В специализированном неврологическом отделении № 2 КУ «Запорожская областная клиническая больница», входящем в состав клиники нервных болезней, более 25 лет проводится лечение неврологических проявлений грыж межпозвонковых дисков. За это время накоплен значительный научный и клинический опыт.

Представленная работа основана на результатах обследования и лечения 89 больных с компрессионными корешковыми и рефлекторными синдромами, обусловленными наличием грыжевых выпячиваний межпозвонковых дисков поясничной локализации. Лечебный комплекс включал кинезиотерапевтические методы лечения, в первую очередь «мягкие» методики мануальной терапии (МТ). Проводили как интенсивное (несколько сеансов МТ течение дня, через каждые 2—3 часа), так и обычное однократное, в течение дня, лечение с использованием методов МТ. Всем без исключения больным проводили тщательные клинические, нейроортопедические исследования, а также КТ- и МРТ-исследования. Примерно 25 % больных было госпитализировано после предложенных нейрохирургами оперативных вмешательств. Все больные поступали в отделение в стадии обострения, с выраженным болевым синдромом (8—10 баллов по шкале ВАШ), с нарушением статики позвоночного столба. У всех больных отмечалась функциональная блокада, как правило, нескольких позвоночных двигательных сегментов, выраженные симптомы натяжения, локально-вертебральная и регионарная миофиксация.

Пациентам проводили комплексное, разработанное по индивидуальной схеме, лечение, которое включало МТ, преимущественно с использованием ее щадящих составляющих: постизометрической и постреципрокной релаксации мышц (ПИРМ и ПРР), мышечных тракций, мобилизаций; определенный спектр физиотерапевтических процедур; ЛФК; несколько раз в день больные самостоятельно применяли аутоПИРМ.

Осложнений от применяемой комплексной терапии с включением методов МТ не наблюдалось. Необходимо отметить, что наибольшая эффективность лечения отмечена у пациентов, лечившихся по интенсивной методике и принимавших несколько сеансов «мягкой» МТ в течение дня, в сравнении с группой больных, лечившихся по обычной схеме — один сеанс МТ в течение дня. Также следует отметить, что у этой группы больных быстрее восстанавливалась трудоспособность.

На основании вышесказанного считаем, что предложенная нами методика консервативного лечения неврологических проявлений грыж межпозвонковых дисков является достаточно серьезной альтернативой нейрохирургическим методам лечения. Немаловажным фактором, свидетельствующем о несомненной пользе методики, является отказ от использовании в лечебном процессе медикаментозных средств.

УДК 616.832-004.2-008.9:616.015

ФЕРМЕНТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

С. В. Марковская, А. С. Шапкин

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: рассеянный склероз, ферменты, форма заболевания

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики изменения активности мембраносвязанных ферментов в крови больных рассеянным склерозом (РС) в зависимости от формы заболевания.

Объектом исследования были 69 больных РС — 29 мужчин и 40 женщин, в возрасте от 16 до 59 лет, находившиеся на стационарном лечении в неврологическом отделении КУОЗ «ОКБ — ЦЭМП и МК». В зависимости от преобладания локализации очагов поражения у 15 больных определялась церебральная форма РС, у 6 обследованных — спинальная форма РС и у 48 пациентов — цереброспинальная форма РС. Контрольную группу составили 30 практически здоровых человек соответствующего пола и возраста без патологии нервной системы.

Активность ферментов — аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), креатинфосфокиназы (КФК), γ-глутамилтранспептидазы (ГГТП) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) — определяли в сыворотке крови с помощью энзиматического кинетического метода по стандартным методикам.

Проведенное биохимическое исследование выявило в целом по группе больных РС достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня КФК на 56,5 % и повышение уровня АЛТ на 38,9 % относительно показателей в контрольной группе, а также четкую тенденцию ($p > 0,05$) к снижению уровней АСТ (на 12,5 %), ЩФ (на 10,6 %) и повышению уровня ГГТП (на 23,9 %). Уровень ЛДГ практически не изменялся и соответствовал таковому в контрольной группе.

Анализ динамики изменения ферментативной активности в зависимости от формы заболевания выявил при церебральной форме РС достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня АСТ на 32,2 % и КФК на 72,3 %, а также недостоверную тенденцию к снижению уровня ЛДГ (на 16,5 %) и повышению уровней АЛТ (на 50,4 %) и ГГТП (на 14,4 %) по сравнению с контрольными показателями. В группе больных спинальной формой РС отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение только уровня КФК на 71 %, а повышение активности АСТ, АЛТ, ЩФ и ГГТП по сравнению с контрольными величинами было недостоверным, однако имело четкую направленность.

Наиболее выраженные изменения ферментативной активности наблюдались в группе больных цереброспинальной формой РС и характеризовались достоверным ($p < 0,05$) снижением относительно контроля активности ЩФ, КФК, ЛДГ на 16,9 %, 67,3 %, 16,6 % соответственно, повышением уровня АЛТ на 28,9 % и недостоверной тенденцией к повышению уровня ГГТП на 19,7 %.

Таким образом, при РС имеет место стойкая дисферментемия, выраженность и направленность которой зависит от формы заболевания. Снижение уровня КФК у больных РС является стабильным показателем нарушения метаболических и энергетических процессов в клетках мышечной и нервной тканей при всех формах заболевания. Выраженная гипоферментемия отражает тяжесть состояния больных и степень генерализации патологического процесса.

УДК 616.831-002:616.379-008.67]-073

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ФЕНОМЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Т. М. Мельник

Донецкий национальный медицинский университет

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая энцефалопатия, магнитно-резонансная томография

Целью работы явилось изучение влияния длительности течения сахарного диабета (СД), сосудистых факторов и метаболических расстройств на выраженность диффузных изменений белого вещества головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Обследовано 76 пациентов с СД, из которых у 30 больных СД 1 типа и 46 — СД 2 типа. У 34 (44,7 %) больных, составивших 1 группу обследованных, была диагностирована диабетическая энцефалопатия (ДиабЭП) I стадии, у 42 (55,3 %) пациентов, вошедших во 2 группу — ДиабЭП II стадии. Средний уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) у больных 1 группы — 8,3 ± 0,7 %, длительность заболевания — 9,6 ± 3,8 лет; у больных 2 группы: HbA1c — 8,8 ± 0,3 %, длительность заболевания — 12,3 ± 2,7 лет. Контрольную группу составили 20 лиц, не страдающих диабетом, сопоставимые по возрасту и полу. Исследование включало суточное мониторирование артериального давления с определением средних значений систолического (САД) и диастолического (ДАД) и МРТ головного мозга. Полуколичественная оценка выявленных очаговых и диффузных изменений белого вещества головного мозга проводилась по балльной системе.

У пациентов 1 и 2 групп выявлены поражения белого вещества головного мозга в виде лейкоареоза (субкортикального и перивентрикулярного) и расширения перивентрикулярных пространств (РПВП). «Немые» инфаркты были выявлены только у двух пациентов 2 группы с локализацией в области мозжечка. Различия в частоте выявления лейкоареоза и частоте выявления РПВП между двумя группами обследованных с ДиабЭП и контролем были статистически значимы. У больных с длительным течением заболевания (более 5 лет) чаще выявлялись изменения белого вещества в перивентрикулярных областях. Выраженность перивентрикулярного лейкоареоза у пациентов с ДиабЭП была статистически значимо больше, чем в группе сравнения. Различия между группами в количестве и размерах выявляемых очагов в субкортикальном белом веществе не были статистически значимыми.

Наиболее значимыми оказались различия в группах пациентов с ДиабЭП по степени выраженности РПВП. У больных с длительным течением СД (более 5 лет) перивентрикулярный лейкоареоз был более выражен.

Была выявлена умеренная прямая корреляционная связь между выраженностью перивентрикулярного лейкоареоза и длительностью артериальной гипертензии (АГ) ($r = 0,385$, $p < 0,001$) и средним САД ($r = 0,385$, $p < 0,001$), средним ДАД ($r = 0,396$, $p = 0,033$). На прогрессирование субкортикального лейкоареоза оказывает влияние возраст ($r = 0,485$, $p = 0,001$), а не артериальная гипертензия или уровень гликемического контроля СД (хроническая гипергликемия). В патогенезе прогрессирования РПВП при СД играют роль сосудистые факторы (артериальная гипертензия) ($r = 0,353$, $p < 0,001$) и дисметаболические нарушения (хроническая гипергликемия) ($r = 0,33$, $p < 0,001$).

Таким образом, наличие диабетической энцефалопатии ассоциировано с большой частотой выявления диффузного поражения белого вещества головного мозга. Наиболее выраженные изменения отмечаются в области перивентрикулярного белого вещества в виде лейкоареоза и РПВП. Установлена связь между выраженностью перивентрикулярного лейкоареоза и длительностью СД. Наряду с этим, на состояние мозгового вещества при диабетической энцефалопатии оказывают влияние сосудистые факторы (артериальная гипертензия) и метаболические нарушения (хроническая гипергликемия).

УДК 616.379-008.64: 616-056.52

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Т. М. Мельник, Т. Е. Михайличенко, Д. В. Никитенко, Н. В. Сирота

Донецкий национальный медицинский университет

Ключевые слова: сахарный диабет, ожирение, качество жизни

Цель исследования — оценить влияние ожирения на показатели качества жизни у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Обследовано 150 больных СД 2 типа в возрасте от 45 до 60 лет, средний возраст 54,6 ± 3,5 года, из них 72 мужчины и 78 женщин, средняя продолжительность заболевания 12,5 ± 4,7 лет. Уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) — от 7,3 до 11,8 (средний 9,42 ± 1,15). В зависимости от показателя индекса массы тела (ИМТ), согласно критериям ВОЗ, пациенты были разделены на 5 групп: группы с нормальной массой тела, избытком массы тела, ожирением 1, 2 и 3 степени, численность каждой группы — 30 человек. Контрольную группу составили 20 лиц, не страдающих диабетом, средний возраст 52,4 ± 2,8 лет. Всем обследованным проводилось общеклиническое исследование, включавшее определение массы тела, роста, окружности талии и бедер. Оценка показателей качества жизни проводилась с помощью опросника MOS SF-36 с использованием результатов по восьми шкалам опросника и подсчетом значений двух интегральных шкал — физического и психического компонентов.

У больных с СД отмечалось значительное снижение показателей качества жизни в сравнении с контрольной группой по всем шкалам опросника MOS SF-36 и обеим суммарным шкалам. Снижение качества жизни у пациентов с ожирением было обусловлено затруднениями в выполнении тяжелых и умеренных нагрузок, передвижения. Пациенты с ожирением достоверно чаще оценивали свое здоровье как плохое и считали себя более склонными к болезням. У пациентов с худшим качеством жизни отмечалось повышение ИМТ и увеличение окружности талии. Оба этих показателя отрицательно коррелировали с суммарным физическим компонентом качества жизни ($r = –0,72$; $p < 0,05$ и $r = –0,54$; $p < 0,05$), с уровнями физического функционирования ($r = –0,68$; $p < 0,05$ и $r = –0,37$; $p < 0,05$) и общего здоровья ($r = –0,58$; $p < 0,05$ и $r = –0,44$; $p < 0,05$). При этом наблюдалось снижение уровня физического функционирования от группы с нормальной массой тела к группе с избытком массы

тела и далее — с ожирением 1-й степени, но в дальнейшем ухудшения качества жизни не наблюдалось. Была установлена достоверная прямая корреляционная связь между значениями ИМТ и уровнем HbA1c ($r = +0,36$; $p < 0,005$), что подтвердило предположение о влиянии гликемического контроля на ИМТ у больных СД 2 типа. В зависимости от длительности СД 2 типа различалось влияние ожирения на показатели качества жизни. При длительности СД до 10 лет отмечалось значительно большие различия показателей между пациентами с ожирением и без него, у больных СД 2 типа с длительностью заболевания более 10 лет эти различия значительно уменьшались и были недостоверны.

Таким образом, снижение качества жизни при ожирении у больных СД 2 типа связано в наибольшей степени со снижением переносимости физических нагрузок. В то же время снижения ментального компонента качества жизни у больных СД 2 типа при ожирении не наблюдалось. Влияние ожирения на показатели качества жизни более выражено у пациентов с длительностью СД 2 типа до 10 лет. При длительности СД 2 типа более 10 лет показатели качества жизни снижены и мало различаются в зависимости от наличия ожирения. Избыточная масса тела ассоциирована с плохим контролем уровня гликемии.

УДК 615.21:616.89-008.46-0536

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ, РОЖДЕННЫХ В СЕМЬЯХ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Т. В. Мироненко, Б. О. Федорковская

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: легкие когнитивные расстройства, дисциркуляторная энцефалопатия

Среди неврологических расстройств, наблюдаемых у детей, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, нередки легкие когнитивные расстройства. В связи с этим вопросы их медикаментозной коррекции являются актуальными.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности использования цераксона в лечении легких когнитивных расстройств у детей ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС на основании результатов психоневрологических исследований, показателей церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга. Было проведено обследование 40 детей в возрасте 13—19 лет с дисциркуляторной энцефалопатией I ст. (ДЭ). Давность заболевания составила 4—6 лет. В процессе наблюдения были использованы клинико-неврологические, психологические (тесты Шульте, заучивания 10 слов, MMSE), ультразвуковая доплерография экстра- и интракраниальных сосудов (УЗДГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), статистические методы. Цераксон в виде сиропа назначали детям в суточной дозе 1000 мг в год. Контрольную группу составили 20 пациентов с вегетативно-сосудистой дистонией, принимавших традиционную терапию (вегетокорректоры, нооторопы). Клиническая картина ДЭ I ст. включала наряду с легкими когнитивными расстройствами, вегетативные пароксизмальные и перманентные нарушения, цефалгический синдром, церебральную микросимптоматику, признаки диспластического синдрома соединительной ткани со стороны внутренних органов и позвоночника. После лечения цераксоном клиническое улучшение наступило у 72,0 % пациентов. Наблюдалось нивелирование симптомов заболевания: уменьшилась вегетативная дисфункция (73,0 %), головные боли и головокружения (67,0 %), слабость, утомляемость (81,0 %).

Отмечена тенденция к улучшению когнитивных функций, статистически достоверным ($p < 0,05$) было возрастание баллов до 27,92 ± 1,63 по шкале MMSE, до 8,09 ± 1,57 в секунду заучивания 10 слов, до 61,7 ± 15,2 в тесте Шульте. По результатам ЭЭГ после окончания курса лечения цераксоном положительная динамика отмечалась в 56,0 % случаях. Имели место следующие положительные изменения: уменьшение низкочастотных колебаний (47,0 %), увеличение количества β-волн в лобных отведениях L-активности (41,0 %) и увеличение мощности L-активности в затылочных отведениях. Анализ динамики показателей церебрального кровообращения по данным УЗДГ показал снижение линейной скорости кровотока, уменьшение межполушарной асимметрии кровотока во всех сосудистых бассейнах до лечения. Под влиянием курсового применения цераксона достоверно снижалась исходно повышенная максимальная систолическая частота ($p < 0,05$) в общей и наружной сонных артериях. Кроме того, регистрировалось уменьшение коэффициента асимметрии в среднем на 3,0 % в магистральных артериях головы и на 4,0 % — в интракраниальных артериях.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что цераксон является эффективным препаратом в лечении легких когнитивных расстройств на фоне начальных форм недостаточности мозгового кровообращения у детей, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Улучшение церебральной динамики и электрогенеза головного мозга оказало гармонизирующее влияние на когнитивную деятельность пациентов и способствовало восстановлению их интеллектуальной активности и работоспособности.

УДК 615, 21:616.831-005.1:616.379-008:64.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕМОПЛАНТ-ФОРТЕ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II

Т. В. Мироненко, М. О. Мироненко

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: мемоплант-форте, ишемический инсульт, сахарный диабет II типа

В настоящем исследовании оценивалась эффективность применения мемопланта-форте на основании исследования психоэмоциональной деятельности, показателей мозгового кровотока у пациентов пожилого возраста, перенесших ишемический инсульт на фоне сахарного диабета II типа.

Было обследовано 36 больных с сахарным диабетом (СД) II, продолжительность СД 4—10 лет, после перенесенного инсульта (ИИ) преимущественно каротидного бассейна в реабилитационном периоде (1—2 года после острого периода). Средний возраст обследуемых (20 женщин и 16 мужчин) составил 63,8 ± 3,7 лет. В процессе наблюдения оценивали соматический, неврологический статус, использовали психологические тесты (шкала «SCAG», тест Шульте), нейрофизиологические (ультразвуковая доплерография экстра- и интракраниальных сосудов, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография головного мозга), статистические методы. Пациенты принимали мемоплант-форте 80 мг дважды в сутки в течение двух месяцев по 2 курса в год. Контрольную группу составили 20 человек с атеросклеротической энцефалопатией II ст., которые принимали традиционную терапию (витамины, ноотропы, вазоактивные средства). Клинически картина последствий ИИ преимущественно каротидного бассейна, включала спастико-паретический, психоорганический синдромы, периферические вегетативные расстройства. При сравнительном анализе субъективного состояния и неврологической симптоматики до и после двух курсов использования препарата мемоплант-форте, установлена положительная динамика у пациентов. У 61,0 % больных уменьшилась цефалгия, у 47,% — головокружения, у 55,0 % пациентов уменьшились боли в икроножных мышцах, стопах. На фоне проводимой терапии у больных с последствиями ИИ частично регрессировала неврологическая симптоматика в виде снижения степени гемипареза на 1—2 балла (60,0 %), спастичности мышц (53,0 %). Имело место улучшение психических процессов у пациентов после курсового применения мемоплант-форте в виде уменьшения времени при выполнении теста Шульте до 80с (до лечения — 96 с). Под влиянием лечения мемоплантом-форте в ипсилатеральной очагу инсульта среднемозговой артерии (СМА) отмечено

статистически достоверное снижение пульсационного индекса с 1,51 ± 0,13 до 1,18 ± 0,05 и возрастания линейной средней систолической скорости (ЛССК) во внутренней сонной артерии (ВСА) с 59,40 ± 3,69 до 68,1 ± 5,03 см/с и в основной артерии (ОА) с 41,35 ± 2,28 до 47,13 ± 4,12 см/с. Мемоплант-форте способствует реорганизации частотно-амплитудных показателей биоэлектрической активности головного мозга, более выраженной в здоровом полушарии. Препарат статистически достоверно увеличивает частоту α-ритма в центрально-теменной области полушария на 0,5—0,7 гц. В пораженном полушарии отмечена лишь тенденция к увеличению частоты α-ритма в указанной области.

Таким образом, использование мемоплант-форте в лечении больных, перенесших ИИ на фоне СД II, является патогенетически обоснованным. Препарат способствует восстановлению неврологического дефицита, уменьшению вегеталгии в конечностях, улучшению мозговой гемодинамики как в каротидном, так и в вертебробазилярном бассейнах, нормализации электрогенеза мозга как в здоровом, так и в пораженном полушарии.

УДК 616.071+616.08+616.831-005.1

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

О. Я. Михалойко, Р. Д. Герасимчук, Г. С. Чмир, С. І. Геник
Івано-Франківський національний державний медичний університет

Ключові слова: ішемічний інсульт, тромболітична терапія

Цереброваскулярні захворювання залишаються однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасної неврології, що пояснюється їх значною часткою в структурі захворюваності, інвалідності та смертності населення.

Згідно з діючими міжнародними рекомендаціями, найуспішнішим способом відновлення перфузії в ішемізованій ділянці мозку є тромболітична терапія (ТЛТ) з використанням рекомбінантного тканинного активатора плазміногену (rt-PA). Однак тромболізис застосовується менше ніж у 2—5 % хворих з ГІІ. Труднощі, які виникають при цьому, включають: пізнє звернення за медичною допомогою поза рамками терапевтичного вікна, втрата часу при госпіталізації, недостатня оснащеність лікарень апаратами КТ, МРТ, невпевненість лікарів у безпеці і ефективності методу, жорсткі протипоказання до застосування, висока вартість лікування.

Мета дослідження: оцінити ефективність та безпечність тромболітичної терапії у гострий період ішемічного інсульту.

Обстежено 13 хворих з середньоважким ішемічним інсультом в басейні середньомозкової артерії (СМА), віком від 46 до 72 років, серед яких 8 чоловіків і 5 жінок. Хворі були госпіталізовані в межах «терапевтичного вікна», тобто впродовж трьох годин від початку клінічних проявів інсульту. При госпіталізації хворим проводили КТ головного мозку, ТКДГ, дуплексне сканування магістральних артерій голови. З метою оцінки ефективності тромболітичної терапії на 2-гу добу пацієнтам проводили контрольну КТ головного мозку. Оцінку неврологічного дефіциту і ступеня відновлення втрачених функцій проводили з використанням загальноприйнятих шкал: NIHSS, модифікованої шкали Ренкіна, індексу Бартеля. Неврологічний дефіцит хворих за шкалою NIHSS при надходженні становив 16—22 бали.

Проведене при надходженні хворих КТ-дослідження виявило відсутність внутрішньочерепних крововиливів. Результати ТКДГ при надходженні хворих показали гемодинамічно важливе зниження лінійної швидкості кровотоку (ЛШК) по СМА на стороні вогнища з коефіцієнтом міжпівкульової асиметрії, яка перевищує 50 %. В усіх випадках мали місце доплерографічні признаки оклюзії СМА (М1 сегмента). Четверо хворих отримали ТЛТ в перші 90 хвилин від початку захворювання, дев'ятеро — в проміжку 90—180 хвилин. Через 1—2 години після ТЛТ у 12 хворих відмічалась позитивна динаміка в неврологічному статусі. Через добу у 4 хворих, які отримали ТЛТ в часовому інтервалі до 90 хвилин відмічався практично повний регрес неврологічного дефіциту. У 8 з 9 хворих, які отримали ТЛТ в проміжку з 90—180 хвилин відмічено значний регрес неврологічної симптоматики. При виписці із стаціонару неврологічний дефіцит у них за шкалою NIHSS становив 4—8 балів проти 20—22 балів при надходженні. Однак лікування не було повністю безпечним, у однієї пацієнтки розвинулася фатальна симптоматична геморагічна трансформація головного мозку.

Повторні КТ-дослідження показали відсутність органічних змін в головному мозку у 4 хворих, що вказує на розрішення ішемічних процесів на фоні проведення ранньої реканалізації, що клінічно відповідало абсолютному нівелюванню неврологічного дефіциту. У 8 хворих повторні КТ-дослідження показали формування невеликих вогнищ ішемії в кінцевих гілках СМА, що пояснюється реканалізацією основного стовбура і оклюзією кінцевих гілок і клінічно відповідає значній позитивній неврологічній динаміці.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про високу ефективність тромболітичної терапії у хворих з ішемічним інсультом. Отримані дані вказують, що стратегія ранньої тромболітичної реканалізації в умовах «терапевтичного вікна» приводить до повного, або ж значного регресу неврологічного дефіциту у хворих з ГІІ, що очевидно зумовлено високим ступенем реканалізації інфарктзалежної судини і відновленням кровотоку в ураженому басейні і як наслідок — регресом неврологічного дефіциту. Ефективне проведення тромболізису можливе за умови узгодженої дії персоналу на всіх етапах діагностики та лікування хворих з інсультом, що досягається завдяки чіткій організації, ретельній підготовці та тренінгу медичних працівників.

УДК 616.12-008.331:616.831-005.8

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ АСИМПТОМНЫХ ИНФАРКТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т. С. Мищенко, Е. В. Дмитриева
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: артериальная гипертензия, асимптомные инфаркты

Актуальность изучения асимптомных («немых») инфарктов головного мозга, которые встречаются в 5—8 раз чаще симптомных, обусловлена тем, что они являются маркерами повышенного риска повторных острых нарушений мозгового кровообращения, в том числе тяжелого геморрагического инсульта, лакунарного состояния мозга, а также сосудистой деменции.

В работе изучены клинико-патогенетические особенности формирования асимптомных инфарктов головного мозга у 67 больных с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 49 до 63 лет. При проведении нейровизуализационного обследования (КТ, МРТ головного мозга) из 67 больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) гипертонического генеза, у которых не было анамнестических указаний на клинические проявления перенесенного мозгового инсульта, у 18 (26,9 %) больных выявлены признаки перенесенных лакунарных инфарктов мозга размером до 1,5 см в диаметре (одиночные — у 44,4 % больных, множественные лакуны — у 55,6 %). У 16,4 % больных выявленные асимптомные инфаркты сочетались с диффузными изменениями белого вещества головного мозга — лейкоареозом. У 27,8 % обследованных больных ишемические очаги размером 1—1,5 см локализовались в базальных ганглиях, у 38,9 % — в подкорковом белом веществе, у 11,1 % — в коре головного мозга, у 5,6 % — в стволе, в 16,7 % случаев — в других отделах головного мозга.

Анализ неврологической симптоматики у больных с асимптомными инфарктами позволил выявить субклинические проявления неврологического дефицита в виде пирамидных, вестибулярных, астенических, психоэмоциональных и когнитивных нарушений. Проведенные исследования состояния когнитивных функций (по данным психодиагностического тестирования: MMSE, тест рисования часов, таблиц Шульте) у больных с асимтомными

инфарктами показали, что несмотря на то, что асимптомные инфаркты не имеют клинических проявлений, характерных для ишемического инсульта, они более чем вдвое увеличивают риск развития когнитивного снижения, вплоть до развития деменции. Длительность течения АГ у больных с выявленными асимптомными инфарктами была более 5 лет и в большинстве случаев гипертоническая болезнь характеризовалась кризовым течением. С помощью метода суточного мониторирования артериального давления (АД) установлено, что у больных с выявленными асимптомными инфарктами головного мозга отмечались более высокие цифры среднего суточного АД, как систолического, так и диастолического, а также более высокие показатели максимального АД. Большинство обследованных больных имели несколько факторов риска развития асимптомных инфарктов головного мозга. Наиболее часто встречалось сочетание АГ с сахарным диабетом, атеросклеротическим поражением магистральных артерий головы, гиперхолестеринемией, фибрилляцией предсердий и сочетания этих факторов. При проведении дуплексного исследования сонных артерий у всех больных с асимптомными инфарктами выявлялись атеросклеротические поражения сонных артерий в виде утолщения комплекса «интима-медиа», утраты дифференциации сосудистой стенки на слои, наличие атеросклеротических бляшек в просвете сосудов.

Полученные результаты дадут возможность разработать лечебно-профилактические мероприятия у данной категории больных.

УДК 616.831-005.1:616/618-08:312.2

КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Т. С. Міщенко

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

Ключові слова: захворюваність, інвалідизація, смертність, мозковий інсульт, критерії якості

Сьогодні до найпоширеніших хвороб в Україні належать неврологічні захворювання, розповсюдженість яких в останні роки, на жаль, значно збільшилася. У 2009 р. в Україні офіційно зареєстровано 4 913 890 хворих із різними формами неврологічних захворювань.

Перше місце серед неврологічних захворювань посідають цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ), поширеність яких становить станом на 01.01.2010 р. 3 185 686 хворих. У структурі захворюваності на ЦВЗ найбільш важливе значення мають мозкові інсульти (МІ). Щорічно від 100 до 120 тис. мешканців країни вперше захворюють на МІ. 35,5 % всіх МІ сталися у людей працездатного віку. Внаслідок МІ щорічно помирає до 40 тис. жителів країни, і 20 тис. втрачають непрацездатність. Високі показники смертності від МІ в Україні в багатьох випадках обумовлені недосконалістю системи надання допомоги хворим з цією патологією. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є створення високотехнологічної допомоги хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями. Такі регіональні центри почали створюватись в м. Одесі, Донецьку, Львові. Але ж основною метою є створення спеціалізованих інсультних відділень, що мають спеціально підготовлений персонал та оснащені сучасним обладнанням. Такі відділення повинні бути створені в усіх містах та районних центрах країни та бути доступними цілодобово для всього населення.

Потребує негайного рішення проблема реабілітації інсультних хворих. Реабілітаційні відділення в Україні створені лише в окремих областях, але і вони не відповідають сучасним стандартам надання реабілітаційної допомоги.

Однією із важливих причин, що впливають на смертність та інвалідизацію внаслідок інсульту є недостатня усвідомленість населення щодо симптомів інсульту та необхідністю термінової допомоги. Тому в багатьох випадках хворі або їх родичі вчасно не звертаються за допомогою. Працівники швидкої медичної допомоги затримують першочергову госпіталізацію хворих до стаціонару, а частина хворих взагалі залишається дома без належної допомоги. Дуже малий відсоток хворих госпіталізується до стаціонарів в межах «терапевтичного вікна». Це значить, що тромболітична терапія виконується лише поодиноким хворим.

Удосконалення системи діагностики та лікування хворих на МІ неможливо без впровадження та контролю виконання стандартів та протоколів клінічного ведення пацієнтів у діяльність лікувальних установ, що надають медичну допомогу таким хворим. Критеріями якості надання допомоги хворим на МІ повинні бути: 1) летальність внаслідок інсульту через 1, 3, 12, 24 місяця від початку захворювання; 2) відсоток хворих, повністю незалежних у повсякденному житті пацієнтів, що перенесли інсульт, через 3, 12 місяців; 3) відсоток хворих, що перенесли повторні судинні катастрофи (інсульт, інфаркт міокарду), через 1 та 2 роки після перенесеного інсульту; 4) відсоток хворих, що регулярно приймають препарати для вторинної профілактики МІ, через 1 та 2 роки після перенесеного інсульту; 5) відсоток хворих, що лікувалися у спеціалізованих інсультних відділеннях; 6) відсоток хворих МІ, що госпіталізовані протягом перших 4—5 годин; 7) відсоток хворих з інсультом, яким була проведена КТ головного мозку в перші години захворювання; 8) відсоток хворих на ішемічний інсульт, яким було проведено тромболітичну терапію.

Впровадження індикаторів якості дозволить підвищити відповідальність медичних працівників за стан кожного пацієнта, а також оцінити та порівняти якість надання медичної допомоги хворим на МІ в усіх регіонах країни.

УДК 616.831-005.1-037

КРИТЕРІЇ ВИХОДІВ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Т. С. Міщенко, В. М. Міщенко

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

Ключові слова: ішемічний інсульт, сприятливий, несприятливий, вихід, фактори ризику

Останнім часом в літературі з'явилось багато робіт, що присвячені проблемі прогнозування виходів мозкового інсульту (МІ). Незважаючи на це, остаточних даних відносно сприятливого та несприятливого виходів інсульту на сьогодні не одержано.

Тому метою цього дослідження стало визначення критеріїв прогнозу виходів ішемічного інсульту.

Для виконання поставленої мети нами було обстежено в динаміці 148 хворих з ішемічним інсультом, з них 92 з півкульовим ішемічним інсультом і 46 — з інсультом у стовбурі мозку. Середній вік обстежених хворих склав 62,8 років.

У роботі були застосовані такі методи дослідження: 1) клініко-неврологічні обстеження хворих з використанням індексу Бартеля та шкали Ренкіна для оцінки їх функціонального стану; 2) психопатологічні з застосуванням шкали Гамільтона та опитувальника Бека для виявлення депресивних порушень; 3) психодіагностичні (тест Mini-Mental State Examination — MMSE), методика «Запам'ятовування 10 слів», «Таблиці Шульте») для оцінки стану когнітивних функцій; 4) КТ або МРТ головного мозку; 5) біохімічні; 6) статистичні.

Проведені динамічні дослідження протягом 2-х років дозволили виділити та доповнити основні критерії виходів ішемічного інсульту. За нашими даними до сприятливих критеріїв належать: чоловіча стать, невеликі розміри вогнища, наявність двох і менше факторів ризику МІ, проживання в родині, лікування у спеціалізованих інсультних відділеннях, госпіталізація протягом перших годин від початку захворювання, раннє виконання методів нейровізуалізації, лікування згідно з протоколами ведення хворих, проведення вторинної профілактики та ранній початок реабілітації хворих.

Наші спостереження показали, що раннє застосування нейропротекторів (цитіколіну або церебролізину) сприяє більш швидкому та вираженому відновленню рухових, мовних функцій, когнітивних порушень.

До несприятливих критеріїв належать: похилий вік, низький рівень свідомості на початку захворювання, тяжкість

інсульту, великі розміри вогнища ураження, особливо відносно функціонально значущих структур, локалізація вогнища (підкоркові структури, стовбур, мозочок), геморагічна трансформація вогнища, гіпертермія у гострому періоді МІ, підвищений рівень С-реактивного білка, наявність цукрового діабету, фібриляції передсердь, артеріальна гіпертензія більше 10 років, наявність 3-х і більше факторів ризику інсульту, депресії, помірні когнітивні порушення та деменція, «лейкоареозис», самотнє проживання, втрата роботи.

Наші спостереження показали, що несприятливий вихід інсульту не завжди пов'язаний з розмірами та локалізацією вогнища. Багато хворих помирають або стають тяжкими інвалідами при наявності у гострому періоді інсульту вторинних ускладнень, таких як аспіраційна пневмонія, тромбози глибоких вен, тромбоемболія легеневої артерії, ускладнені пролежні та ін. Порушення сечовипускання теж є предиктором несприятливого прогнозу.

Врахування вищенаведених факторів прогнозу сприяє правильній побудові лікувальних та реабілітаційних програм у хворих на МІ.

УДК 616.8:616.126.424

ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Т. С. Мищенко, Е. В. Песоцкая, Е. В. Харина, А. В. Линская

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

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, клинико-неврологические проявления

В последние годы пролапсу митрального клапана (ПМК) как наиболее частому и клинически значимому проявлению дисплазии соединительной ткани (ДСТ) уделяется все больше внимания в контексте формирования синдромов поражения нервной системы.

С целью изучения полиморфизма неврологических проявлений нами было обследовано 99 пациентов в возрасте от 20 до 58 лет (средний возраст 36,7 ± 10,65 лет) с ПМК, из них 45 мужчин и 54 женщины.

Всем больным проводили стандартное клинико-неврологическое обследование. Так как синдром ДСТ характеризуется определенным набором жалоб, был проведен тщательный их анализ. Фенотипические признаки дисплазии определяли с помощью фенотипической карты (Glesby M. J., Pyerits R. E., 1989). Всем больным проводили ультразвуковое доплерографическое (УЗДГ) исследование магистральных сосудов головы (МАГ) и шеи и эхокардиоскопию (ЭХО-КС).

При объективном осмотре чаще всего у обследованных пациентов мы выявляли такие фенотипические черты как черепно-лицевой дисморфизм — 73,2 %, миопия — 32,1 %, плоскостопие — 16,1 %, долихоморфии — 89,3 %, снижение массы тела — 64,3 %, гипермобильность суставов —37,5 %, нарушения осанки (незначительный сколиоз, синдром «прямой спины») — 60,7 %, нестабильность шейного отдела позвоночника — 62,5 %. Аускультативная картина ПМК характеризовалась сохраненным I тоном на верхушке сердца. Систолический дополнительный тон («клик») и систолический шум на верхушке сердца определялся в 30,4 % случаев. Пролапс передней створки митрального клапана был выявлен у 91,9 % пациентов, задней створки — у 6,1 %, обеих створок — у 2,0 %. По степени выраженности ПМК I ст. определялся у 78,8 %, ПМК II ст. — у 22,2 %, ПМК III ст. диагностирован не был. Митральная регургитация I ст. выявлялась у 69,7 % пациентов, II ст. — у 30,2 %, III ст. — у 1,1 %.

Неврологические проявления ПМК у обследованных пациентов были разнообразны. Было выделено 5 групп: 1 группа — больные с перманентным течением вегетативно-сосудистой дистонии (ВСД) (цефалгии, кардиалгии, гипервентиляционный синдром, метеотропность) — 21 %; 2 группа — больные с паническими атаками на фоне ВСД — 30 %; 3 группа — больные с ВСД и синкопальными пароксизмами — 16 %; 4 группа — пациенты с мигренью — 18 %, 5 группа — больные, перенесшие ОНМК в виде ТИА или ишемического инсульта — 15 %.

При УЗДГ у 65,5 % обследованных выявлены аномалии МАГ в виде: деформации и извитости внутренних сонных артерий с признаками локальных гемодинамических нарушений, гипоплазии и извитости позвоночных артерий (ПА), аномального вхождения ПА в канал поперечных отростков шейных позвонков.

При ЭХО-КС у 72,4 % больных выявлены так называемые малые аномалии сердца (МАС) в виде миксематозной дегенерации, пролапса аортального клапана, пролапса трикуспидального клапана, аневризматического выпячивания межпредсердной перегородки, дополнительных трабекул в полости левого желудочка.

Таким образом, проведенное нами исследование показало преобладание в клинической картине пациентов с ПМК смешанных вариантов ВСД, мигрени, а также эпизодов церебральной ишемии. Выявленные у обследованных больных аномалии МАГ и МАС могут представлять собой факторы риска развития церебральных ишемий у этой категории больных. Всем больным с ПМК необходимо длительное диспансерное наблюдение с целью оценки особенностей течения заболевания, степени риска развития осложнений и проведения адекватных лечебных мероприятий.

УДК 616.831-005.1:312.2

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ФАТАЛЬНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

О. П. Мошенська, І. С. Зозуля

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Ключові слова: фатальний ішемічний інсульт, причини виникнення

Порівняно з розвиненими країнами, смертність від інсульту в Україні в 2—3 рази вища, що зумовлено багатьма причинами, в тому числі і недостатньою ефективністю системи надання допомоги таким хворим. Проте, сьогоднішні реформи, нововведення не придають надії на краще.

Ми поставили перед собою за мету вивчити причини, які впливають на смертність хворих з ішемічним інсультом на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах. Нами проведено ретроспективний (за 5 років) аналіз верифікованного фатального інсульту в гострий період у хворих, які надійшли до нейросудинного (II нейрохірургія) відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. В основну групу дослідження були включені хворі (123 випадки) на фатальний гострий ішемічний інсульт, віком від 18 до 80 років. Верифікація здійснена за допомогою нейровізуалізуючих методів (КТ, МРТ, СКТ, УЗДГ), або під час патологоанатомічного дослідження. В групу контролю за тими ж критеріями було включено 50 хворих на ішемічний інсульт, які вижили в гострий період інсульту.

Дослідження охоплювало догоспітальний період, етап транспортування до стаціонару та перші 5 діб з моменту госпіталізації.

Найбільша кількість хворих належала віковим групам (згідно з класифікацією ВООЗ) 45—69 років (69 — 52,8 % осіб) та 60—74 рр. (30 — 24,39 %). Значно менше було хворих молодого віку (18—45 років) — 17 осіб (13,8 %) та ще менше — осіб старечого віку (75—80 років) —11 (8,94 %). Як свідчать наші дані, більшість хворих на нефатальний ішемічний інсульт також належали віковій групі 45—69 років (38 осіб, або 76 %).

Частота ішемічного інсульту була значно вищою серед чоловіків. Локалізація вогнища була в півкулях великого мозку (права — 21,6 %, ліва — 35 %), стовбурі (25,20 %), мозочку (2,5 %), одночасно кілька вогнищ інфаркту (8,13 %).

За часом настання смерті всі випадки фатального інсульту були поділені: протягом першої доби — 13 (10,6 % випадків), другої — 53 (43,09 %), третьої і аж до 21 доби — 57 (46,34 %).

Майже половина випадків смерті на першу добу припадає на локалізацію інфаркту в стовбурі мозку.

Більшість хворих (90 — 73,17 %) були доставлені каретою швидкої медичної допомоги, із групи нефатального — також 70 % (35).

Серед хворих основної групи були 8 осіб (6,5 %), які були доставлені в лікарню після повторного виклику бригади швидкої медичної допомоги в зв'язку з появою нової симптоматики.

В контексті задач нашого дослідження ми визначали строки госпіталізації та надання допомоги на догоспітальному етапі. Визначено кількість випадків госпіталізації в перші 3 години, в інтервалі 3—6 годин, 6—24 години і після 24 годин.

Встановлено, що лише дві третини хворих (61,8 % в основній і 68 % в контрольній) потрапляли до лікарні в період вікна терапевтичних можливостей. Отже, кожен третій хворий доставляється до лікарні тоді, коли застосування сучасних методів диференційованої терапії не дасть тих результатів, які б могли бути в перші 3—6 годин.

В обох групах переважна більшість випадків інсульту була спричинена атеротромботичним процесом (60,16 % в основній і 66,0 % в контрольній групі).

Кардіоемболії спостерігались частіше в основній групі (25,2 % проти 8,0 %). Кардіоемболічний інсульт у хворих обох груп був спричинений миготливою аритмією, вадами серця, порушенням ритму серця. Лакунарні інсульти частіше спостерігались у жінок і в контрольній групі.

Нами встановлено, що фатальний атеротромботичний інсульт достовірно частіше розвивався у хворих середнього віку (58, 11 %), рідше — у осіб похилого та молодого віку (24,32 % та 10,81 %), і найменшою його частота була в осіб старечого віку (6,76 %). Кардіоемболічний інфаркт діагностовано у 41,94 % осіб середнього віку і найменше — молодого (3,23 %), у 61,54 % хворих середнього віку, спостерігались змішані форми інсульту.

Більша частина померлих від ішемічного інсульту була віком 46—59 років, люди соціально активного та працездатного віку.

Головним чином причинами їх інсультів були потенційно модифіковані фактори ризику: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, фібриляція передсердь, атеросклеротичні ураження судин, шкідливі звички.

Третина хворих більше 6 годин після появи перших симптомів не зверталися за медичною допомогою, а також не були своєчасно (в час терапевтичних можливостей) госпіталізовані.

Необхідна подальша координація зусиль медиків різних спеціальностей первинної ланки для своєчасної діагностики інсульту, надання екстреної медичної допомоги, цілеспрямованої ранньої госпіталізації.

УДК 616.832-002-004.2-037

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТРАНСФОРМАЦІЇ ГОСТРОГО РОЗСІЯНОГО ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТУ У РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

О. А. Мяловицька, І. С. Лобанова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: гострий розсіяний енцефаломієліт, розсіяний склероз, прогнозування, метод Каплана — Мейєра

Гострий розсіяний енцефаломієліт (ГРЕМ) — це аутоімунне захворювання, яке характеризується наявністю в центральній нервовій системі вогнищ запалення (демієлінізації), що виникають після інфекційного захворювання або вакцинації. Здебільшого гострий розсіяний енцефаломієліт характеризується монофазним перебігом зі значними варіаціями стосовно тривалості хвороби та одужання. Проте спостерігаються і рецидиви ГРЕМ, які можна розцінювати як мультифазний перебіг цього захворювання або його трансформацію у розсіяний склероз (за критеріями Макдональда). Прогнозування трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз має важливе значення, що дозволяє вчасно визначити тактику ведення хворих і обсяг терапевтичних заходів.

Метою нашої роботи було визначення прогностичних факторів ризику розвитку трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз.

Ми оцінювали кумулятивну частку відсутності рецидивів впродовж 3-річного періоду спостереження у 101 хворого на гострий розсіяний енцефаломієліт (28 чоловіків та 73 жінки) віком від 12 до 53 років (у середньому 31,7 ± 1,01 року) за методом Каплана — Мейєра з оцінкою критерію Фішера, використовуючи найбільш вагомі клініко-параклінічні дані.

Найкращі показники відсутності рецидивів виявлялись у пацієнтів віком 30—40 років, хоча статистична різниця недостовірна ($p = 0,78019$). Прогнозування розвитку трансформації ГРЕМ у розсіяний склероз в залежності від статі також не виявило достовірної різниці між трирічною відсутністю рецидивів у чоловіків та жінок, хоча і спостерігалась тенденція до збільшення кумулятивної частки у жінок ($p = 0,15560$). Достовірної різниці за безрецидивністю між групами хворих з різними змінами неврологічного статусу не визначалось, тобто наявність у хворих на ГРЕМ того чи іншого неврологічного дефіциту не чинить суттєвого впливу на його трансформацію у розсіяний склероз ($p = 0,56316$). У хворих з легким ступенем інвалідизації за шкалою EDSS трансформація ГРЕМ у розсіяний склероз виникла пізніше, у порівнянні з хворими із середнім і тяжким ступенем інвалідизації; у хворих з тяжким ступенем інвалідизації трансформація ГРЕМ у розсіяний склероз виникала пізніше, але ще до 25 місяців спостереження у 100 % хворих даної групи виникає розсіяний склероз ($p = 0,01516$). При аналізі даних МРТ у пацієнтів з ГРЕМ визначили, що чим більший середній розмір вогнищ демієлінізації, тим повільніше розвивається трансформація ГРЕМ у розсіяний склероз ($p = 0,01757$). Ця тенденція є протилежною по відношенню до мультифазного типу перебігу ГРЕМ, де повільніший розвиток рецидиву пов'язаний з меншим розміром вогнищ демієлінізації на МРТ.

Результати нашої роботи свідчать, що достовірний вплив на розвиток трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз чинять такі прогностичні ознаки, як ступінь інвалідизації за шкалою EDSS і розмір вогнищ демієлінізації за даними МРТ. Найбільш сприятливими критеріями прогнозування захворювання із пізнішим розвитком трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз є легкий ступінь інвалідизації за шкалою EDSS і великий розмір вогнищ демієлінізації за даними МРТ.

УДК 616.833.1/.2:616.85]-066-07

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М. Б. Наврузов

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: рак молочной железы, паранеопластические полиневропатии

Рак молочной железы занимает лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости у женщин и одно из первых мест по частоте развития осложнений. К наиболее распространенным паранеопластическим проявлениям заболевания относятся неврологические нарушения, которые у 30 % больных опережают обнаружение опухоли и более чем в 40 % случаев проявляются паранеопластическими полиневропатиями. Чаще всего течение полиневропатии не зависит от течения основного заболевания и требует самостоятельного лечения.

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости и клинических особенностей формирования паранеопластических полиневропатий при раке молочной железы.

Было обследовано 105 больных раком молочной железы в возрасте 50,6 ± 5,2 года с гистологически подтвержденным диагнозом заболевания: первой стадии — 9 (8,5 %), второй стадии — 27 (25,7 %), третьей стадии — 42 (40 %), четвертой стадии — 27 (25,7 %). Всем больным клинико-инструментальное исследование проводилось до начала

лечения, после лучевой терапии, оперативного лечения и химиотерапии.

В результате проведенного исследования было выявлено, что при первичном осмотре у 39,7 % женщин имела место вегетативно-сенсорная полиневропатия, которая проявлялась жалобами на чувство онемения, «ползания мурашек», гипергидрозом стоп, гипестезией в дистальных отделах нижних конечностей.

Наблюдение за больными в динамике позволило выявить, что проведение цитостатической терапии рака молочной железы приводило к увеличению частоты встречаемости полиневропатического синдрома до 68,5 % случаев, на наш взгляд, за счет токсического воздействия, присоединения двигательных нарушений с формированием моторно-сенсорно-вегетативной аксональной полиневропатии.

У пациенток, перенесших радикальное лечение рака молочной железы и лучевую терапию, в 79—85 % случаев развивался ряд функциональных нарушений верхней конечности на стороне мастэктомии с преобладанием множественных мононевропатий без роста частоты встречаемости полиневропатического синдрома.

Таким образом, паранеопластические полиневропатии являются частым проявлением рака молочной железы. Раннее выявление полиневропатических расстройств способствует более быстрому обнаружению опухоли и своевременному началу лечения. Последующий проспективный мониторинг, включающий клинико-неврологическое и электронейромиографическое обследования, позволяет определить объем и необходимость проведения коррекции неврологического дефицита на всех этапах заболевания.

УДК 616.831-005:616.1-071

ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ І ЇЇ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

І. А. Назарчук

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: цереброваскулярна патологія, серцево-судинна реактивність

Реактивність є однією з найважливіших конституціональних якостей людини, що визначає індивідуальні функціональні можливості організму і має клінічне і прогностичне значення. Зміни реактивності відбивають хронологію розвитку і перебігу захворювання, що обумовлює актуальність відповідних досліджень. Метою даної роботи було вивчення серцево-судинної реактивності (ССР) і її клінічного значення у хворих з хронічною цереброваскулярною патологією (ХЦВП).

Обстежено 52 хворих з ХЦВП — дисциркуляторними гіпертонічними, атеросклеротичними енцефалопатіями (ДЕ) I, I—II, II стадій (15, 13 і 24 хворих відповідно). Дослідження ССР проводили класичними клінічними методиками із викликанням очно-серцевого, солярного, кліностатичного, ортостатичного рефлексів і рефлексу Ортнера (Вейн А. М., 2000 р.) під час періоду декомпенсації захворювання і одразу після завершення курсу лікування хворих.

Під час декомпенсації, яка характеризувалась поступовим зростанням виразності клініко-неврологічної симптоматики, ССР у хворих з ДЕ I ст. була зниженою у 43—50 %, нормальною або підвищеною — у 50—57 %; при ДЕ I—II і II ст. — зниженою у 67—78 % і у 22—33 % мала парадоксальний характер при викликанні ортостатичного, очно-серцевого і кліностатичного рефлексів. Наприкінці курсу лікування у хворих з різним ступенем клінічної ефективності встановлено прямий кореляційний зв'язок динаміки ССР практично в усіх випадках при дослідженні ортостатичного рефлексу. У 75 % відбивали зміни клінічної симптоматики очно-серцевий і кліностатичний рефлекси у хворих з ДЕ I, I—II ст. При викликанні солярного рефлексу і Ортнера отримані дані були менш інформативними.

Проведені дослідження характеризують ССР у хворих з ХЦВП. ССР корелює із клініко-неврологічною симптоматикою та відбиває динаміку перебігу хронічної цереброваскулярної патології. Для оцінки клінічного стану доцільно диференційне застосування досліджень ССР, насамперед ортостатичного, очно-серцевого і кліностатичного рефлексів.

УДК 616.839-031.14-073.7: 616.5-07

ДІАГНОСТИКА ВЕГЕТАТИВНИХ ПРОЯВІВ ПОЛІНЕВРОПАТІЙ МЕТОДОМ ВИКЛИКАНОГО ШКІРНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

А. Г. Олексюк-Нехамес, А. С. Сон*, О. М. Стоянов*, В. С. Левіщенко**

*Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів; * Державний медичний університет, м. Одеса; ** Обласна клінічна лікарня, м. Одеса*

Ключові слова: викликаний шкірний потенціал, поліневропатія, вегетативна дисфункція

Поліневропатії — це сукупність захворювань периферичної нервової системи, що характеризуються дифузним ураженням периферичних нервових волокон, які входять в склад різних нервів, в тому числі — вегетативних. Нейровегетативні ускладнення цукрового діабету є частою причиною виникнення різного типу поліневропатій. Спектр порушень у хворих з ураженнями вегетативних волокон включає різні прояви дисфункцій з боку як серцево-судинної, гастроінтестінальної системи, так і з боку порушень сечовипускання, зіничних реакцій, потовиділення, вазомоторних порушень. Зокрема, дисфункція з боку вазомоторних порушень у хворих з ураженнями вегетативних волокон при поліневропатіях залишається до кінця недооціненою стосовно діагностики. Частіше за все вегетативна дисфункція проявляється симптомами випадіння, проте при діабетичній поліневропатії є симптоми подразнення, пов'язані з гіперреактивністю симпатичних, холінергічних волокон.

Метою цього дослідження стало обстеження функціонального стану постгангліонарних волокон та швидкості проведення імпульсу по вегетативним волокнам, які визначалися методом викликаного шкірного симпатичного потенціалу (ВШСП) у 21 хворого з діабетичною поліневропатією (середній вік 48,5 ± 2,2). Серед обстежених переважали чоловіки. Застосована модифікована методика стимуляції серединного і малогомілкового нервів (М. М. Одинак С. А. та інші, 1999). Для дослідження інформативним показниками є латентний період ©, періоди фаз: A1, A2, A3, тривалості висхідної частини фаз: S1, S2, S3.

При загостренні перебігу захворювання у хворих на діабетичну поліневропатію на рівні вегетативного волокна периферійної частини нерва виявлено наростання показників тривалості фаз II періоду A2 викликаного шкірного потенціалу. Зокрема, виявлено наростання симпатичного потенціалу: **S2a** — 10,3 ± 1,2 с і **S2b —** 16,29 ± 0,8 с, які вірогідно ($p < 0,05$) відрізняються від фіксованої норми групи порівняння, де S2a — 1,56 ± 0,17 с, S2b — 8,33 ± 1,01 с. З іншого боку, спостерігається наростання латенції ВШСП і зменшення показників амплітуди першої фази A1 ВШСП.

Ці зміни вказують на підвищення активності ерготропних центрів, симпатикотонії, подразнення гангліїв симпатичної частини вегетативних волокон. Такі зміни, що виявлені у даної групи хворих, можуть стати діагностичними критеріями для уточнення стану вегетативних ускладнень при діабетичних поліневропатіях.

УДК 616.832-005.4-036.8„450.1»

ДЕТЕРМІНАНТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ЧЕРЕЗ РІК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Л. В. Пантелеєнко, Л. І. Соколова

Національний медичний університет, м. Київ

Ключові слова: ішемічний інсульт, якість життя

Ішемічний інсульт (II) є однією з найбільш складних медико-соціальних проблем сучасності у зв'язку з його високою поширеністю серед цереброваскулярних хвороб,

високою летальністю, а також внаслідок вираженого неврологічного дефекту і психічних розладів, що зумовлює стійку втрату працездатності та залежність від сторонньої допомоги в повсякденному житті. Оцінка якості життя (ЯЖ) після перенесеного ІІ надає не тільки інформацію про різноманітні аспекти стану здоров'я хворого, але й дозволяє лікарям краще оцінити процес відновлення після інсульту та має суттєве значення для збільшення ефективності лікування.

Мета: оцінити показники якості життя хворих на ішемічний інсульт через рік після події та визначити фактори, які мають найбільший вплив на якість життя після інсульту.

У когортному дослідженні було обстежено 116 хворих, 58 чоловіків та 58 жінок, віком від 40 до 84 років (середній вік 63,62 ± 9,67 роки) у гострий період та через 12 місяців після ІІ. Тяжкість інсульту визначали за шкалою NIHSS. Оцінку даних функціонального статусу проводили за допомогою індексу Бартеля, модифікованої шкали Ренкіна, якість життя хворих оцінювалась з використанням шкали SF-36 та Індексу ЯЖ, інсультної версії — ІІІ (ІЯЖ), наявність депресії, тривоги та стресу визначали за шкалою DASS, когнітивний статус — за шкалою MMSE. Взаємозв'язок соціодемографічних та клінічних даних із показниками ЯЖ оцінювали за допомогою множинного регресійного аналізу.

Загальна оцінка ЯЖ через рік після ІІ була знижена, хоча показники неврологічного статусу та рівень функціонального дефіциту достовірно покращились, порівняно з гострим періодом ($p < 0,001$). Гірші показники ЯЖ асоціювались з старшим віком пацієнтів, жіночою статтю, наявним цукровим діабетом, більш вираженою тяжкістю інсульту та більшим функціональним дефіцитом, афазією, дизартрією, наявними когнітивними порушеннями та депресивними розладами. Чинниками, що найбільше визначали погіршення оцінки ЯЖ, були виражений функціональний дефіцит та депресивні розлади ($p < 0,001$), які визначали як фізичні, так і психічні складові ЯЖ. Ступінь тяжкості інсульту була детермінантою психічного компонента здоров'я та його складових за SF-36 ($p = 0,003$) та загальної оцінки за ІЯЖ ($p < 0,001$). Когнітивні порушення також переважно впливали на показники ЯЖ, пов'язані із психічним здоров'ям ($p < 0,001$). Старший вік хворих визначав складові ЯЖ, що відповідали загальному стану здоров'я та соціальному функціонуванню пацієнтів ($p = 0,006$).

Через рік після ІІ спостерігалось зниження оцінки ЯЖ за більшістю показників на тлі покращання неврологічного статусу та зменшення ступеня інвалідизації. Найбільше погіршували показники ЯЖ такі чинники, як виражений функціональний дефіцит, депресія, ступінь тяжкості ІІ, когнітивні порушення та похилий вік хворих. Визначення чинників, які можна модифікувати за допомогою лікування, надає нові можливості для реабілітації хворих після ІІ.

УДК 616.831:616.379-008.64-06-08

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТИКОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Н. В. Пашковська, В. М. Пашковський

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: діабетична енцефалопатія, лікування, цитиколін

Діабетична енцефалопатія (ДБЕ) виникає внаслідок зумовлених гіперглікемією метаболічних та судинних порушень, що потребує пошуку препаратів, які чинять комплексний вплив на різні ланки патогенезу цього захворювання, зокрема за рахунок мембраностабілізувальної дії.

Мета нашого дослідження полягала у з'ясуванні ефективності застосування цитиколіну у комплексному лікуванні хворих на ДБЕ. Обстежено 57 хворих на ДБЕ (середній вік — 52,4 ± 10,74 року). Пацієнти були поділені на підгрупи: представники першої (контрольної) групи, у кількості 23 осіб, отримували базисне лікування, що включало, окрім гіпоглікемізувальної терапії, вазоактивні, ноотропні засоби та препарати α-ліпоєвої кислоти. Пацієнти другої (основної) групи (34 хворих) на тлі базисного лікування отримували цитиколін (цераксон) у дозі 600 мг/добу впродовж 5—6 тижнів.

Використання на тлі базисного лікування цитиколіну сприяло ефективнішому усуненню неврологічного та когнітивного дефіциту із вірогідним збільшенням показника MMSE-тесту (на 9,4 %, $P < 0,01$), а також підвищенню показника сумарного мозкового кровотоку на 15,3 % ($P < 0,05$), що, вочевидь, відбувалося за рахунок покращання ендотеліальної функції. Так, у цих пацієнтів встановлено збільшення показника ендотелійзалежної вазодилятації (на 42 %), вмісту в крові стабільних метаболітів монооксиду нітрогену (на 69 %) на тлі зменшення рівня сироваткового ендотеліну-1 (на 41 %) та кількості десквамованих ендотеліоцитів в периферичній крові (на 42 %) з високим ($P < 0,01$—$0,001$) ступенем вірогідності.

Отримані результати свідчать про високу ефективність застосування цитиколіну в комплексному лікуванні ДБЕ, що зумовлена мембраностабілізувальною церебропротективною дією препарату.

УДК616.1-009.86:577.1

ПОКАЗНИКИ СТАНУ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ТИПИ ВЕГЕТОСУДИННОЇ ДИСТОНІЇ

В. М. Пашковський, І. І. Кричун, З. А. Мудрик

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: вегетосудинна дистонія, ренін-ангіотензинова система

З метою встановлення стану ренін-ангіотензинової системи у хворих на вегетосудинну дистонію (ВСД) вивчено вміст у плазмі крові ангіотензину ІІ, α-передсердного натрійуретичного пептиду (α-ПНП) та досліджено активність ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) у 48 хворих на конституційно-обумовлену ВСД (чоловіків — 17, жінок — 31) віком від 14 до 30 років. Серед них у 18 пацієнтів діагностовано гіпертонічний тип, у 12 — гіпотонічний та у 18 — змішаний тип захворювання. Групу контролю склали 15 практично здорових осіб відповідного віку. Статистичне оброблення отриманих результатів виконували за програмою «BioStat» з визначенням *t*-критерію Стьюдента.

При гіпертонічному типі ВСД плазмовий вміст ангіотензину ІІ вдвічі перевищував контрольний рівень, концентрація в крові α-ПНП, навпаки, знижувалась відносно контролю на 44 %, що супроводжувалось збільшенням активності АПФ на 51 %. При гіпотонічному типі відмічалось максимальне підвищення плазмового рівня α-ПНП, який майже втричі перевищував контрольні показники, тоді як вміст у плазмі крові ангіотензину ІІ і активність АПФ знижувались відносно контролю відповідно в 1,9 і 1,4 рази. Змішаний тип ВСД характеризувався максимально високою активністю АПФ, що супроводжувалося збільшенням вмісту в плазмі крові ангіотензину ІІ на 45 % та підвищенням плазмового рівня α-ПНП в 1,6 разу.

Отримані дані говорять про те, що комплексне лікування артеріальної гіпертензії у підлітків повинно включати препарати, що здійснюють блокаду ренін-ангіотензинової системи.

УДК 616.831-001.31:616.89

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Г. Д. Перцев

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

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, психическая активность, диагностика

Для определения психической активности и более полной оценки интегративных функций у 84 больных в возрасте от 18 до 40 лет с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ), в суточной

динамике (7-00; 11-00; 15-00; 19-00 и 23-00) была применена корректурная проба, которую проводили с помощью специальных анкет. Корректурная проба проводилась в течение 5 минут и при анализе результатов учитывались: число просмотренных (пропущенных) знаков за каждую минуту; б) число вычеркнутых (как правильно, так и ошибочно) знаков за каждую минуту и за все 5 минут, что отражает количественно осуществление принятых решений; в) число ошибок за каждую минуту; г) коэффициент «средней памяти» — среднее число верно вычеркнутых букв в 1 минуту (вычисляется путем вычитания из общего числа просмотренных знаков число ошибок и деления остатка на пять). Каждый больной перед исследованием в 7-00, 11-00, 15-00, 19-00 и 23-00 получал новое задание.

При ЧМТ довольно часто страдают лобно-височно-медиобазальные образования. Поражение структур гипоталамуса, лимбической системы, ретикулярной формации приводит к нарушению механизмов регуляции адаптационно-приспособительных процессов, состоянию внутреннего десинхроноза. У здоровых испытуемых наибольшая работоспособность (число пропущенных знаков), наиболее четкое принятие решений (число вычеркнутых знаков), наименьшее число ошибок достигаются к 19-00. По суммарному показателю средней памяти оптимально задание выполняется в 7-00 и 19-00.

По данным полученных результатов оказалось, что большинство больных максимально пропустили знаки на первой минуте в 23-00 (63 больных) и меньше — в 7-00 (60 больных); большинство не пропустивших знаки (22 больных), т. е более внимательных, было в 15-00 (на второй минуте).

У обследованных больных по таким параметрам как просмотр, вычеркивание знаков и показатель памяти отмечалась определенная синхронность — их сокращение (достижение минимального показателя — батифазы) на второй минуте во все периоды исследования и постепенный рост и достижение акрофазы (максимальный показатель) к 5-й минуте. Так, максимальная величина просмотренных (200), вычеркнутых (21) знаков и показателя памяти (39,4) приходится на 5-ю минуту в 7-00 утра. Акрофаза средних значений, просмотренных вычеркнутых знаков и показателя памяти приходились на утренние часы — в 7-00 и 11-00, а батифаза этих показателей наблюдалась в поздние вечерние часы — в 23-00. Акрофаза числа ошибок приходилась на дневные (15-00) и ранние вечерние (19-00) часы, а их батифаза — на ранние утренние и поздние вечерние часы.

Таким образом, у больных с ОПЗЧМТ на фоне проявления внутреннего десинхроноза наблюдалось смещение ритмов психической активности, которые особенно наглядно проявлялись по показателям корректурной пробы в период перехода «сон — бодрствование — сон».

УДК 616.839-009-009.6

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЕНСОРНО-БОЛЕВОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ СЕГМЕНТАРНОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Г. Д. Перцев

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

Ключевые слова: сенсорно-болевая адаптация, шейно-грудные трунциты, суточная динамика

С целью выявления субклинических сенсорных нарушений исследована болевая чувствительность методом одновременной стимуляции болевыми раздражениями на симметричных поверхностях тела в суточной динамике: в 8; 10; 12; 16 и 20 часов. В обеспечении сенсорно-болевой адаптации (СБА) участвуют все уровни афферентных систем — от болевых экстерорецепторов до корковых проекционных зон. Наряду с этим обращает на себя внимание роль вегетативной нервной системы, преимущественно симпатического отдела, а также адаптационной функции мозжечка и неспецифических структур ретикулярной формации ствола. Особое значение придается функции коры головного мозга.

Состояние СБА было изучено у 40 пациентов с сегментарным поражением вегетативной нервной системы (на примере шейно-грудных трунцитов).

Отклонением показателей от нормы считается появление хотя бы одного из трёх признаков: 1) минимальная длительность адаптации более 20 с (в норме от 8 до 20 с); 2) латентный период более 10 с; 3) асимметрия не менее 10 с.

У всех обследованных больных отмечалась длительность СБА свыше 20 с, до 2-х минут и более, преимущественно на стороне поражения отмечалось увеличение латентного периода от 10 с до 1 мин, особенно в области виска, скулы, шеи и плеча. Наряду с ощущением укола в точке раздражения и вокруг неё больные отмечали онемение, стягивание, движения иглы вверх, вниз, волнообразное распространение от места укола, а также и более сложные сенестопатические проявления. Все эти явления отражали гиперпатию с широкой ирритацией раздражения и были особенно выражены в тех точках исследования, где длительность СБА превышала 120 с.

Асимметрия СБА выражалась, в основном, за счет увеличения её длительности на стороне поражения и чаще всего встречалась в области виска, скулы и груди.

Максимальная выраженность нарушений СБА наблюдалась в зоне иннервации шейно-грудных симпатических ганглиев, особенно в утреннее (8—10 ч) и вечернее (20—22 ч) время. Степень нарушения СБА коррелировала с выраженностью симпаталгий.

Таким образом, нарушения СБА у пациентов с сегментарным поражением вегетативной нервной системы при отсутствии непосредственной патологии афферентной системы определяются изменением функционального состояния церебральных регуляторных механизмов и в ряде случаев используемый метод позволяет диагностировать латентные сенсорные нарушения.

УДК 616-08+616.853+613.95

ФАКТОРИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ І ЇХ ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ

М. І. Пітик, О. М. Пітик

Івано-Франківський національний медичний університет

Ключові слова: фармакорезистентність, епілепсія

Фармакорезистентність в проблемі лікування епілепсій займає особливе місце. На сьогодні вона вже не оцінюється як абсолютно об'єктивна категорія, що відображає неефективність медикаментозної терапії цієї хвороби, її розглядають як відносний стан, що характеризує певну клінічну ситуацію, в якій перебуває конкретний хворий, і з якої може бути знайдено певний вихід, що, на жаль, не завжди реалізується. Тобто, фармакорезистентність епілепсії може характеризувати терапевтичну ефективність конкретного середника, стратегію і тактику відношення до хворого і його поведінки в кожному конкретному клінічному випадку (Wolf P., 1994). Зроблено висновок, що слід чітко розрізняти відносну, умовну й абсолютну фармакорезистентність (Зенков Л. Р., 1999, 2003). Природа і фактори фармакорезистентності мають дуже складну структуру. Серед них перш за все виділяють такі біологічні механізми як порушення обміну і транспорту нейромедіаторів та нейроактивних субстанцій, корковий дисгенез травматичної, гіпоксично-ішемічної і інфекційно-запальної етіології, моногенні захворювання, а також клінічні механізми, які включають ятрогенні, носерогенні і соціогенні фактори. Окремої уваги заслуговує віковий фактор фармакорезистентності епілепсії, зокрема раннє дитинство і підлітковий період життя, з якими пов'язані важкі дитячі епілепсії, такі як епілептичні енцефалопатії (наприклад, синдром Веста і Леннокса — Гасто, Отахара та ін.), епілепсії на основі дисметаболічних та дизонтогенетичних порушень.

Значна поширеність фармакорезистентності епілепсії пов'язана з відхиленнями від стандартів лікування, шляхами подолання яких є верифікація діагнозу, типів припадків і форм епілепсії, вибір протиепілептичних препаратів відповідно формам епілепсії, використання доз не нижче терапевтичних, застосування пролонгованих форм, чим забезпечується стабільна концентрація препарату у внутрішньому середовищі, початок лікування з монотерапії, перехід на альтернативний препарат, якщо максимально допустима доза неефективна, регулярність прийому, валідна тривалість лікування.

Таким чином, першочерговим завданням лікаря-епілептолога, спрямованим за забезпечення успіху протиепілептичної терапії в таких випадках є встановлення причин відносної фармакорезистентності, зокрема, проведення аналізу можливих відхилень від протоколів, схем і правил призначення основних протиепілептичних препаратів, раціональне використання їх нових поколінь та поєднань, вихід на новітні підходи до стратегії і тактики диференціальної діагностики та лікування цієї важкої недуги.

УДК 616.839:616.85-001.34-057-036

КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З ВЕГЕТАТИВНО-СЕНСОРНОЮ ПОЛІНЕВРОПАТІЄЮ ПРИ ВІБРАЦІЙНІЙ ХВОРОБІ

Л. А. Полякова

НДІ гігієни праці та професійних захворювань, м. Харків, Харківський національний медичний університет

Ключові слова: вібраційна хвороба, вегетативно-сенсорна поліневропатія, електронейроміографія

Вегетативно-сенсорна поліневропатія (ВСП) є частим ускладненням вібраційній хвороби (ВХ), що швидко приводить до ранньої професійної та соціальної дезадаптації і інвалідизації хворих. Тому питання ранньої діагностики й оцінки тяжкості ураження периферичної нервової системи при ВХ мають велике значення і потребують подальшого вивчення.

Метою дослідження було визначення клініко-нейрофізіологічних критеріїв оцінки ступеня тяжкості вегетативно-сенсорної поліневропатії при вібраційній хворобі.

Досліджено 84 хворих чоловічої статі, віком від 25 до 60 років, із стажем праці з регулярним впливом локальної вібрації від 3 до 32 років, які були поділені на дві групи. Першу групу склали 36 пацієнтів з ВСП при ВХ I ступеня, другу групу — 48 хворих з ВСП при ВХ II ступеня. Тяжкість ВСП при ВХ оцінювалася на підставі клініко-неврологічного обстеження з використанням «Шкали загальної оцінки симптомів» (TSS) і шкали неврологічних розладів (NIS) та дослідження стану периферичних нервів, що проводили на нейроусереднювачі «Нейро-МВП» фірми «Нейрософт» (Росія) за допомогою стимуляційної електроміографії (ЕМГ) з визначенням амплітуди М-відповіді, швидкості проведення імпульсу (ШПІ), величини резидуальної латенції (РЛ). Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою статистичних програм «Statistica-6» и «Excel 2003» з використанням критеріїв вірогідності Стьюдента та Вілкоксона — Манна.

Клініко-інструментальне дослідження визначило, що при ВХ I ступеня ВСП характеризувалася маніфестними чутливими і вегетативними порушеннями в верхніх кінцівках, ангіоспастичним синдромом з рідкими нападами ангіоспазмів (у 50,0 %) та латентною (субклінічною) поліневропатією в нижніх кінцівках. Поліневропатії при ВХ II ступеня були притаманні ознаки прогресування сенсорно-вегетативних проявів як в верхніх, так і в нижніх кінцівках, а також приєднання до ВСП ангіодистонічних розладів з частими ангіоспазмами (у 85,4 %), кістково-трофічного (у 45,8 %) та моторного (у 37,5 %) синдромів. Середнє значення за шкалою TSS при ВСП дорівнювало 8,82 ± 0,84 балів і 10,98 ± 1,34 балів при ВХ I та II ступеня відповідно, а середній бал за шкалою NISS склав в руках — 10,1 ± 3,9 балів і 17,2 ± 2,9 балів, в ногах — 3,2 ± 1,2 балів та 7,3 ± 2,4 балів відповідно.

За даними електронейроміографічного дослідження при ВХ I ступеня ВСП характеризувалася зниженням в дистальних відділах верхніх кінцівок ШПІ на 24,2 % по сенсорних волокнах, подовженням РЛ у 2,3 разів та уповільненням ШПІ на 13,9 % по моторних волокнах у порівнянні з контролем. У нижніх кінцівках відмічено зниження ($p < 0,05$) ШПІ по сенсорних волокнах та подовження РЛ по моторних, що свідчило про наявність вже при ВХ I ступеня термінальної невропатії в ногах. У хворих з ВСП при ВХ II ступеня встановлені ЕМГ-ознаки прогресування поліневропатії. Так, у верхніх кінцівках зареєстровано збільшення РЛ у 3,1 рази, уповільнення ШПІ на 23,4 % та зниження амплітуди М-відповіді на 37,1 % у порівнянні з контролем. Разом з тим в нижніх кінцівках було відмічено зниження ШПІ по сенсорних волокнах на 23,7 %, подовження РЛ у 2,9 рази, зниження амплітуди М-відповіді на 36,6 % та ШПІ на 14,8 % по моторних волокнах відносно показників в контролі. Отримані ЕНМГ-дані свідчили про наявність ураження периферичних нервів при ВХ переважно аксонально-демієлінізуючого типу.

Таким чином, поліневропатії при ВХ різного ступеня мають певні клініко-нейрофізіологічні особливості формування, які доцільно використовувати для діагностики та оцінки ступеня тяжкості захворювання.

УДК 616.831-009.6-053

ЦЕРЕБРАСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Т. И. Померанцева, О. А. Винницкая, Н. Г. Можаева, Н. Н. Фоменко, И. Г. Шуйская, О. В. Скоробогатова, Е. Н. Назаренко

Луганская областная детская клиническая больница

Ключевые слова: церебрастенический синдром, дети, подростки, клинические проявления, лечение

Церебрастенический синдром в детском и подростковом возрасте представляет собой астенические состояния различного происхождения (соматического, инфекционного, токсического, травматического, психогенного) поражения головного мозга.

Несмотря на резидуальный характер церебрального дефекта, лежащего в основе церебрастенического синдрома, психоневрологическим расстройствам свойственна динамика, связанная, с одной стороны, с процессами компенсации и декомпенсации нарушенных функций, а с другой — с особенностями возрастного созревания отдельных систем мозга в период воздействия патологического фактора поражения мозга. Повреждение головного мозга в старшем детском возрасте (младший школьный, пубертатный), когда уже закончены процессы созревания большинства функциональных систем, в резидуальном периоде формирует церебрастенический синдром, неврозоподобные синдромы, психопатологические синдромы, при этом значение роли этиологического фактора тем меньше, чем больший срок прошел с момента его действия.

В течении церебрастенического синдрома особое значение имеет сменяемость периодов компенсации и декомпенсации, которые чаще наблюдаются в пубертатном и подростковом периоде.

Под нашим наблюдением находилось 82 больных — детей от 10 до 15 лет с клиникой церебрастенического синдрома различной этиологии. Из них 56 (68,3 %) — девочки, 26 (31,7 %) — мальчики.

В анамнезе у них отмечались следующие причины, приведшие к формированию церебральной астении: перенесенные закрытые черепно-мозговые травмы — 45 (54,8 %), перенесенные соматические частые инфекционные заболевания — 28 (34,1 %), из них ОРВИ — 15 (53,6 %), грипп,

парагрипп — 6 (21,4 %), ветряная оспа — 4 (14,3 %), корь — 3 (10,7 %); перенесенные инфекционные заболевания нервной системы —9 (10,9 %) из них менингиты — 4 (44,5 %), энцефалиты — 5 (55,5 %). По времени воздействия повреждающего фактора установлено, что травматическое повреждение головного мозга в 56,3 % случаев пришлось на возраст 7—9 лет, инфекционное — в 33,7 % случаев — на возраст пациентов 5—7 лет.

Изучение акушерского анамнеза позволило уточнить особенности пре- и перинатального фона у обследованных больных детей, явившегося матрицей для воздействия вышеуказанных повреждающих факторов головного мозга: гипоксически-ишемические повреждения отмечались у 57 (69,5 %), родовые травмы центральной нервной системы у 9 (10, 9 %). У 16 (19,5 %) больных детей установлено, что акушерский анамнез не отягощен.

Причиной обращения к детскому неврологу в подавляющем большинстве — 76 (92,6 %) больных детей являлись головные боли диффузной локализации давящего характера с акцентом на теменно-височные области, чаще во второй половине дня, иногда сопровождающиеся тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения; головокружения (спонтанные или при езде в транспорте) у 28 (34,1 %) больных детей, повышенная чувствительность к жаре и духоте — у 46 (56,1 %), метеочувствительность — у 58 (70,7 %), тревожный беспокойный сон — у 47 (57,3 %). Наряду с вышеуказанными жалобами больные дети и их родители обращали внимание не только на плохое самочувствие, но и на ухудшение успеваемости у 63 (76,8 %), изменение поведения у 43 (52,4 %), неусидчивость и легкую отвлекаемость во время уроков у 76 (92,6 %), неспособность к длительному сосредоточению внимания у 71 (86,5 %), недисциплинированность, вплоть до возникновения бурных аффективных реакций у 28 (34,1 %) пациентов.

В неврологическом статусе при тщательном клиническом обследовании больных детей выявлена рассеянная микросимптоматика, которая выявлялась у детей, в анамнезе имеющих перенесенные пре- и перинатальные поражения центральной нервной системы.

При клиническом обследовании вегетативной нервной деятельности нами выявлены признаки расстройства вегетативной регуляции, выраженные проявления вегетативных расстройств особенно наблюдались при постинфекционных церебрастениях.

Нередко — у 27 (32,9 %) больных детей и подростков — отмечались явления легкой и умеренной внутричерепной гипертензии. Эти изменения чаще наблюдались при декомпенсации посттравматических астенических состояний.

Несмотря на регредиентный характер течения церебрастенического синдрома у 53 (64,6 %) больных детей, особенно подросткового возраста, за период нашего наблюдения, который составил 18 месяцев с момента обращения, отмечались периоды декомпенсации до 3—4 раз. Установленными причинами декомпенсации, по нашим данным, явились: выраженное переутомление, связанное со школьными перегрузками у 38 (71,6 %), соматические заболевания у 19 (35,8 %), острые вирусные инфекции у 34 (64,1 %), психотравмирующие факторы у 17 (32,0 %). Основными симптомами декомпенсации у 53 (64,6 %) больных подростков отмечены: усиление выраженности церебрастении у всех больных детей, усугубление явлений вегетативной дистонии у 43 (52,4 %), устойчивые цефалгии, вплоть до развития приступообразных головных болей лобно-височной локализации распирающего характера в сочетании с вестибулопатическими расстройствами — у 21 (39,6 %) больных.

В комплексное лечение больных детей мы включали ноотропы (цераксон, актовегин, энцефабол, олатропил, ноофен, пантокальцин), витаминотерапию (нейробион, нейровитан, Мультитабс — В-комплекс, кидди-фарматон, триметабол), по показаниям дегидратирующие препараты (диуремид, диакарб, препараты сульфата магния (магникум, магне-В6), общеукрепляющую, седативную терапию (релаксил, препараты валерианы и др.), физиотерапевтические методы коррекции.

Для лечения больных детей с церебрастеническим синдромом важным является режим учебы и отдыха, который в большинстве случаев является залогом успешных медицинских вмешательств. Таким детям показаны короткие учебные занятия (20—30 минут), чередующиеся с отдыхом, противопоказаны обучения во вторую смену и дополнительные школьные нагрузки. Как правило, в пубертатном и особенно в постпубертатном периодах наряду с ликвидацией нервно-психических нарушений наступает достаточно хорошая социальная адаптация больных детей.

УДК 616-053.31:616.813:618.29-001.8:618.39.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ И АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ

Т. И. Померанцева, А. П. Перфилов, Т. Д. Задорожная

Луганский государственный медицинский университет, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, г. Киев

Ключевые слова: экстрагенитальная и акушерская патология, перинатальные поражения нервной системы, морфологические изменения в мозге и плаценте

Известно, что у 10—30 % новорожденных, которые родились от здоровых матерей при нормальном течении беременности и родов, в раннем неонатальном, неонатальном и постнатальном периодах жизни отмечаются неврологические нарушения разной степени выраженности. Процент новорожденных с поражением центральной и периферической нервной системы значительно увеличивается при наличии экстрагенитальной (ревматизм, сахарный диабет, гипертоническая болезнь) и акушерской (токсикоз I и II половины беременности, угроза прерывания и др.) патологии у матери во время беременности.

По нашим данным патология беременности, в результате чего возникают перинатальные поражения нервной системы, составляет 85,2 %, а патология родов —73,6 %. Каждый второй ребенок (52,6 %) рождается в асфиксии.

Цель исследования: провести морфологические исследования плаценты и головного мозга умерших новорожденных для изучения этиологии и патогенеза, причин поражения нервной системы, которые приводят к летальному исходу или, в последующем, к инвалидизации детей.

Морфологические изменения в головном мозге были изучены у 20 умерших новорожденных в первые трое суток, родившихся от матери с выраженной экстрагенитальной и акушерской патологией и перенесших длительную внутриутробную гипоксию. Параллельно проводилось изучение морфологических изменений в плаценте этих новорожденных.

При макроскопическом изучении головного мозга умерших новорожденных отмечались следующие изменения: масса мозга была меньше обычной, извилины больших полушарий были широкими без вторичных борозд. Мягкая мозговая оболочка полнокровна, часто с небольшими субарахноидальными кровоизлияниями и мелкими геморрагиями в маргинальных отделах коры. Во всех отделах полушарий на срезах отмечался выраженный перицеллюлярный отек. Белое вещество полушарий полнокровное с явлениями стаза крови в сосудах и диапетезными кровоизлияниями.

Гистологически: имеется большое количество незрелых нейронов округлой иди овальной формы с гиперхронными

ядрами. Цитоплазма большинства нейронов — набухшая с явлениями распада нисслевского вещества. Апикальные отростки нейронов извитые, иногда со вздутиями. Ориентация большинства нейронов нарушена. Отдельные нейроны в состоянии гидропической дистрофии. В субэпендимальной зоне полушарий обнаруживаются незрелые клетки, располагающиеся диффузно или в виде очагов с обилием тигроидных включений. Местами такие клетки дифференцируются до спонгиобластов и образуют пограничный слой между эпендимальной зоной и подлежащим белым веществом. Отмечается уменьшение числа грушевидных нейронов, многие из них с явлениями распада нисслевского вещества. Отмечаются нарушения гемодинамики в пределах прекапилляров и капилляров, неравномерное полнокровие сосудов, чередующиеся с участками ишемии; стаз крови в сосудах. В стенках мелких сосудов изменения типа мукоидного набухания и пролиферации эндотелия.

Описанные изменения являются морфологическим подтверждением влияния хронической внутриутробной гипоксии на мозг плода, обусловленной экстрагенитальной и акушерской патологией у матери во время беременности. Эти изменения в мозге новорожденных являются следствием изменений и в плаценте матери с данной экстрагенитальной и акушерской патологией.

При исследовании плаценты у этих женщин нами были выявлены следующие морфологические изменения: нарушение кровообращения в децидуальной оболочке, ветвистой части хориона и хориальной пластине в виде резкого полнокровия сосудов, тромбоза сосудов с последующими инфарктами; очаговые дистрофические изменения в децидуальной оболочке, в синцитиотрофобласте и строме ворсинок, участки некроза и некробиоза клеток. Наблюдаются и воспалительные изменения ветвистой части хориона, хориальной пластинки и децидуальной оболочки, так называемый очаговый плацентит.

Кроме общих морфологических изменений каждому отдельному виду патологии беременности присущи свои характерные признаки, которые от степени тяжести течения экстрагенитальной и акушерской патологии сказываются на взаимоотношениях мать — плацента — плод. По изменениям в плаценте можно в какой-то степени прогнозировать развитие головного мозга новорожденных, а в последующем и у детей первого года жизни.

Проведенные исследования будут способствовать разработке мер профилактики поражений нервной системы внутриутробно, т. е. улучшать антенатальную охрану плода.

УДК 616.833.53-085.814.1

ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОЇ РАДИКУЛОПАТІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПЛЕКСНИХ БЛОКАД

Ю. Г. Прасол, Н. В. Васильєва

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: комплексні блокади

Проведено лікування 272 хворих з загостренням вторинної попереково-крижової радикулопатії на тлі остеохондрозу віком від 23 до 76 років. На МРТ чи КТ виявлені ознаки протрузій або кил міжхребцевих дисків на рівні L_4 — L_5 та L_5 — S_1 сегментів.

До складу блокад входили новокаїн або лідокаїн, діпроспан, моваліс, алфлутоп. В окремих випадках додатково застосовували мільгаму, нейромідин, лідазу, дискус композитум, траумель. Лікування блокадами проводили через 7 днів переважно 3 рази, інколи 5 разів. Крім паравертебральних блокад робили блокади за Каталеном. В результаті у 71 % хворих констатували видужання, у 16 % випадків — покращання та у 13 % — відсутність ефекту.

Наведені дані дозволяють рекомендувати проводити лікування загострень вторинних попереково-крижових радикулопатій із застосуванням вказаних комплексних блокад.

УДК 616.831-005-06

ДО ПИТАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

О. Р. Пулик, М. В. Гирявець

Ужгородський національний університет

Ключові слова: інсульт, якість життя, когнітивні порушення

Оцінка якості життя як інтегрального показника фізичного, соціального, емоційного та психологічного функціонування хворого з цереброваскулярною патологією стала невід'ємним елементом клінічної неврології. В Україні та світі цереброваскулярні захворювання мають тенденцію до зростання. Захворюваність на мозковий інсульт на Закарпатті складає 1836 на 1000 д. н., смертність 292 на 1000 д. н., смертність в працездатному віці — 118 на 1000 д. н. Хворі, що вижили після інсульту, зазнають грубого каліцтва і лише 20—30 % з них повертається до праці, більша ж частина залишаються залежними від сторонньої допомоги. Очевидно, що інсульт змінює не тільки фізичний і психічний стан хворого, але і впливає на його місце і роль у суспільстві, змінюючи таким чином його якість життя. Визначення якості життя хворих, що перенесли інсульт, надасть повний спектр даних про процес одужання і допоможе оцінити адекватність та своєчасність надання медичної допомоги.

Мета дослідження: оцінка якості життя у хворих, жителів м. Ужгорода, що перенесли мозковий інсульт

Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження хворих, що перенесли інсульт в період з вересня 2007 р. до серпня 2008 р. та перебували на диспансерному обліку в поліклініках м. Ужгород. Магнітно-резонансна та/або комп'ютерна томографія головного мозку була виконана всім хворим для верифікації діагнозу інсульту та його локалізації. Дані клініко-неврологічного обстеження вносили до «Анкети хворих, що перенесли інсульт», розробленій працівниками кафедри. Статистичний аналіз проводили з використанням пакету статистичних програм «Статистика 2007» на персональному комп'ютері з програмним забезпеченням Майкрософт ХР.

Нами було обстежено 212 хворих, серед яких 116 (54,7 %) чоловіків та 96 жінок (45,3 %). Середній вік чоловіків становив 62 ± 2,4 роки, жінок — 65 ± 2,8 років. Серед 212 інсультів виявлено 154 ішемічних інсультів (72,6 %) та 58 — геморагічних (27,4 %). Найчастіше внаслідок мозкового інсульту уражалася ліва півкуля — 104 випадки (49 %), права — 84 (39,6 %) випадки, стовбур мозку — 16 випадків (7,5 %), мозочок — 8 випадків (3,9 %). Серед факторів ризику інсульту гіпертонічна хвороба склала 67,8 %, ішемічна хвороба серця — 57,1 %, серцеві аритмії — 31,4 %, ТІА — 17,2 %, перенесені мозкові інсульти — 12,1 %, цукровий діабет — 11,2 %. За Скандинавською шкалою виражений неврологічний дефіцит спостерігався у 10,4 %, помірний — у 21,1 %, легкий — у 68,5 % хворих. Когнітивні порушення різного ступеня спостерігались у 56 % хворих. За Геріатричною шкалою депресії (GDS) середній бал був 7,2 ± 1,2 бала. За тестом диференційної самооцінки функціонального стану середній бал склав 2,9 ± 0,7: самопочуття — 3,2 ± 0,4, активність — 2,8 ± 0,6 і настрій — 2,6 ± 0,5 бала.

Висновки:

1. У більшості хворих після перенесеного інсульту зберігається помірний неврологічний дефіцит

2. Основна маса хворих скаржиться на погане самопочуття, зниження рухової активності та настрою.

3. Когнітивні порушення відмічаються у більшої половини хворих.

УДК-616,891.6:613.956

ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Н. Г. Пшук, Л. В. Стукан

Вінницький Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Ключові слова: якість життя, артеріальна гіпертензія

За останні десятиріччя значно зросла зацікавленість клініцистів до питань якості життя, оскільки методи оцінки ефективності лікування відображують переважно лише біологічний підхід та не враховують багатогранність життя людини.

Різниця між медичним висновком про ефективність лікування, яке було зроблене лікарем, ґрунтуючись на результатах клінічного обстеження, та оцінкою хворим якості свого життя може бути досить суттєвою. Це пов'язано, в першу чергу, з особливостями особистості пацієнта, та з обтяжливими діагностичними та лікувальними процедурами, побічною дією медикаментів і їх впливом на психоемоційну сферу та ін. Все це переконує в необхідності запровадження в клінічну практику комплексного підходу до оцінки стану хворих в процесі лікування та реабілітації із використанням критеріїв їх суб'єктивного стану, а саме якості життя (ЯЖ), як міри фізичного, психологічного та соціального благополуччя.

Артеріальна гіпертензія є одним із поширених хронічних захворювань, для яких на сьогоднішній день метою терапії є не стільки одужання, скільки покращання функції кровообігу при задовільній якості життя.

Зважаючи на вищевикладене, метою дійсного дослідження було вивчення якості життя хворих на гіпертонію та вплив на нього медичних і соціально-психологічних факторів.

Під нашим спостереженням перебувало 38 пацієнтів із діагнозом первинна артеріальна гіпертензія, з них — 24 жінки (63 %) та 14 чоловіків (37 %) у віці від 27 до 68 років. Середній вік пацієнтів склав 47,5 ± 2,2 років.

До контрольної групи увійшло 20 практично здорових осіб віком 25—56 років.

Для дослідження якості життя була використана російська версія загального опитувальника SF-36 «Health Status Survey».

SF-36 є неспецифічним опитувальником для оцінки якості життя. 36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан та психічне здоров'я.

Результати проведених досліджень показали, що у хворих на артеріальну гіпертензію діагностовано достовірне зниження рівня якості життя за всіма шкалами опитувальника, у порівнянні із здоровими особами. Найбільш низькі показники були за шкалами «рольова діяльність», «загальне здоров'я», «життєздатність», що обумовлено в першу чергу проблемами фізичного здоров'я, низькою самооцінкою свого стану та загальною астенізацією пацієнтів. Загалом, всі показники якості життя у пацієнтів на артеріальну гіпертензію були у 1,5—2 рази нижчі показників ЯЖ практично здорових осіб.

Аналіз показників ЯЖ окремо чоловіків та жінок показав достовірність різниці ($p \leq 0,05$) лише за показником фізичного функціонування, який був вищий у чоловіків, хоча у групі здорових ЯЖ чоловіків була достовірно вищою ($p \leq 0,05$) ніж у жінок, за всіма показниками опитувальника. Така відсутність різниці у показниках ЯЖ хворих на АГ різної статті у порівнянні з контрольною групою може свідчити про значну ступінь дезадаптації чоловіків у зв'язку із наявністю хронічного захворювання.

Підсумовуючи результати нашого дослідження, ми можемо зробити висновок про те, що якість життя хворих на артеріальну гіпертензію значно нижча у порівнянні з практично здоровими особами, особливо у соціальній та фізичних сферах, що потребує корекції лікування та розробки індивідуальних реабілітаційних програм.

УДК 61.001.891-001.8(477)

ПУТИ РАЗВИТИЯ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В УКРАИНЕ

О. В. Сергиенко, И. В. Шалашова, Л. И. Дьяченко, Ю. В. Офицерова

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

Развитие науки, в том числе и медицинской, в стране определяется государственной политикой, уровнем социально-экономического развития государства, демографическими тенденциями, потребностями общества, состоянием здоровья населения и здравоохранения.

Научный, технологический, кадровый потенциал общества создает условия для широкого развития международного научного сотрудничества, совершенствования методологии научных исследований, поднятия отечественных стандартов до уровня международных достижений.

Современное развитие мирового сообщества требует от науки усиления внимания к глобальным проблемам не только социального, экологического, технического характера, но и проблем охрани здоровья населения, борьбы с наиболее распространенными заболеваниями, такими как СПИД, онкологические, сердечно-сосудистые, нервно-психические расстройства, туберкулез, вновь возникающими инфекциями и др. Основное внимание при этом должно уделяться развитию фундаментальных знаний и инноваций в области медицины.

Перед наукой стоит задача не только решения насущных текущих задач здравоохранения, но и прогнозирования науки с целью улучшения здоровья, качества жизни населения, предотвращения потерь общества в связи с заболеваемостью, временной утратой трудоспособности, смертностью, что будет содействовать переходу на инновационный путь развития. Модернизация отечественной медицинской науки на основе внедрения системы инновационного менеджмента обеспечит интеграцию в международное исследовательское пространство, повышение конкурентоспособности научных исследований.

В большинстве стран мира, и прежде всего стран Европейского союза, для оценки состояния и развития науки, как правило, используют три группы показателей:

1) статистические показатели развития науки (расходы на исследования, количество научных сотрудников, профессоров и др.);

2) патентная статистика;

3) библиометрические показатели (количество научных публикаций, их цитирование, импакт-фактор научных изданий и т. д.).

Если первые показатели отображают первую стадию инновационного процесса, то показатели третьей группы — библиометрические — определяют жизненный цикл, т. е. степень активности и внедрение фундаментальных и прикладных исследований в стране, их вклад в развитие научного знания.

Результативность научных исследований и аффективное управление научно-техническим прогрессом невозможно без создания условий развития науки, в том числе медицинской, методом совершенствования, координации и управления научной деятельностью, интеграции науки, практического здравоохранения и профессионального образования, внедрения системы современного менеджмента, повышения качества научной продукции до уровня международных стандартов.

УДК 616.31-005.4-036.11

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЕГО РАЗВИТИЯ

И. З. Самосюк, Н. И. Самосюк, Е. Н. Чухраева, С. Н. Федоров
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, г. Киев

Ключевые слова: медицинская реабилитация, инсульт, физиотерапия

Инсульт — это не стабильный, а развивающийся во времени динамический процесс, когда в каждый период имеют место физико-химические нарушения, тесно связанные между собой. В связи с этим в лечении и медицинской реабилитации больных с нарушениями мозгового кровообращения, кроме адекватной периоду развития ишемического инсульта (ИИ) медикаментозной терапии, необходимо максимально раннее использование физических факторов и кинезотерапии. Каждый день промедления активной медицинской реабилитации больных с инсультом в остром и раннем восстановительном периоде требует в последующем уже недели, а возможно, такое промедление и невосполнимо.

Нужно признать, что медикаментозная терапия и реанимационные мероприятия при инсульте, сохранившие жизнь больному, далеко не всегда предотвращают тяжелую инвалидизацию, в том числе и тромболизис. Во всех случаях требуется кропотливый и длительный труд реабилитологов.

Медицинская реабилитация постинсультных больных проводится в соответствии с основными его этапами и периодами: острым, продолжительность которого составляет примерно **21 день; ранним восстановительным**, который подразделяется на два этапа — первый (длительность **до 3 мес.** от начала заболевания) и второй (**до 6 мес.**); **поздним восстановительным** (**6 мес. — 1—2 года** после инсульта). Время **после 2 лет** с момента заболевания определяется как **резидуальный период**, т. е. период остаточных явлений после инсульта. Наиболее значимым является острый и ранний восстановительный период, поскольку пик восстановления двигательных функций приходится на конец 3-го месяца после инсульта и затем продолжается еще в течение последующих 3 мес., т. е. до окончания раннего восстановительного периода. Однако активная медицинская реабилитация может быть эффективной и в более поздние периоды инсульта.

Спонтанное восстановление может происходить в первые 30 дней — к этому времени оно, в основном, заканчивается, а дальнейшее восстановление связано с реабилитационными мероприятиями.

Своевременное и раннее применение адекватных физических факторов и кинезотерапии в комплексном лечении последствий ОНМК зачастую имеет решающее значение в реабилитации таких больных (профилактика контрактур, артрозов, повышенной спастичности паретичных мышц, выход больного из острого состояния с возможно минимальным двигательным дефектом, а в последующем — стимуляция восстановления двигательных нарушений и др.).

В таблице мы приводим рекомендуемые варианты реабилитационных комплексов на различных этапах развития ИИ с использование современных методов физиотерапии.

Этапы инсульта	Физико-химические нарушения в зоне ишемии	Рекомендуемые методики физиотерапии	Возможные механизмы действия физических факторов
Период так называемого «терапевтического окна» (первые 3—6 часов)	Локальный (фокальный) дефицит мозгового кровообращения с формированием «инфарктного ядра» и деполяризацией мембран в околоинфарктной зоне (неконтролируемый переход внутрь клеток Ca^{2+}, Na^{+}, Cl^{-}), цитотоксический отек, снижение образования АТФ, креатин фосфата и развитие лактатацидоза (глутаматно-кальциевая экзайтотоксичность) и др., что сопровождается вазоконстрикцией, повышенной проницаемостью стенок сосудов, образованием свободных радикалов и др.	Многоуровневая системная магнитолазерная терапия (МЛТ) с адекватной частотной модуляцией. Возможно отдельное использование магнито- или лазеротерапии (надвенное или внутривенное лазерное облучение крови, воздействие на зону ишемии и др.)	Стабилизация функции мембран нейронов и внутриклеточных образований, в частности, митохондрий. Уменьшение цитотоксического отека и вазоспастических явлений. Стимуляция образования дофамина и β-эндорфина. Коррекция реологических нарушений крови и активное влияние на состояние ВНС
Последующие часы острейшего периода (до 12 суток)	Оксидантный стресс, локальное воспаление, апоптоз проявляются уже на 2—3-м часу и достигают максимума через 12—36 часов. Развитие аутоиммунных процессов. Ранняя адекватная (30 %) и ранняя неадекватная (50 %) реперфузия с трансформацией последней в постишемическую гипоперфузию (6—18 ч). Формирование локального отека мозга (24—72 ч), максимум 5—6 сутки, удерживается до 10—12 суток	Продолжение использования вышеприведенных методик с подключением первоначально пассивной, а позже активной кинезотерапии, специальные противоспастические укладки и мобилизация больных. Возможно проведение электротерапии по специальным методикам	Нейропротекторное действие за счет противоотечного действия МЛТ, уменьшения воспалительных явлений, улучшения микроциркуляции и реологии крови, уменьшение вазоспазма и др.
Острый период (10—21 сутки — время ранних восстановительных процессов)	Происходит «дозревание» очаговых изменений, а одновременно начинаются восстановительные процессы. Медицинскую реабилитацию следует начинать в максимально ранние сроки после ИИ, т. е. сразу после стабилизации гемодинамики, возможно на 7—10 сутки	Проводится ранняя интенсивная реабилитация с применением электромиостимуляции паретичных конечностей, механо-, кинезотерапия. Рекомендуется проведение транскраниальной диагностической и лечебной магнитостимуляции	Последующая стабилизация микроциркуляции в зоне пенумбры и мембранного потенциала нейронов, уменьшение локального воспаления и аутоиммунных процессов
Ранний восстановительный период (с 20—22 суток до 6 мес.): — до 3 месяцев; — от 3 до 6 мес.	Реабилитационные мероприятия в этот период предпочтительно проводить в специализированных отделениях, в том числе санаторно-курортных. Сроки формирования двигательного дефекта. Сроки возможного восстановления определенных профессиональных (трудовых) навыков и других нарушений (двигательных, речевых и т. п.)	Расширение объема кинезотерапии (ЛФК), массажа, электромиостимуляции и/или магнитостимуляции в чередовании с системной МЛТ, трудотерапия. Регулирующая пунктурная физиотерапия, другие варианты физиотерапии	Стимуляция компенсаторных процессов с возможным восстановлением коркового контроля двигательных функций. Нормализация функции ВНС и метаболических процессов (показателей углеводного и жирового обмена)
Поздний восстановительный период (от 6 мес. до 2 лет).	Формирование структурно-морфологических изменений в зоне ядра ишемии (кисты, рубцы и др.) с соответствующим неврологическим дефицитом	Тренирующая кинезотерапия, различные варианты физиотерапии, бальнеотерапия, МЛТ трудотерапия и др.	Увеличение объема движений в паретичных конечностях, улучшение функциональных показателей ССС и ВНС. Вторичная профилактика инсульта
Резидуальный период (более 2 лет).	Сформировавшиеся структурно-морфологические изменения в мозговых тканях	Поддерживающие варианты физиотерапии, кинезотерапия и др.	Вторичная профилактика инсульта

УДК 616.8-085:616.831-005:312.6

ОПТИМІЗАЦІЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

А. С. Сон, Ю. А. Солодовнікова
Одеський державний медичний університет

Ключові слова: інсульт, система надання допомоги хворим з інсультом, індикатори якості

У 2004 р. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я визнала, що хвороби системи кровообігу, зокрема інсульт, стали глобальною, небезпечною епідемією. Революційні зміни у діагностиці та лікуванні інсульту за останні десятиріччя суттєво вплинули на стратегію надання допомоги хворим з мозковим інсультом (МІ).

Система надання допомоги хворим з МІ у різних країнах світу має свої особливості, але загальна концепція організації медичної допомоги базується на рекомендаціях Європейської організації інсульту, Американської асоціації інсульту, Гельсінгборзької декларації, основою яких є створення індикаторів якості надання медичної допомоги хворим з МІ. Індикатори якості медичної допомоги — невід'ємна частина системи загального професійного менеджменту в системі охорони здоров'я. Вони призначені, перш за все, для використання практикуючими лікарями. Індикатори використовують для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оптимізації процесу підвищення якості медичних послуг на місцевому рівні.

Аналізуючи стан надання медичної допомоги хворим з МІ в Україні, ми запропонували такі клінічні індикатори:

- своєчасна та точна діагностика на догоспітальному рівні;
- максимально швидке потрапляння хворого в спеціалізований стаціонар з урахуванням «терапевтичного вікна» (3 години);
- мультидисциплінарний підхід у веденні хворого (невролог, нейрохірург, реаніматолог, терапевт, фізіотерапевт, логопед);
- проведення нейровізуалізації (КТ/МРТ);
- безперервний моніторинг ЕКГ (5 діб);
- ультразвукова доплерографія артерій голови та шиї;
- визначення протромбінового часу (двічі);
- визначення активованого часткового тромбопластинового часу (двічі);
- дослідження ліпідів крові;
- дослідження pH крові;
- дослідження рівня кисню й вуглекислого газу крові;
- дослідження рівня осмолярності крові;
- призначення засобів, що впливають на систему згортання крові та ін.

Дані, отримані при аналізі цих індикаторів, дозволяють зробити висновок про ефективність надання медичної допомоги хворим з МІ, знайти помилки та розробити подальші напрямки в роботі. Найважливіший підсумок такого аналізу — можливість ставити перед охороною здоров'я країни реальні цілі, спрямовані на поліпшення ситуації в найближчому майбутньому. На нашу думку, введення системи моніторингу якості надання медичної допомоги хворим з МІ з урахуванням запропонованих індикаторів дозволить прийняти управлінські рішення з метою зниження рівня смертності.

УДК 616.37-002:616.8-06

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ И ЕГО НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Е. А. Статинова, Е. С. Кочкарева
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: неврологические нарушения, хронический панкреатит

Цель работы: изучить особенности неврологических нарушений у больных хроническим панкреатитом (ХП) на основании клинико-неврологических, психометрических и лабораторных методов обследования.

Нами наблюдались 70 пациентов с ХП, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ДОКТМО. Средний возраст пациентов составил 39,2 ± 3,7 лет, из них мужчин было 30 %, женщин — 70 %. Длительность основного заболевания составила от 5 до 20 лет.

Основными методами исследования были клинико-неврологический, исследование вегетативной нервной системы с помощью опросников; оценка исходного вегетативного тонуса; использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D), личностной шкалы проявлений тревоги J. Teylor, шкалы определения депрессии Монтгомери — Асберг; определение уровня амилаземии.

Патология со стороны нервной системы диагностирована у 94 % пациентов. Выявлены ведущие неврологические нарушения: пирамидный (88,6 %), вестибулоатактический (54,3 %) синдромы, нарушения со стороны черепных нервов (41,4 %). На основании полученных данных установлено, что 87 % больных хроническим панкреатитом страдает тревожно-депрессивными расстройствами. Выявлено отсутствие корреляционной связи между уровнями амилазы крови и выраженностью тревожно-депрессивного синдрома. Синдром вегетативной дисфункции наблюдался у 77,1 % пациентов и характеризовался перманентной формой течения. При длительности ХП до 1 года у пациентов установлено преобладание парасимпатикотонии, а с длительностью основного заболевания более одного года — симпатикотонии.

Характерными клинико-неврологическими особенностями у больных ХП были пирамидный и вестибулоатактический синдромы, нарушения со стороны черепных нервов. Практически у всех пациентов нами выявлены изменения со стороны вегетативной нервной системы и в психоэмоциональной сфере.

УДК 616.831-005.1/4-092-085

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ С ПОМОЩЬЮ ДИНАМИЧЕСКОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ АНГИОГРАФИИ

Е. А. Статинова, Н. В. Фоминова
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: ишемический инсульт, динамическая магнитно-резонансная ангиография, прогнозирование

Цель работы — изучить возможности применения динамической магнитно-резонансной ангиографии (МРА) для прогнозирования течения ишемического инсульта (ИИ) в остром периоде.

Нами разработан и применен у 32 больных с атеротромботическим подтипом ИИ «Способ прогнозирования течения ишемического инсульта в остром периоде» (декларационный патент Украины на полезную модель № 3736 от 15.12.2004 г.), который заключался в определении в динамике первичности и вторичности сосудистого, паренхиматозного и оболочечного накоплений контрастного вещества во время МРА.

Наличие сосудистого контрастирования в остром периоде ИИ у 14 больных с окклюзиями и стенозами свидетельствовало о плохом коллатеральном кровообращении. Снижение объема кровообращения может служить индикатором тяжести инфаркта мозга и являться одним из критериев отбора больных для проведения тромболизиса. Оболочечное (менингеальное) усиление — признак замедления кровотока в оболочечных сосудах, мы наблюдали у 11 пациентов при формировании мозгового инсульта в коре. Паренхиматозное усиление обычно мы не выявляли ранее 6-го дня от развития мозговой катастрофы. Раннее паренхиматозное усиление оценивалось как один из критериев исключения при проведении тромболизиса.

Первичность и вторичность разных видов накопления контрастного вещества в тканях головного мозга в остром периоде ИИ помогает оценить уровень кровообращения в головном мозге и способствует прогнозу заболевания.

УДК 616.832-004.2+616.895

ОРГАНИЧЕСКИ-АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Е. А. Статинова, Р. Я. Омельченко, С. В. Селезнева
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: рассеянный склероз, агрессия, враждебность

Нарушения в психоэмоциональной сфере при рассеянном склерозе (РС) встречаются весьма часто. Их можно разделить на так называемые аффективные (депрессия, эйфория, эмоциональная гиперэкспрессивность, алекситимия) и когнитивные расстройства. Развитие этих нарушений связывают как с преморбидными особенностями личности, социальными стрессами, так и с морфологическими изменениями в ЦНС.

Целью данного исследования явилось выявление степени агрессивности и враждебности у пациентов с РС в зависимости от пола, течения, стадии и длительности заболевания.

Обследовано 39 больных (12 мужчин и 27 женщин). Средний возраст составил 31,9 ± 10,1 года. Средняя длительность заболевания на момент обследования была 6,8 ± 3,4 года. Ремиттирующее течение заболевания отмечено у 72 % человек, из которых 90 % находились в стадии обострения, 10 % — в стадии ремиссии. У 6 % больных был дебют болезни. У 21 % заболевание имело прогрессирующее течение.

Обследование больных включало клинико-неврологические методы диагностики с использованием шкалы EDSS. Уровень агрессии и враждебности оценивали по опроснику Басса — Дарки, включающему следующие виды реакций: физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины. За норму агрессивности была принят индекс 21 ± 4 балла, враждебности — 7 ± 3 балла.

По шкале EDSS у 34 % больных определялось от 2 до 3,5 баллов, у 62 % — от 4 до 5 баллов, у 4 % — от 5,5 до 6,5 баллов. У всех пациентов РС отмечалось увеличение индекса агрессивности и враждебности. Уровень агрессии у женщин был выше (30 ± 2 балла), чем у мужчин (27 ± 2 балла), различий в индексе враждебности у лиц разного пола не обнаружено (15 ± 4 балла). В дебюте заболевания уровень агрессии был намного выше, чем при прогрессирующем течении заболевания (29 ± 3 балла и 26 ± 3 балла, соответственно). При этом обращает на себя внимание повышение уровня враждебности, связанной с длительностью заболевания (в дебюте заболевания индекс враждебности — 13 ± 2 балла, при прогрессирующем течении — 17 ± 2). У больных в стадии обострения при ремитирующем течении РС выявлен более высокий уровень агрессии, чем в стадии ремиссии (29 ± 2 балла и 27 ± 2 балла соответственно). При ремитирующем течении РС, в стадии обострения, наряду с высоким уровнем агрессии, отмечен высокий индекс негативизма — до 5 баллов, в стадии ремиссии — до 3 баллов. Наибольшее количество баллов при оценке агрессивности было отмечено по реакции «раздражение».

На ранних стадиях заболевания высокий уровень агрессии, вероятно, связан с осознанием комплекса неполноценности и попыткой любыми средствами избавиться от него. При большом «стаже» и значительной выраженности заболевания низкий уровень агрессии объясняется адаптацией к «тупиковой ситуации», в которой оказались больные. Накопление обид и подозрительность с чувством вины объясняют высокий уровень враждебности у пациентов с более длительным течением заболевания. Выявлена определенная корреляция уровня агрессии с длительностью и степенью тяжести заболевания, а также со стадией процесса, что, по-видимому, объясняется изменением психологических установок. Данные исследования могли бы быть использованы при разработке социальных и медико-реабилитационных программ для данного контингента пациентов.

УДК 616.831-009.11-07-085.21

ЯКІСТЬ НАДАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ХВОРИМ НА ЕПІЛЕПСІЮ, В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

О. Ю. Сухоносова, В. В. Сальникова
Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: якість надання, неврологічна допомога, діти, епілепсія

В останні роки в Україні спостерігається підвищення показника поширеності хвороб нервової системи у дітей віком від 0 до 17 років. У 2009 році він складав 62,43 % (2008 р. — 60,41 %, 2007 р. — 59,37 %), серед них епілепсія і епілептичні синдроми займають перше місце та складають 2,87 % (24 380 дітей). У Харківській області показник поширеності епілепсії і епілептичних синдромів — 3,5 % (1489 дітей). Захворюваність на епілепсію та епілептичні синдроми у Харківській області складає 46,16 % (196 дітей). Питома вага з них — інваліди — 12,31 % (526 дітей), діти з когнітивними порушеннями та соціально неадаптовані. Первинна інвалідність у 2009 році — 1,17 % (50 дітей).

Якість надання неврологічної допомоги дітям у Харківській області достатньо висока: забезпеченість дитячими неврологами 0,16 (по Україні 0,1) на 10 000 дитячого населення та забезпеченість неврологічними ліжками 4,1 (по Україні 2,48) на 10 000 дітей. Неврологічна допомога дітям м. Харкова та Харківської області надається амбулаторно-поліклінічною службою: це 13 кабінетів дитячих неврологів в місті, 12 — в області; стаціонарна неврологічна допомога — у міській дитячій лікарні м. Харкова — дітям від 3 місяців до 18 років на 150 ліжок, у неврологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні — на 30 ліжок, у неврологічному відділенні міського перинатального центру (дітям від 0 до 3 місяців) — на 50 ліжок, ДУ «Інститут неврології, психіатрії АМН України», консультативна допомога — кафедрою невропатології і дитячої неврології ХМАПО, кафедрою неврології ХДМУ.

Експертами Міжнародної та Української протиепілептичних ліг описано форми епілепсії, особливості їхнього формування, перебігу та розроблено стандарти лікування. Проблема лікування епілептичних розладів залишається однією з найважливіших у дитячої неврології та головна мета корекції — досягнення ремісії та поліпшення якості життя. Тому доцільно створити реєстр хворих на епілепсію, впровадити програми забезпечення антиконвульсантами на державному та регіональному рівні, охоплення медико-соціальною реабілітацією не тільки-дітей інвалідів згідно індивідуальних карт реабілітації, а усіх хворих на епілепсію.

УДК 616.853-053.2-008.46-036.66

МОЖЛИВОСТІ ПОКРАЩАННЯ КОГНІТИВНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ДІТЕЙ З ЕПІЛЕПСІЯМИ

Л. М. Танцура, В. В. Гроховський, Н. М. Привалова, О. Ю. Пилипець
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: діти, епілепсія, соціальна адаптація

Епілепсія та судомні синдроми є одним з найбільш частих захворювань нервової системи у дітей. Поширеність епілепсії як захворювання становить 0,5—1 % дитячого населення. Епілепсія займає 3 місце за розповсюдженістю серед органічних захворювань ЦНС у дітей в Україні. Внаслідок раннього початку захворювання порушується нервово-психічний та психомовний розвиток хворих, що призводить до порушень адаптації таких дітей в родині та суспільстві, а нерідко — до соціальної дезадаптації та інвалідизації. Найбільш складною проблемою є розумова відсталість, наявність якої поглиблює інвалідизацію хворих на епілепсію.

З метою розроблення підходів до вдосконалення психолого-педагогічної та соціальної адаптації дітей з епілепсіями протягом 3 років співробітниками відділу дитячої психоневрології та клінічної нейрогенетики ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» проводилося

динамічне обстеження 108 дітей з різними формами захворювання. Вік дітей на початок обстеження становив від 6 до 16 років, в групі було 44 дівчинки та 64 хлопчики. Переважали діти з раннім (до 3 років) дебютом захворювання — 57 % та значною (більше 7 років) його тривалістю — 76 %. У дітей з епілепсіями, які були обстежені нами протягом підзвітного періоду, спостерігалася значне переважання симптоматичних епілепсій (73,1 %) та тяжких форм захворювання (69,7 %). Серед виявлених при клінічному дослідженні психічних порушень у дітей найбільш поширеними були астенічні та неврозоподібні розлади та когнітивні порушення.

Нами були визначені чинники, які найбільше впливають на перебіг епілепсій та соціальну адаптацію хворих (тяжкість перебігу хвороби, характер нападів, тривалість захворювання, особливості та тяжкість нейропсихологічних змін, помилки у вихованні та навчанні, супутні соматичні захворювання), та які — менше (демографічні особливості та матеріальна забезпеченість сімей, характер сімейних стосунків).

За допомогою нейропсихологічних досліджень обстежені діти були поділені на 5 груп в залежності від характеру та ступеня важкості порушень психічних процесів. Характер та ступінь вираженості порушень психічних процесів у всіх обстежених нами хворих свідчив, що вони обумовлені переважно недостатністю регуляції та контролю психічної діяльності, порушеннями загальної та локальної нейродинаміки, а не грубим випадінням окремих функцій.

Нами були визначені основні напрямки роботи з дітьми, хворими на епілепсією та їхніми батьками, запропоновані методики спеціальних занять, які забезпечують оптимальні умови для розвитку інтелектуального та особистісного потенціалу в залежності від особливостей порушень вищих психічних функцій. Батькам були надані чіткі інструкції щодо особливостей навчальних занять з їхніми дітьми, які корегувалися в залежності від змін загального стану дітей, перебігу захворювання та змін психічного стану.

Використання адекватних стану дитини нейропсихологічних методів корекції призвело до значного покращання шкільної (за певних умов — соціальної) адаптації дітей (22,2 %) та до скорочення державних витрат на навчання цієї категорії дітей. В перспективі шкільної та соціальної адаптації дитини, хворої на епілепсію, за нашими спостереженнями, вирішальне значення має взаємодія лікаря, батьків та педагогів, які працюють з цією дитиною.

УДК 616.85:615.03-08

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ЦЕРЕБРОКУРИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ

Л. П. Терещенко

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

Ключевые слова: периферическая полиневропатия, цереброкурин, лечение

Периферическая полиневропатия является одной из наиболее распространенных форм в неврологической практике. Для клинического течения заболевания характерными являются боль в мягких тканях и парестезии в конечностях, снижение пульсации и судороги, боли в суставах.

В исследование были включены больные с периферической полиневропатией различного генеза. Кроме оценки клинических симптомов заболевания были использованы дополнительные методы обследования кровоснабжения конечностей: реовазография (РВГ), ультразвуковая допплерография (УЗДГ), электронейромиография (ЭНМГ).

Больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты, получавшие патогенетическую терапию (метаболическая терапия, препараты, улучшающие циркуляцию крови, препараты α-липоевой кислоты, витамины группы В) и препарат цереброкурин в дозе 2,0 в/м, № 10. Вторая группа больных получала аналогичную патогенетическую терапию без применения цереброкурина.

Оценка данных показала, что в первой группе отмечалось существенное уменьшение болевых ощущений в мягких тканях конечностей, в суставах, улучшение температурной чувствительности, тенденция к улучшению кровоснабжения в конечностях. Наши исследования показали, что цереброкурин хорошо переносится больными, побочные эффекты не наблюдались.

Таким образом, наблюдения, проведенные на небольшой группе больных с периферической полиневропатией, подтвердили положительное влияние препарата Цереброкурин не только на состояние конечностей, но и на весь организм в целом. Полученные результаты дают возможность рекомендовать включение препарата Цереброкурин в комплексное лечение больных с периферической полиневропатией.

УДК 616.8-022.6-08

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПРОПЕС В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ

Л. П. Терещенко

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

Ключевые слова: нейроинфекции, иммунная система, пропес, лечение

В последние годы особое внимание уделяется патогенетическим подходам в лечении больных с хронической нейроинфекциями. Учитывая то, что у этих больных отмечается нарушение целого ряда иммунных показателей, целесообразным является использование в терапии препарата Пропес. Он обладает выраженными иммуномодулирующими свойствами, антитоксическим эффектом и препятствует развитию аутоиммунных процессов.

Целью исследования явилось изучение влияния препарата Пропес на течение заболевания у больных с хроническими нейроинфекциями. Обследована группа больных с нейроинфекциями в возрасте от 18 до 53 лет, в комплексное лечение которых был включен препарат Пропес, назначаемый в дозе 2,0 1 раз в сутки внутримышечно в течение 10 дней.

Эффективность лечения оценивалась по объективным и субъективным критериям, по показателям клинических, биохимических, иммунологических исследований.

Применение препарата в схеме комплексного лечения дает хороший терапевтический эффект, который подтверждается данными клинических и лабораторных исследований.

УДК:616.831-005-007.17-02:616.379-008.64]-07

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Е. Л. Товажнянская, О. И. Дубинская

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: диабетическая энцефалопатия, церебральная гемодинамика, сосудистая реактивность

Сахарный диабет (СД) является одним из важнейших факторов риска развития всех форм цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). Тесная связь ЦВЗ и СД обусловлена генерализованным поражением при диабете мелких сосудов (микроангиопатия) и сосудов среднего и крупного калибра (макроангиопатия). В результате развивается «диабетическая ангиопатия», наличие и выраженность которой определяют прогноз заболевания, а также риск развития грозного осложнения СД — диабетической энцефалопатии.

Целью исследования явилось изучение состояния вазомоторной реактивности сосудов мозга при диабетической энцефалопатии у больных сахарным диабетом 2 типа.

Нами было обследовано 47 больных с СД 2 типа и диабетической энцефалопатией 1 и 2 стадий в возрасте от 48 до 61 года, находившихся на лечении в неврологическом отделении Научно-практического медицинского центра ХНМУ. Всем больным проводилось клинико-неврологическое обследование, исследование магистральных артерий головы и интракраниальных артерий методами экстра- и интракраниальной

доплерографии. Вазодилататорный резерв и резервы коллатерального кровообращения оценивали по результатам компрессионного теста и оценки коэффициента овершута.

Проведенное доплерографическое исследование выявило у больных с диабетической энцефалопатией снижение скорости кровотока на экстра- и интракраниальном уровнях на 19,4 % и 28,9 % соответственно на фоне повышения сосудистого тонуса во всех исследуемых сосудах и нарушения церебральной сосудистой реактивности. При этом снижение возможностей коллатерального кровотока (анатомического звена церебрального сосудистого резерва) подтверждалось депрессией относительно контрольных показателей остаточной скорости кровотока в СМА на 27,5 % в момент компрессии ипсилатеральной ОСА. Это отражало нарушение проходимости соединительных и перфорирующих артерий, возможно, в результате их вторичной облитерации как проявление атеросклеротической и гипертонической ангиопатии, развивающихся при СД. Коэффициент овершута у больных с диабетической энцефалопатией был также снижен на 37,3 % относительно контроля, что свидетельствовало о напряжении функционального звена цереброваскулярной реактивности, в частности, ее миогенного компонента вследствие нарушения при СД структуры сосудистой стенки и ее тонуса. Выявленное увеличение в 1,7 раза времени восстановления скорости кровотока до исходной отражало нарушение метаболического контура сосудистой реактивности, как проявление общих дисметаболических процессов, развивающихся в организме при СД — нарушения полиолового пути окисления глюкозы, избыточного накопления сорбитола и прооксидантов, развития гиперлипидемии, дефицита депрессорных факторов, необратимого гликозилирования белков, в том числе белков стенок сосудов.

Таким образом, нарушение метаболических процессов, развитие микро- и макроангиопатий при СД приводит нарушению реактивности сосудов головного мозга, ухудшению коллатерального и вазодилятаторного звеньев сосудистого резерва, что в свою очередь способствует развитию мозговых дисциркуляций и является важной патогенетической составляющей формирования диабетической энцефалопатии.

УДК 616.853-053.2-08:575.191

ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ВИВЧЕННЯ ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ

Д. В. Третьяков

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

Ключові слова: діти, епілепсія, етіологія, генетичні фактори, алкоголізм

Загальноприйнятою протягом останнього десятиріччя є точка зору, що епілепсії — це гетерогенна група захворювань, для яких характерними є епілептичні напади, що повторюються.

Незважаючи на значні досягнення у галузі епілептології, залишається нез'ясованим співвідношення впливу спадково-генетичних та зовнішніх пошкоджуючих факторів на виникнення епілепсій. Не визначена структура зовнішніх патогенних факторів і роль генетичних чинників у формуванні і конкретних проявах різних форм епілепсій.

Досить масштабні дослідження з проблеми ролі спадковості та середовища в ґенезі епілепсій було проведено в СРСР в 70-х, 80-х роках 20-го сторіччя. Серед багатьох захворювань в цих дослідженнях аналізувалася і частота захворюваності на алкоголізм в родинах дітей, хворих на епілепсії. Було виявлено, що алкоголізм спостерігається в 2 рази частіше серед родичів дітей, хворих на епілепсії, ніж в контролі.

Метою проведення нашого дослідження було також вивчення ролі генетичних факторів та зовнішніх впливів у розвитку епілепсії, зокрема — спадкова обтяженість на алкоголізм в родинах дітей, хворих на епілепсії.

В процесі виконання роботи застосовували клініко-анамнестичний метод (вивчали характер епілептичних нападів, вік дебюту захворювання, фактори ризику, що провокують епілептичні напади, протисудомну терапію, що проводиться, та її ефективність; ретельно вивчали усю медичну документацію) та клініко-генеалогічний метод (вивчали родоводи кожного пробанда в 4-х поколіннях, медичну документацію батьків, сібсів та віддалених родичів дітей, що були обстежені. Вивчаючи генеалогію дітей, ми звертали увагу не тільки на обтяженість епілепсією або іншими пароксизмальними станами, але і простежували спадкову обтяженість іншою патологією в залежності від ступеня спорідненості: I ст. — батьки та сібси, II ст. — дідусі та бабусі, III ст. — прадіди та прабабусі, дядьки та тітки, IV ст. — двоюрідні сібси та двоюрідні дідусі та бабусі).

Було проведено обстеження 172 пробандів, хворих різними формами епілепсії у віці від 1-го до 16 років, хлопчиків — 94 (54,65 %), дівчат — 78 (45,35 %) та родоводи на 1748 їх найближчих родичів.

За аналізом родоводів обстежених дітей було виявлено дуже високий відсоток обтяженості на алкоголізм — 85 випадків (49,41 % з усіх обстежених сімей). З усієї кількості родин, що було віднесено до даної групи, в 17,65 % (15 випадків) на алкоголізм страждають тільки родичі I ступеня споріднення, в 57,65 % (49 випадків) — родичі II—III ступеня і в 24,7 % (21 випадок) алкоголем зловживають крім батьків ще й інші родичі дітей, хворих на епілепсії. Причому спадкова обтяженість на алкоголізм з боку батька була в 1,8 рази частіше, ніж з боку матері.

В сім'ях 29 дітей, що склали контрольну групу, спадкова обтяженість на алкоголізм була у 13 випадках (44,83 %).

Такі показники дають підставу зробити висновок, що наявність хворих на алкоголізм в сім'ях впливає на виникнення органічних уражень ЦНС у потомства. Тому підвищення якості наркологічної допомоги хворим на алкоголізм буде впливати не тільки на покращання стану самих хворих, але і на покращання стану здоров'я їх майбутнього покоління.

УДК 616.832-004.2-009

СТРУКТУРА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

С. В. Федосєєв

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

Ключові слова: розсіяний склероз, хронічний біль, больовий синдром

Серед різних варіантів болю дуже мало вивченим є біль, що виникає при розсіяному склерозі (РС) — аутоімунному нейродегенеративному та демієлінізуючому захворюванні нервової системи з хронічним, прогресуючим перебігом, яке вражає осіб переважно молодого працездатного віку. Практичний досвід, накопичений нами при спостереженні за хворими під час багаторічних наукових досліджень, свідчить про те, що біль належить до суттєвих та майже постійних проявів РС. На існуючий момент структура больового синдрому та фактори формування болю у хворих на РС вивчені недостатньо. З урахуванням вищенаведеного, метою цього дослідження стало вивчення структури больового синдрому та факторів формування болю у хворих на РС.

Для досягнення поставленої мети було проведене клінічне дослідження із застосуванням розробленого способу діагностики (заявка № u 2009 12081 від 24.11.09), важливою складовою частиною якого було анкетування хворих за допомогою розробленої анкети.

Обстежено 32 хворих на РС, 21 (65,6 %) жінка та 11 (34,4 %) чоловіків. Середній вік хворих склав 33,87 ± 12,41 року.

У 8 (25,0 %) хворих з групи обстежених не було скарг на будь-який біль. Хронічний головний біль був характерною скаргою у 17 (53,1 %) хворих, причому у 11 (34,4 %) хворих цей біль з'явився чи посилився безпосередньо на тлі РС. Біль у спині грудної та/чи попереково-крижової локалізації мали 15 (46,9 %) пацієнтів. У 9 (28,1 %) пацієнтів біль у спині з'явився чи посилився на фоні РС. У 3 (9,4 %) пацієнтів, навпаки, біль у спині, що турбував раніше, послаб. Це пояснюється

зменшенням навантаження опорно-рухової системи в умовах зміни життєвого стереотипу та соціальної адаптації (зниження повсякденної активності, оформлення інвалідності, зміна характеру професійної діяльності та ін.). Хронічний біль у шиї мали 8 (25,0 %) пацієнтів, у 6 (18,8 %) з яких біль з'явився на фоні РС. Біль в нижніх кінцівках мали 5 (15,6 %) пацієнтів і в усіх випадках цей варіант болю з'явився на тлі РС. Біль у суглобах мали 11 (34,4 %) хворих. У 4 (12,5 %) хворих був біль в проекції органів черевної порожнини. Лише одну локалізацію болю мали 3 (9,4 %) хворих, дві локалізації — 7 (21,9 %), три — 8 (25,0 %), чотири та більше — 6 (18,8 %) хворих.

Серед факторів, що сприяли формуванню хронічного болю у хворих на РС, були такі: психотравмуючі ситуації та тривале психоемоційне перенапруження (у 18 з 24 хворих на РС з больовим синдромом), значний рівень тривоги та/чи депресії за даними діагностичних шкал (у 13 з 24 хворих на РС з больовим синдромом), значний обсяг неврологічного дефіциту, що відбивався поліморфізмом неврологічної симптоматики. Чіткої кореляції больового синдрому з загальною тривалістю та типом перебігу РС встановити не вдалося.

Таким чином, у хворих на РС у 75 % випадків виявлений хронічний больовий синдром. За локалізацію частіше за все спостерігався головний біль, біль у спині та суглобах. Уточнення факторів формування хронічних больових синдромів у хворих на РС потребує подальших наукових досліджень.

УДК 616.832: 616.8-009.7-079.4

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ БОЛИ В СПИНЕ (ДОРСАЛГИИ)

С. В. Федосеев

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

Ключевые слова: боль в спине, диагностика, оценка боли, шкала, тест

Боль в спине может быть следствием самых разнообразных патологических состояний, поэтому необходимость качественной и количественной оценки боли тесно связана с проблемой дифференциальной диагностики. Дать адекватную оценку боли в спине и верифицировать вызывающие её причины позволяет диагностический алгоритм, включающий общее физическое и неврологическое обследования, исследование скелетно-мышечной системы, специфическую оценку боли и психоэмоционального состояния. Данный алгоритм успешно применяется как в каждодневной практике, так и при проведении клинических исследований.

Для верификации причин боли важнейшую роль играет опрос. При опросе особое внимание уделяется интенсивности и характеру боли, ее локализации и иррадиации, времени появления, изменению в зависимости от положения тела, симметричности или асимметричности. При осмотре пациента обращают внимание на аномалии развития, асимметрии тела, особенности осанки, специфику ходьбы, выраженность физиологических изгибов позвоночника, наличие анталгического сколиоза.

Для оценки интенсивности острой боли широко используются визуальная аналоговая шкала (Visual Analog Scale, VAS), цифровая рейтинговая шкала (Numerical Rating Scale, NRS) и четырехзначная категориальная вербальная шкала (Verbal Rating Scale, VRS). Все три шкалы предназначены для определения субъективного ощущения пациентом боли в момент исследования.

Оценка хронической боли является более сложной задачей и требует изучения анамнеза боли, проведения специфических диагностических тестов, например, таких как количественный сенсорный тест (Quantitative Sensory Testing, QST) со специфическими и хорошо определенными сенсорными стимулами для определения порога болевой чувствительности и толерантности к боли. Одним из методов количественной оценки является Краткая Оценка Боли (Brief Pain Inventory, BPI). Этот метод предназначен для определения тяжести боли и ее влияния на различные аспекты жизни (общая активность, ходьба, нормальная работа, отношения с другими людьми, настроение, сон и качество жизни). Опросник Боли МакГилл (McGill Pain Questionnaire, MPQ) и его краткая форма определяют сенсорные, аффективно-эмоциональные и другие аспекты болевого состояния пациента. Для оценки невропатической боли существуют специализированные шкалы, например, Лидская шкала оценки невропатических симптомов и знаков невропатической боли (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Sign, LANSS). Для оценки психопатологических коррелятов боли применяются специальные психологические тесты и опросники: шкала самооценки личностной и реактивной тревоги Спилбергера, шкала самооценки тревоги Шихана, госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, шкала самооценки депрессии Цунга, шкала оценки депрессии Бека, клинические рейтинговые шкалы, которые заполняются квалифицированным и опытным психиатром или экспертом-наблюдателем после обязательного специального обучения (шкалы Гамильтона, Монтгомери — Асберга для оценки депрессии, шкала Кови для оценки тревоги и др.). Для уточнения причины боли в спине проводятся рентгенография, электрофизиологические исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования, лабораторная диагностика.

Применение указанного диагностического алгоритма, как правило, позволяет верифицировать причину дорсалгии, провести количественную и качественную оценку боли.

УДК 616.8-009.29-07.3

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ

Фернандес де Ривес Сергей Франсискович

ГУ «НИИ геронтологии НАМН Украины», г. Киев

Ключевые слова: тикозные гиперкинезы, диагностика, терапия

Полиморфизм мнений отечественных и зарубежных авторов по основным проблемам тиков — наиболее распространенных гиперкинезов молодого возраста (классификации, этиологии, патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии) — предопределяет актуальность дальнейшего всестороннего изучения проблемы.

Особые трудности испытывают практические врачи при назначении лечения больным функциональными тиками из-за разнообразия рекомендаций, варьирующих от мягкой седативной и психотерапии до раннего универсального недифференцированного применения нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и бензодиазепинов, обладающих множественными побочными действиями.

Целью исследования было разработать дифференцированную патогенетически обоснованную терапию функциональных тиков.

Задачи: 1) исследование состояния церебрального биоэлектрогенеза больных функциональными тиками; 2) изучение состояния их желудочковой системы головного мозга и внутричерепного давления (ВЧД); 3) исследование их церебральной гемодинамики; 4) разработка и апробация алгоритмов дифференциальной диагностики и дифференцированной терапии данного контингента больных.

Объектом исследования были 104 пациента с функциональными тикозными гиперкинезами в возрасте от 4 до 33 лет.

Всем больным, помимо соматоневрологического, было проведено электроэнцефалографическое (ЭЭГ), ЭХО-энцефалоскопическое (ЭХО-ЭС) и транскраниальное доплеросонографическое (ТКДСГ) исследование с анализом и статистической обработкой полученных данных.

У большинства обследованных были обнаружены существенные нарушения церебральной нейродинамики в виде пароксизмальной активности (51,92 %), гиперсинхронизации (35,58 %), очагов патологической активности (25,00 %) и снижения порога судорожной готовности (7,69 %). ЭХО-ЭС признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома зафиксированы

у 30,77 % пациентов, и гипертензионно-нормоцефального синдрома у — 48,08 %. ТКДСГ показала значимое снижение скорости кровотока (более 10 %), преимущественно в вертебробазилярном бассейне, у 17,31 % наших больных.

Вышеизложенное свидетельствовало о донозологическом поражении церебральных структур (различной этиологии) у 82,69 % обследованных и необходимости отнести их гиперкинезы к «неврозоподобным», в отличие от «невротических» тиков.

На основании полученных данных нами было предложено пациентам с неврозоподобными тиками, помимо традиционной терапии (седативными препаратами, глициседом и фенибутом в сочетании с режимными мероприятиями), адекватной для больных невротическими тикозными гиперкинезами, проводить дифференцированную, патогенетически объективно аргументированную индивидуальную коррекцию выявляемых нарушений.

Так, обнаружение у больного тиками снижения порога судорожной готовности головного мозга предопределяло назначение антиконвульсантов (топирамата или вальпроатов), гиперсинхронизированной высокоамплитудной ЭЭГ и пароксизмальной активности — кальция гопантената, низкоамплитудной десинхронизированной ЭЭГ — ноотропов (пирацетама, энцефабола, фенотропила). При выявлении ЭХО-ЭС-признаков повышения ВЧД назначали дегидратирующую терапию. Наличие данных о снижении скорости кровотока в магистральных церебральных сосудах было основанием для назначения сосудистой и антиоксидантной терапии (кавинтона, оксибрала, танакана, мексидола).

Для сравнения результативности предложенного терапевтического комплекса и традиционной противотикозной терапии через месяц сравнивали их эффективность у пациентов основной и контрольной группы (по 30 больных), сопоставимых по полу, возрасту и клинической картине. К этому времени исчезли тики у 46,67 % пациентов основной и у 10,0 % контрольной группы ($p < 0,01$), значительно уменьшилось их количество, соответственно, у 43,33 % и 6,67 % ($p < 0,01$), уменьшилось — у 10,0 % больных основной и 36,67 % контрольной группы ($p < 0,01$). У 14 (46,67 %) представителей контрольной группы состояние существенно не изменилось.

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что разработанная комплексная дифференцированная индивидуально подобранная терапия неврозоподобных тиков значительно эффективнее традиционного лечения и позволяет в большинстве случаев не прибегать к недостаточно обоснованному назначению нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и бензодиазепинов.

Выводы: 1) для оптимизации дифференциальной диагностики функциональных тикозных гиперкинезов целесообразно всем пациентам проводить ЭЭГ, ЭХО-ЭС и ТКДСГ; 2) целенаправленная коррекция выявленных нарушений церебральной нейро- и гемодинамики, уровня ВЧД существенно повышает эффективность противотикозной терапии и улучшает качество жизни данного контингента больных.

УДК 616.831-005.1-06:312.2

СПІВВІДНОШЕННЯ ПОКАЗНИКА СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ З ТЯЖКІСТЮ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ І ЛЕТАЛЬНІСТЮ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

О. О. Філіпець, В. М. Пашковський, О. О. Жуковський, В. В. Колесник

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: ішемічний інсульт, коморбідність, індекс Чарлсона, летальність

Основним індикатором ефективності надання невідкладної допомоги хворим на гострі порушення мозкового кровообігу є летальність в гострому періоді захворювання, а зниження її рівня вважається одним із пріоритетних напрямків боротьби з інсультом. Тому актуальним на сьогоднішній день вважається пошук нових детермінант несприятливого закінчення мозкового інсульту, які так чи інакше піддаються терапевтичній корекції. У зв'язку з цим метою нашого дослідження стало встановлення зв'язку рівня фонової соматичної патології з 28-денною летальністю при ішемічному інсульті (II) та визначення її ймовірного впливу на початкову тяжкість інсульту.

Обстежено 207 хворих в найгострішому періоді ішемічного інсульту (96 чоловіків і 111 жінок віком від 31 до 88 років). Усім пацієнтам проведено стандартне неврологічне обстеження з визначенням тяжкості інсульту за шкалою NIHSS. Додатково визначали фонову соматичну патологію та якісно оцінювали її з використанням модифікованого індексу коморбідності Чарлсона (ІЧ). Залежно від наслідку інсульту по закінченні гострого періоду виділено групи фатального і нефатального II (відповідно 115 і 92 пацієнта).

У більшості хворих (47,8 % пацієнтів, які померли в гострому періоді, та 56,5 % осіб, які вижили) діагностовано інсульт середнього ступеня тяжкості. Частка осіб з легкими проявами II становила відповідно 3,5 і 27,2 % ($p < 0,01$), тяжкий інсульт діагностовано в 32,2 і 9,8 % ($p < 0,01$), надто тяжкий — в 16,5 і 6,5 % ($p < 0,05$). Середній показник за шкалою NIHSS становив 12,3 ± 0,4 бали.

У більшості обстежених пацієнтів (86,5 %) II розвинувся на фоні соматичної патології (відповідно до груп захворювань, які є базовими для визначення ІЧ). Розподіл пацієнтів за рівнем коморбідності виглядав таким чином: низький — у 48,8 % (ІЧ становив 0—1), середній — у 28,0 % (ІЧ = 2), високий — у 23,2 % (ІЧ ≥ 3). Виявлено достовірні відмінності між групами фатального і нефатального II відносно високого рівня ІЧ — відповідно 31,3 і 13,0 % ($p < 0,01$). Середній показник індексу становив 1,81 ± 0,07. Серед хворих, в яких інсульт виник при високій коморбідності, середній бал за шкалою NIHSS (17,51 ± 0,95) достовірно перевищив показник у пацієнтів з низьким (10,84 ± 0,46, $p < 0,01$) та середнім ІЧ (11,26 ± 0,61, $p < 0,01$).

При аналізі встановлено, що висока коморбідність майже втричі підвищує ризик 28-денної летальності — відносний ризик становить 2,98 (95 %), довірчий інтервал — 1,41—6,31. Визначення кореляційних співвідношень показало, що величина ІЧ позитивно корелює з летальним наслідком II — $r_{pb} = +0,22$ ($p < 0,001$ при двосторонньому аналізі). Встановлено існування позитивного зв'язку помірної сили між рівнем коморбідності та тяжкістю неврологічних проявів найгострішого періоду II, оціненою за шкалою NIHSS ($r = +0,44$).

Таким чином встановлені кореляційні та асоціативні співвідношення коморбідності при ішемічному інсульті з тяжкістю початкового неврологічного дефіциту та летальним наслідком захворювання підтверджують важливість своєчасної медикаментозної корекції фонової соматичної патології для профілактики та зниження летальності серед хворих на інсульт.

УДК 616.833.24.832-053.9:615.811.2

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІРУДОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РЕЦИДИВУЮЧИХ ДИСКОГЕННИХ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИХ РАДИКУЛОПАТІЙ З ПОРУШЕННЯМ СПИНАЛЬНОГО КРОВООБІГУ У ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ

В. К. Чернецький, О. Д. Хоменко, З. А. Мудрик, І. К. Дикусарова, Н. І. Кардащук, Н. А. Шваб

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: гірудотерапія, попереково-крижові радикулопатії, літній вік хворих

Нами проаналізовано результати комплексного проведення гірудотерапії (ГТ) та потенційованого знеболювання у 32 хворих літнього віку на рецидивуючі дискогенні попереково-крижові радикулопатії (ДПКР) з порушенням спинального кровообігу (ПСК), у тому числі венозного,

залежно від характеру больового синдрому, втягнення сідничного нерва, хронічної цереброваскулярної недостатності (ХЦВН — у 14 хворих), прихованого цукрового діабету (у 10 хворих) тощо. Використовували клініко-параклінічні дослідження в динаміці (спондилографія, МРТ, КТ, реовазографія, ЕМГ, коагулограма, вміст катехоламінів (КА) та інсуліну в еритроцитах та ін.). Включення ГТ як рефлекторної дії на біоенергетичні точки (БЕТ) в комплексне лікування супроводжувалось широкою дією біологічно активних речовин на гомеостаз (природні ферменти, гормони тощо), особливо в поєднанні з аспіраційним методом ГТ (L_3 — S_1). Найбільша активність такого лікування спостерігалась у 14 хворих у гострому періоді при тривалості захворювання 1—2 роки та відсутності супутніх ускладнень. Протягом 3—4 днів наступала нормалізація функцій та працездатності. У решти 18 хворих з важким рецидивуючим перебігом захворювання (тривалість від 2 до 5—7 років), стійким дискозом (L_3 — L_5 — S_1) і больовим синдромом (анталгічна поза) та наявністю інших ускладнень (ураження сідничного нерва, прихований діабет, ХЦВН тощо) перед початком ГТ проводили потенційоване знеболювання (аміназин + платифілін в/м, а через 40 хвилин — в/в розчин баралгіну) та рефлекторні дії на БЕТ, а потім включали аспіраційний метод ГТ, який був найбільш ефективний у 4 жінок з субтільною м'язовою системою при рефлекторних та міогенних блокадах поперекових хребців, ХЦВН, у тому числі судинних кризів. 14-ти хворим з важкими ускладненнями (ХЦВН, ПСК та венозний застій, прихований діабет та ін.) для посилення ефективності лікування проводили повторні курси ГТ, судинну терапію, електрофорез гепарину вздовж хребта, фіксаційні пояси та фізіопроцедури.

Ефективність лікування больового синдрому визначалась падінням КА в еритроцитах до норми. У 29 хворих спостерігалась висока та стійка ефективність лікування, у 3-х хворих з важкими ускладненнями, у тому числі після мануальної терапії, вона була незначною. Таке лікування хворих літнього віку сприяло запобіганню зриву компенсації судинної системи мозку, а іноді й розвитку інсульту.

УДК 616.831-005.4-005.1

РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК И ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

В. К. Чернецкий, В. М. Пашковский, И. И. Кривецкая, В. Н. Паляница, Е. А. Филипец

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Ключевые слова: вторичная профилактика, ишемический инсульт

Современные достижения в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга (МРТ и др.), вынуждают к пересмотру ряда нерешенных вопросов традиционной вторичной профилактики (ВП), — (аспирин — курантил или агренокс тиклид — клопидогрель), которая оказалась малоэффективной. С этой целью нами проведен клинико-параклинический анализ результатов ВП у 54 больных (возраст 56—67 лет) с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) — у 22, ишемическими инсультами (ИИ) различного генеза у 34, в том числе лакунарными (ЛИ) — у 12 больных при церебральном атеросклерозе (ЦА) и гипертонической болезни (ГБ). Соблюдался индивидуальный и комплексный подход к выбору ВП в зависимости от типа ИИ (антиагрегантная, антикоагулянтная, гиполипидемическая терапия и др.), проводилось определение показаний для возможных хирургических вмешательств.

Ведущим в эффективном проведении ВП является адекватное управление АД (до целевого 145/85 мм рт. ст., а иногда адаптированного до более высоких цифр, в том числе диастолического до 90 мм рт. ст.) при ЦА и ГБ, в зависимости от степени стеноза (окклюзии) магистральных сосудов головы, нарушений симпатико-адреналовой регуляции (КА), наличия скрытого сахарного диабета, венозного застоя в мозгу, развития коллатерального кровообращения, кардиальной патологии и других факторов. Поэтому подбор гипотензивных средств — самый сложный. Нами систематизированы комплексные методы ВП при ТИА с интермиттирующим течением, обусловленных нередко нарастающим стенозом магистральных сосудов головы, шеи (каротиды, позвоночные артерии) и веток дуги аорты (подключичной, общей сонной артерии), который является у 90 % больных причиной мозговых инсультов (А. В. Холин, 2000). Кроме традиционной ВП (начинать после первых ТИА), обязательно включалась антикоагулянтная терапия (гепарин-гирудотерапия), а также проводился отбор больных для нейрохирургического вмешательства с учетом степени стеноза магистральных сосудов во избежание неизбежной мозговой катастрофы.

При различных типах ИИ, чаще обусловленных стенозом (или окклюзией) магистральных сосудов (каротидных и др.), наряду с традиционной ВП (антиагрегантного действия) после стацлечения, первые 1—3 месяца включается антикоагулянтная терапия (плазминоген, гепарин, гирудин — пиявки на сосцевидные отростки, паравертебральные точки — Th_2 — Th_6), особенно эффективна при наличии венозного застоя в мозгу, частых гипертонических кризов и скрытого сахарного диабета, симпатико-адреналовых расстройств (чаще гиперкатехолемии) и при отсутствии показаний к хирургическому вмешательству.

При ЛИ вследствие дисциркуляторной энцефалопатии, обусловленных поражением мелких и средних артерий, показано сочетанное проведение традиционной ВП с повторными курсами гирудотерапии (область сосцевидных отростков) для частичной, а иногда и полной реканализации сосудов, о чем свидетельствовали данные УЗДГ и МРТ. Такие курсы проводятся от 3—4 до 5—10 раз в течение 6 месяцев после стацлечения с учетом наличия венозного застоя в мозгу, иногда скрытого диабета. Время и отбор больных для проведения ВП начинается через 1—2 недели после стацлечения, в том числе его повторения через 2—6 месяцев. Этим и отличается предложенный нами более эффективный комплексный подход к проведению ВП от традиционной.

УДК 616.831-006-06:612.014.482

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТОКОЛУ ДІАГНОСТИКИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Н. Ю. Чупровська

ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

Розроблений у відділенні радіаційної психоневрології ДУ «НЦРМ НАМН України» протокол діагностики дисциркуляторної енцефалопатії у учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС рекомендований для впровадження у діяльність медичних закладах трьох рівнів:

- перший рівень — поліклінічні відділення районних або міських лікувальних закладів;
- другий рівень — психоневрологічні кабінети обласних поліклінік, денні відділення для неврологічних та психоневрологічних хворих, неврологічні та психоневрологічні відділення обласних лікарень або обласних психоневрологічних диспансерів;
- третій рівень — спеціалізовані науково-дослідні інститути або центри.

Лікувальні заклади першого рівня згідно з Протоколом проводять:

1) клінічне нейропсихіатричне обстеження хворого (огляд невропатолога, психіатра, нарколога) на наявність скарг, збирання суб'єктивного та об'єктивного анамнезу, оцінку інтелектуально-мнестичної, рефлекторної, стато-

координаторної сфери, чутливості, стану вегетативної нервової системи свідомості, поведінки, сприйняття, мислення, емоційно-вольової сфери);

2) загальний аналіз крові та біохімічні дослідження (холестерин, глюкоза крові та ін.);

3) консультації спеціалістів: окуліст, ендокринолог, кардіолог.

Лікувальні заклади другого рівня здійснюють:

1) обстеження попереднього рівня;

2) дослідження мозкового кровообігу для оцінки гемодинаміки у церебральних судинах; ультразвукову доплерографію судин голови та шиї; реоенцефалографію;

3) загальний аналіз крові та біохімічні дослідження крові (холестерин та глюкоза крові, кортизол, гормони щитовидної залози (T_3, T_4, ТТГ) катехоламіни крові і сечі;

4) клінічне обстеження у спеціалістів: окуліст, ендокринолог, кардіолог за потребою.

5) нейропсиходіагностичне дослідження: когнітивні нейропсихологічні тести для об'єктивної оцінки пам'яті, уваги, темпу і швидкості психомоторних реакцій, розумової працездатності, інтелекту; визначання професійної придатності;

Лікувальні заклади третього рівня проводять:

1) обстеження попереднього рівня;

2) дослідження із застосуванням нейровізуалізаційних методів для об'єктивної оцінки структурних змін центральної нервової системи (за потребою): МРТ головного мозку (за необхідності — з внутрішньовенним контрастуванням); дистантну термотонографію;

3) отоневрологічне обстеження (вестибулометрія);

4) психофізіологічні дослідження для об'єктивної оцінки інформаційних і когнітивних процесів головного мозку.

За результатами проведених обстежень діагностується дисциркуляторна енцефалопатія з визначенням основного причинного фактору дисциркуляції та стадії захворювання.

Вказане має велике значення для застосування адекватної медикаментозної корекції та проведення заходів первинної і вторинної профілактики можливих ускладнень, що призводять до інвалідизації та дочасної смерті постраждалих.

УДК 616.831-0011.31:616.89-008.46

СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЛЕГКОГО ТА СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

В. М. Шевага, А. В. Паєнок, О. Я. Кухленко

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) сьогодні є однією з основних причин смерті та інвалідизації населення не лише в Україні, але й в країнах Західної Європи та США. Сьогодні не приділяється належної уваги проблемі посттравматичних когнітивних розладів.

Метою роботи було: вивчити стан когнітивних функцій у пацієнтів в гострому періоді ЧМТ легкого та середнього ступеня важкості за уніфікованими тестами діагностики стану когнітивних функцій (короткої шкали дослідження психічного статусу, батареї лобної дисфункції, тесту малювання годинника) та виокремити серед них найбільш чутливі для діагностики раннього посттравматичного когнітивного дефіциту.

Встановлено, що в гострому періоді ЧМТ легкого та середнього ступеня важкості у 83 % пацієнтів можна діагностувати синдром легких та помірних когнітивних розладів, який проявляється порушенням функціонування всіх трьох модально-специфічних і модально-неспецифічних блоків головного мозку з переважанням порушень в функціонуванні лобних ділянок кори головного мозку. Найбільш чутливими та ранніми проявами посттравматичної когнітивної дисфункції були порушення довільного відтворення мнестичного матеріалу, трьохетапної рухової програми, реакцій простого та ускладненого виборів. Батарея лобної дисфункції серед трьох апробованих нейропсихологічних тестів виявилась найбільш чутливою для діагностики посттравматичного когнітивного дефіциту.

УДК 616.831-085.06

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

О. Б. Яремчук, Н. В. Васильєва, І. І. Кривецька, І. І. Білоус

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, цитофлавін, когнітивні функції

Зміни вищих мозкових функцій вважаються одними з найбільш достовірних клінічних критеріїв діагностики дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ). Важливим завданням при лікуванні хворих на ДЕ є обмеження поліпрагмазії, доцільно використання лікарських засобів з комплексним механізмом дії. Одним із таких препаратів є Цитофлавін — комплексний цитопротектор, що складається з природних метаболітів організму і вітамінів, містить бурштинову кислоту, інозин, нікотинамід та рибофлавіну мононуклеотид натрію, має антигіпоксемічну, антиоксидантну, нейро- і енергопротективну дії.

Нами вивчено вплив препарату «Цитофлавін» на показники когнітивних функцій у хворих на ДЕ. Проведено обстеження 38 хворих на ДЕ II стадії, що розвинулась на тлі церебрального атеросклерозу (ЦА) та поєднання ЦА з артеріальною гіпертензією (АГ) віком від 52 до 72 років. Усіх хворих за випадковим методом поділили на дві групи: 18 хворих I групи отримували стандартизоване медикаментозне лікування без застосування ноотропних препаратів, а 20 хворим II групи в комплексне лікування включали Цитофлавін у дозі 10 мл на 200 мл фізіологічного розчину в/в крапельно щоденно протягом 10 днів. Хворим не призначали інші препарати, які впливають на когнітивні функції (центральні інгібітори холінестерази, ноотропи).

Для оцінки когнітивних порушень використовували тест MMSE, дослідження розумової здатності за таблицями Шульте, пробу на запам'ятовування 8 чисел і 10 слів, дослідження розумової працездатності за методикою «Серійний рахунок 100 – 7», тест кодування та шкалу пам'яті Векслера (WMS-R).

У хворих на ДЕ II стадії в обох групах після лікування вірогідно покращилась увага та здатність до здійснення рахунку за тестом Крипеліна: на 15,7 % у хворих, що отримували базисне лікування та на 27,0 % у групі хворих, які отримували Цитофлавін. У II групі хворих після лікування істотно збільшилась швидкість відшукування чисел в таблиці Шульте на 26,8 % та в таблиці Горбова на 14,8 %, що свідчить про поліпшення стійкості та швидкості переключення уваги, а також про покращання розумової працездатності хворих. У групі хворих, що отримували базисне лікування, спостерігалась лише тенденція до покращання цих показників. Окрім того, в групі хворих, що отримували Цитофлавін, спостерігалось істотне покращання короткочасної та довготривалої пам'яті, про що свідчить збільшення кількості слів, відтворюваних після першого зачитування на 22,4 % і через годину після заучування на 28,5 %.

При визначенні когнітивних викликаних потенціалів у обстежених хворих до лікування показник пізнього компонента Р300 складав в середньому 420 мс, після лікування в першій групі виявлено зменшення латентного періоду компонента Р300 на 8,6 %, а в другій — на 10,8 %.

Таким чином, у хворих на ДЕ II стадії комплексне лікування із застосуванням Цитофлавіну призводить до істотного покращання показників уваги, короткочасної та довготривалої пам'яті, що підтверджується зменшенням латентного періоду компонента Р300 при дослідженні когнітивних викликаних потенціалів.

ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8:616.89-008.441.44-056.7

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НАСЛЕДСТВЕННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В СУИЦИДОГЕНЕЗЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДА ГОЛОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ МИКРОСКОПИИ

Е. А. Акименко

Областная психиатрическая больница № 1, с. Стрелечье, Харьковская область

Ключевые слова: шизофрения, суициды, наследственная отягощенность

Суицид — наиболее частая причина преждевременной смерти больных шизофренией. Риск суицида для этих пациентов составляет 10—13 % и приближается к таковому при аффективных расстройствах. Наличие суицидальных попыток в прошлом является обыденным явлением для жертв суицида, страдающих шизофренией (почти у 75 % больных имеются указания на попытку суицида в анамнезе). Способ суицидальных действий часто повторяет предыдущий. Соотношение больных шизофренией мужчин и женщин, совершивших суицид, выглядит гораздо меньше, чем в общей популяции (3 : 2 — среди больных и 4 : 1 — в общей популяции). Активный параноидный процесс увеличивает риск суицида, в то время как негативные симптомы его снижают. Вероятность суицида среди больных шизофренией уменьшается с возрастом.

Цель исследования — изучение роли наследственной отягощенности у больных шизофренией, совершивших суицидальные попытки.

Методы исследования: генетические (генеалогический, определение фенотипа, физиогномика, дерматоглифика), метод голографической интерференционной микроскопии.

У больных шизофренией суицидальные действия редко провоцируются стрессовыми ситуациями, употреблением алкоголя, социально-экономическим неблагополучием, т. е. внешними агентами. Главенствующую роль в суицидогенезе при этом играет наследственная отягощенность психическими заболеваниями, алкоголизмом, суицидами. Также наблюдается увеличение в преморбиде частоты психастенического, эпилептоидного и шизоидного типов акцентуаций личности. Генотипические особенности больных шизофренией обуславливают превалирование рецессивного фенотипа, который способствует более легкой дезадаптации с развитием психического расстройства и высоким риском суицидального поведения.

Метод голографической интерференционной микроскопии эритроцитов периферической крови продемонстрировал грубые нарушения формы и поверхностного рельефа эритроцитов у больных шизофренией, что свидетельствует о генетическом дефекте эритроцитарного пула при шизофрении.

УДК: 316.61-058.862

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Т. А. Алиева

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: подростковый возраст, дезадаптация, коррекция, критерии эффективности

В настоящее время проблема социальной дезадаптации детей является одной из наиболее актуальных в Украине. На ранних этапах подростковой дезадаптации наиболее важным является разработка методов коррекции и реабилитации.

Дезадаптация — результат внутренней или внешней (иногда комплексной) дегармонизации взаимодействия личности с самим собой и обществом, проявляющийся во внутреннем дискомфорте, нарушениях деятельности, поведения и взаимодействий личности.

Детская дезадаптация воспринимается как трудновоспитуемость — сопротивление ребенка целенаправленному педагогическому воздействию, вызванное самыми разными причинами: просчеты воспитания; особенности характера и темперамента; личностные характеристики.

Симптомы школьной дезадаптации могут и не сказываться отрицательно на успеваемости и дисциплине учащихся, проявляясь либо в субъективных переживаниях школьников, либо в форме поведенческих нарушений, а именно: неадекватные реакции на проблемы и стрессы, связанные с нарушением поведения, возникновением конфликтов с окружающими, внезапного резкого спада интереса к учёбе, негативизма, повышенной тревожности, с проявлениями признаков распада навыков учебной деятельности.

Проведенное нами исследование свидетельствуют о том, что проблема дезадаптации в подростковом возрасте проявляется в основном в учебной деятельности, т. е. в неуспеваемости. Анализ дезадаптации, в зависимости от степени распространения в областях жизни и деятельности, послужил основой для построения дифференцированной психологической коррекции. Выделяя степень распространенности дезадаптации (узкую, распространённую и широкую), можно более эффективно внедрить психокоррекционные мероприятия, позволяющие адаптировать детей в условиях социального окружения.

Соответственно стратификации условий дезадаптации дифференцировалась коррекционная программа, в виде тренинговых, индивидуальных и групповых занятий.

УДК 616.895.4

ВАРІАНТ ПЕРІОДИЗАЦІЇ ЕТАПІВ ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ

Н. А. Байбарак

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

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, етапи перебігу

Депресивні розлади є одними з найбільш соціально значущих психіатричних проблем сьогодення, зокрема, дослідників, лікарів-практиків та пацієнтів цікавить питання прогнозу при цьому розладі. Одним із підходів до вирішення цієї проблеми може бути адекватна та точна періодизація етапів перебігу рекурентного депресивного розладу. У попередніх публікаціях ми (Підкоритов В. С., Чайка Ю. Ю., 2003; Чайка Ю. Ю., Н. А. Байбарак, 2005, 2008.) повідомляли про перспективність періодизації перебігу рекурентного депресивного розладу зглядаючись на зміни клінічної структури ремісії. Як модель, прототип нами була взята концепція Е. Я. Штернберга (1981) стосовно шизофренії. Ним, на прикладі шизофренії, було виявлено поступове, із перебігом хвороби, спрощення синдромальної структури загострень із ускладненням синдромального складу ремісій, погіршенням їх якості. При рекурентній депресії для періодизації її перебігу найбільш значущими виявилися виникнення в ремісії стійкого дистимічного, адинамічного, іпохондричного радикалів афекту.

На початковій стадії дослідження цієї проблеми (2003 р.) нами, на матеріалі аналізу 51 рандомізованого випадку було виділено 3 типи перебігу рекурентного депресивного розладу. Перший тип проявився фазно-ремісійним перебігом з раннім маніфестом, із тривалими, по 10—15 років інтермісіями високої якості на початку хвороби, переважно спостерігався у жінок. Може вважатися сприятливим, бо висока якість ремісії (початкова стадія хвороби) триває в середньому 25 років. Другий варіант проявляється фазно-

ремісійним перебігом з віддаленим (близько 45-річного віку) маніфестом, теж спостерігається переважно у жінок. Фази чітко окреслені, їх структура на початковій стадії тужливо-тривожна або депресивно-параноїдна. Ремісії в перші 1,5 десятиріччя хвороби тривалі, але мають згладжені астено-тривожні коливання емоційного фону. У подальшій стадії в ремісіях спостерігається наростання хвилеподібних коливань астено-тривожно-дистимічного афекту. Третій тип перебігу характеризується хвилеподібно-фазним перебігом та маніфестує як в молодому віці, так і в більш пізньому, спостерігається в осіб обох статей приблизно із однаковою частотою. Структура фаз відрізняється складністю, власне афектна симптоматика супроводжується коморбідними їй фобічними, іпохондричними або істероформними симптомами. Ремісії з початку хвороби нетривалі, супроводжуються згладженими астено-тривожними та астено-дистимічними коливаннями афекту. Продовження хвороби при цьому типі перебігу проявляється зникненням фаз та хвилеподібним перебігом астено-тривожно-апатичного афекту із виходом у континуальний дистимічно-іпохондричний афект та зміни особистості за сутяжно-кверулянтним варіантом. Пізніше, в 2005 р., при аналізі більшої вибірки досліджуваних додатково був виділений 4-й, «континуальний» тип перебігу, що починається в осіб переважно жіночої статі з преморбіду із згладженими сезонними коливаннями настрою, маніфестує та підтримується психотравмуючими ситуаціями. Одна окреслена фаза у маніфесті хвороби трансформується в безперервний тип перебігу. Останні 2 варіанти перебігу є несприятливими.

Таким чином, стать пацієнта, вік початку хвороби, закономірності клінічної динаміки фазоутворення та формування ремісій є предикторами сприятливості або несприятливості прогнозу перебігу рекурентного депресивного розладу, і можуть бути основою для формування стратегії лікувально-реабілітаційного процесу.

УДК 616.895.4

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У МАТЕРЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

А. Н. Бачериков

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

Ключевые слова: депрессивное расстройство, матери несовершеннолетних детей

Актуальность исследования связана с тем фактом, что депрессивное расстройство матери оказывает большое влияние на развитие ребёнка.

Изучение клинико-психопатологической картины было проведено у 75 женщин, страдающих депрессивными расстройствами, которые имеют несовершеннолетних детей.

В анамнезе выявлена высокая частота злоупотребления алкоголем у отцов наших пациенток (61,3 %). У 14,7 % из них алкоголем злоупотребляли как отец, так и мать, что оказывало непосредственное влияние на становление личности пациенток.

У больных отмечалась сцепленность различных симптомов депрессивного расстройства: психической и соматической тревоги, идей самообвинения и самоуничижения, депрессивного настроения, апатии, астении, суицидальных мыслей. Неуверенность в себе, подавленность приводили к появлению подозрительности, необоснованным страхам, замкнутости в себе, внутреннему напряжению, приступам паники (особенно в утренние часы). Важным симптомом, влияющим на формирование внутреннего мира ребёнка, была ажитация матери в период депрессивного расстройства. Возникновение проблем у ребёнка (болезнь, неуспеваемость в школе, конфликты со сверстниками) сопровождалось парадоксальной реакцией со стороны их матерей — отсутствие мобилизации с уходом в болезненное состояние. Улучшение психического состояния у больных приводило к восстановлению материнских функций.

УДК 616.89-008.441.44 (477.54)

ЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ У ПОПУЛЯЦІЇ ПСИХІЧНОХВОРИХ У МІСТІ ХАРКОВІ (2008—2009 роки)

А. М. Бачериков, Р. В. Лакинський, Е. Г. Матузок

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

Ключові слова: завершений суїцид, психічнохворі

Щорічно в світі реєструється більше 1,4 млн завершених самогубств. За даними офіційної статистики, в Україні здійснюється близько 29 самогубств на рік на 100 тисяч населення, тому за кількістю самогубств Україна входить в групу найменш благополучних країн.

Метою дослідження було проведення статистичного аналізу завершених суїцидальних спроб, що були скоєні у місті Харкові 2008—2009 роках.

На базі даних Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи проведене вивчення деяких статистичних закономірностей суїцидальної поведінки у 396 мешканців міста Харкова. Статистично достовірний максимум завершених суїцидальних спроб у популяції припадає на вік 40—59 років, співвідношення чоловіки/жінки становить 3,31 : 1. Більше половини від загальної кількості суїцидентів, що вкоротили собі віку, загинули у віці 30—59 років. У більш ніж половини з 90,55 % випадків задля здійснення самогубства використовувалися повішення та падіння з висоти. У 40 % суїцидентів під час патоморфологічного дослідження у крові було знайдено алкоголь. Психічнохворі, що на протязі життя зверталися по допомогу до міської державної психіатричної служби у 2008—2009 роках, здійснили близько 8,6 % завершених суїцидів від загальної кількості суїцидентів у місті. Найбільш розповсюдженим різновидом психопатології у суїцидентів були шизофренія, шизотипові та маячні розлади. На другому місці були невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. Афективні розлади займали третю позицію.

УДК 616.895.4-055.2-053.2-079

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ ТА ЇХ ДІТЕЙ ІЗ ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИМИ ЖІНКАМИ ТА ЇХНІМИ ДІТЬМИ

А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна, Р. В. Лакинський

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

Ключові слова: депресія, жінки та їх діти

Обстежено 50 жінок з депресією (1-ша група) та 60 їх дітей — підлітків та 40 практично здорових жінок, що склали контроль (2-га група) із їх 52 дітьми — підлітками. Середній вік жінок 1-ї групи становив 42,3 роки, у контрольній групі він був 41,87 років.

При порівнянні отриманих даних виявлене таке. У жінок 1-ї групи батько у 7 разів частіше регулярно зловживав алкоголем при порівнянні із батьком жінок з 2-ї групи. Вищу та незакінчену вищу освіту здобули 30 % представниць 1-ї групи та 55,5 % жінок з 2-ї групи. Майже вшестеро менше досліджених хворих порівняно із практично здоровими сказали, що мешкають у юридично не зареєстрованому шлюбі. Кількість депресивних жінок, що були офіційно розлучені (26 %), була майже вдвічі вищою у порівнянні із жінками контрольної групи (12,5 %). Значно більша частина депресивних жінок у порівнянні з контролем (40 % проти 28,21 %) демонструвала тенденцію до частої зміни сексуального партнера. Жінки 1-ї групи перевищували жінок контрольної групи за розповсюдженістю хвороб системи травлення (58 % проти 42,5 %), дихальної (60 % проти 42,5 %), серцево-судинної (10 % проти 5 %), сечостатевої (42 % проти 22,5 %) та ендокринної (30 % проти 12,5 %). На одну депресивну жінку у середньому приходилося 2,14 хронічних захворювань, у той час як на одну не депресивну жінку 1,38. Серед дітей жінок 1-ї групи не мали хронічних захворювань 41,67 %, у 2-й — 51,92 %.

Діти депресивних пацієнток помітно перевищували нащадків жінок 2-ї групи за розповсюдженістю серед них хвороб дихальної системи (48,33 % проти 19,23 %), ендокринної системи (28,33 % проти 5,77 %) та серцево-судинної системи (16,67 % проти 3,85 %).

УДК 616.895.4-055.2: 362.17

ВПЛИВ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ МАТЕРІ НА СІМЕЙНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ

А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко

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

Ключові слова: депресія, мати, сімейне функціонування

Для нормального розвитку дитини величезне значення мають взаємини, які складаються усередині сім'ї. Порушення цих стосунків унаслідок депресивного розладу матері може призводити до порушень розвитку дитини. У зв'язку з цим актуальним є вивчення особливостей родинного функціонування та психологічних особливостей дітей в таких сім'ях.

Дослідження було проведене у 50 жінок, хворих на депресивні розлади не менше 5-ти років (основна група), і їх неповнолітніх дітей. Контрольну групу склали 40 здорових матерів і їх діти.

Виявлено наявність порушень загального сімейного функціонування між членами сімей основної групи (особливо у сфері афективного реагування та залученості в афективні реакції). Вони нижче оцінювали свою здатність до розподілу ролей у середині сім'ї та сумісного вирішення проблем, ніж члени сімей контрольної групи ($p \leq 0{,}01$). Це призводило до непорозуміння та незадоволеності від виконання обов'язків один перед одним та порушень внутрішньосімейних комунікацій.

Діти основної групи частіше, ніж діти контрольної скаржилися на головні болі, підвищену тривожність, невпевненість в новій обстановці, відчуття непотрібності та самоти, проблеми в настрої, увазі, відносинах з іншими людьми ($p \leq 0{,}05$).

Показано, що як наявність депресивного розладу в матері призводить до порушення родинного функціонування, так і, навпаки, виникнення сімейної дисфункції та непорозумінь з членами сім'ї є чинником дистресу для матері та причиною погіршення її психічного стану.

УДК616.89:616.831

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ШАХТЕРОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВОЗНИКШИМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ

С. Я. Беро, Е. Г. Никифорова

Областная клиническая психоневрологическая больница — Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: органические психические расстройства, техногенные аварии, эффективность психотерапия, комплексное лечение

Профессиональная деятельность шахтеров сопряжена с высоким психоэмоциональным напряжением и тяжелым физическим трудом. Данное положение усугубляется значительным ростом техногенных аварий в Украине, и в частности в Донецкой области, потенцирующих развитие острых и посттравматических расстройств, а также органических психических расстройств у потерпевших. В связи с этим возникает необходимость качественного оказания комплексного лечения, учитывающего как степень органических нарушений, так и возникшие невротические расстройства.

Целью настоящего исследования стало изучение эффективности и качества лечения шахтеров, переживших техногенные аварии, при использовании комплексного (психотерапевтического и медикаментозного) лечения в сравнении с контрольной группой пациентов, получавших исключительно медикаментозную терапию.

Объект исследования: оценка результатов комплексного лечения 40 шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий, с органическими психическими расстройствами (в возрасте от 22 до 45 лет). В качестве контрольной группы использованы исследования 18 шахтеров с той же нозологией, получавших исключительно медикаментозное лечение.

Основным методом явился клинико-психопатологический, с проведением полуструктурированного психиатрического интервью и психотерапевтического когнитивно-поведенческого ориентированного интервью. Данные этих интервью дополнялись использованием Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI); шкалой социальной адаптации Холмса и Раге (SF-36 HEALTH STATUS SURVEY); исследованием памяти, внимания, мышления; шкалой самооценки уровня тревожности (Спилберга Ч. Д., Ханина Ю. Л.), опросником эффективности психотерапии.

Проводимое в ОКПНБ — МПЦ многоуровневое клинико-психопатологическое исследование позволяет выявить степень выраженности личностной, семейной и трудовой дезадаптации, что определяет тактику ведения больного и проведение психотерапевтических мероприятий.

Шахтеры основной группы, проходившие стационарное лечение в условиях ОКПНБ— МПЦ, помимо медикаментозного лечения получали следующие виды психотерапии: духовноориентированную, когнитивно-поведенческую, спелеотерапию. По завершении курсового лечения проводили оценку эффективности психотерапии по разработанному нами опроснику оценки эффективности.

В сравнении с шахтерами контрольной группы, получавшими исключительно медикаментозное лечение, удалось выявить, что проведение психотерапевтических мероприятий привело к улучшению психологического состояния и психиатрического статуса пациентов, нормализации сна, улучшению настроения, снижению фобий.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости многоуровневого клинико-психопатологического исследования для более эффективного планирования и построения психотерапевтических программ для шахтеров с органическими психическими расстройствами.

Выявлено, что комплексное лечение, включавшее проведение психотерапевтических мероприятий и медикаментозной терапии, более эффективно в лечении шахтеров, переживших техногенные аварии.

УДК 616.891:340.619:615.851

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕРТВ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ

М. П. Беро, В. В. Сорока

Областная клиническая психоневрологическая больница — Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: насилие в семье, семейная психотерапия, клинико-психопатологическое исследование

Насилие в семье создает условия хронической психотравмирующей ситуации для ее членов, оказывает негативное влияние на их психическое здоровье.

Опыт клинической психиатрии свидетельствует о недостаточной эффективности только медикаментозной терапии. Поэтому столь актуальным является подбор эффективных психотерапевтических мероприятий, направленных на нормализацию психического, соматического и социального статусов.

Цель исследования: выявление наиболее эффективного метода психотерапии в комплексном лечении пациентов с невротическими расстройствами, переживших насилие в семье.

20 пациентов с невротическими расстройствами, переживших насилие в семье разделены на две группы.: первую группу (14 человек) составили пациенты, получавшие психотерапевтическую помощь без привлечения супруга(и); вторую группу (6 семей) — пациенты, проходившие семейную психотерапию совместно с супругом(ой).

Основным методом явился клинико-психопатологический (сбор психологического анамнеза, наблюдение, беседа) с использованием следующих методик: Гарвардский опросник перенесенных травм (Mollica et al., 1992); Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI); шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R); шкала самооценки уровня тревожности (Спилберга Ч. Д., Ханина Ю. Л.), методика незавершенных предложений Сакса — Сиднея (J. M. Sacks, S. Sidney). Эффективность психотерапии оценивали по разработанному нами опроснику оценки и эффективности психотерапии.

В ходе исследования выявлено, что пациенты первой группы, получавшие психотерапевтическое лечение без привлечения других членов семьи, отмечали субъективно нестойкое улучшение в своем состоянии после 5—6 сеанса, а подтвержденное психологическим исследованием улучшение наступало после 8 сеанса.

Пациенты второй группы, получавшие семейную психотерапию совместно с супругом(ой), отмечали как субъективное, так и объективное улучшение после 2—3 сеанса.

Для успешной психотерапевтической интервенции психотерапевту необходимо использование данных психологического анамнеза, включающего структурные, динамические и исторические параметры. Улучшению комплайенса и повышению эффективности служит разработанный оценочный опросник.

Таким образом, семейная психотерапия у пациентов, переживших насилие в семье, позволяет проводить более точную психотерапевтическую интервенцию, учитывающую макро- и микродинамику функционирования семейной системы.

УДК [616.89-008.1:616.212]-089.168

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Л. А. Боднар

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: тривожність, дефекти зовнішнього носа, ринопластика

Тривога як психічний стан породжується болісним очікуванням уявної небезпеки, невідомими, новими та незнайомими обставинами, нестандартними, особливо значимими для особистості ситуаціями та проявляється різними за ступенем вираженості переживаннями внутрішнього напруження, занепокоєнням, невпевненістю, нерішучістю. Саме такі умови впливають на пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готуються до ринопластики.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей та динаміки тривожності у даної категорії пацієнтів до та після оперативного втручання.

Обстежено 35 хворих (20 жінок та 15 чоловіків) віком від 18 до 45 років, які звернулися до пластичного хірурга з метою проведення ринопластики. У 18 із них була вроджена, у 17 — набута патологія зовнішнього носа. Наявність тривожності та її рівень оцінювали за шкалою ситуативної і особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна.

Проведені дослідження показали, що до ринопластики середній бальний показник ситуативної тривожності в осіб з дефектами та деформаціями зовнішнього носа виявився високим — 39,34 ± 0,96. Це підтверджено даними індивідуального аналізу, за яким високий рівень ситуативної тривожності виявлений у 7 (20 %), помірний — у 24 (70 %) та низький — лише у 4 (10 %) пацієнтів. Особистісна тривожність пацієнтів також реєструвалася на високому рівні. Так, до лікування її середній бальний показник складав 47,17 ± 0,85. При цьому у переважній більшості обстежених 28 (80 %) виявлений високий рівень та лише у 7 (20 %) — помірний.

Після оперативного втручання прояви як ситуативної, так і особистісної тривожності зменшилися. Їхній середній бал достовірно знизився (з 39,34 ± 0,96 до 35,91 ± 0,90 ($p < 0,05$) та з 47,17 ± 0,85 до 44,74 ± 0,81 ($p < 0,05$) відповідно). Це підтвердив індивідуальний аналіз, за яким у післяопераційний період показники ситуативної і особистісної тривожності у переважної більшості пацієнтів знизилися, однак у 10 (29 %) та 12 (34 %) хворих відповідно продовжували реєструватися на попередньому рівні.

Таким чином, проведені дослідження показали, що у хворих з дефектами та деформаціями зовнішнього носа спостерігаються високі рівні як особистісної, так і ситуативної тривожності, які після проведеного оперативного втручання знижуються незначно, що потребує індивідуальних підходів до лікування з включенням психотерапевтичних методів та визначення основних напрямків реабілітаційних заходів.

УДК 616.89

ПОПЫТКА СИСТЕМАТИКИ ПОЗИТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Р. Б. Брагин, А. И. Брагина, Д. Р. Тахташова

Харьковская медицинская академия последипломного образования; Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3; Донецкая областная клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: психическое здоровье, религия, вера, адаптация

Роль позитивного терапевтического влияния религиозной веры в отношении отдельных психических расстройств (главным образом — пограничного уровня) считается установленной. Одно из психиатрических обобщений констатирует, что нередко религиозная вера «приносит если не излечение, то смягчение болезни» (Б. А. Воскресенский, 1997). В целом ряде публикаций высоко оценивается роль религиозных установок и чувств в профилактике тревожных и депрессивных расстройств, суицидальных намерений. В последние годы расширилось исследовательское направление по изучению зависимости психического здоровья от уровня религиозности и религиозной практики. В рамках этих исследований установлено, что религиозная вера положительно коррелирует с психическим здоровьем. О важности развития данного исследовательского направления и использования полученных результатов свидетельствует проведение под эгидой ВОЗ двух международных монотематических конгрессов «Психическое здоровье и религия». В работе первой из них участвовал один из авторов (Р. Б., Тегеран, 2001).

Основанием для настоящего сообщения является то, что в течение 20 лет авторы имели возможность постоянного общения с активными прихожанами двух религиозных общин, относящихся к традиционным конфессиям. Непосредственное наблюдение, периодическое интервьюирование и анкетирование прихожан позволило накопить широкий материал, касающийся разнообразных вопросов взаимоотношения религиозной веры, общинной поддержки и психического здоровья. Результаты анализа полученных данных были отчасти представлены авторами в ряде публикаций.

Ниже излагается попытка систематизации констатированных нами позитивных эффектов религиозной веры с проекцией на психическое здоровье и, как следствие, на жизненную адаптированность прихожан. Указанные эффекты проявлялись на различных психосоциальных уровнях и в разнообразных формах:

1) в собственно духовно-религиозной сфере (например, пожертвования, стремление к безгрешности поступков, отмаливание грехов, паломничество);

2) в сфере самосознания (например, рост самоуважения, укрепление самообладания, повышение оценки собственных возможностей, жизненная уверенность);

3) в коммуникативной сфере (например, формирование или укрепление толерантности в общении, активность в процессе внутриобщинной взаимоподдержки, установка на добрососедские взаимоотношения, отзывчивость);

4) в социальной сфере (например, позитивные семейные установки, старательное исполнение родительских обязанностей, гражданская добропорядочность);

5) в когнитивной сфере (например, уяснение жизненных целей и смысла человеческого существования, смирение с конечностью земной жизни, рациональное отношение к превратностям судьбы);

6) в поведенческой сфере (например, установка на здоровый образ жизни с исключением употребления наркотических веществ, осуждаемых азартных игр, беспорядочных половых отношений).

Приведенная систематизация раскрывает конкретные пути и механизмы, которые обеспечивают позитивное влияние религиозной веры на психическое здоровье. Позитивы в каждой из сфер или их сочетание, в конечном счете, способствуют социальной адаптированности и жизненной устойчивости этих лиц, что становится особенно важным в кризисные периоды состояния общества.

УДК 616.89-008.19-08

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ДВОЙНЫМ ДИАГНОЗОМ

В. И. Букреев, О. И. Серикова

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков

Ключевые слова: двойной диагноз, эмоциональные нарушения, лечение

Высокие темпы современной жизни приводят к множественным факторам воздействия на патогенез возникновения психических заболеваний, которые ставят перед клиницистами выбор предпочтительности главных, осевых синдромов. В таких случаях трудно выделить какую-либо одну, главную приоритетную причину возникновения заболевания и возникает определенная группа больных, у которых рационально выдвинуть несколько диагнозов или по меньшей мере, не менее двух, что отражается на лечебной тактике и рекомендациях к проводимой и поддерживающей терапии.

Нами обследовано 25 больных с «двойным диагнозом»: органическое расстройство личности + эпилептическая болезнь, на первый план у которых длительное время выступали эмоциональные нарушения. Из них было 14 мужчин, 11 женщин; возраст от 19 до 62 лет.

Депрессивная симптоматика определялась переживаниями тоски и тревоги с той или иной степенью ассоциативной заторможенностью, отчетливыми суточными колебаниями настроения, расстройствами сна и соматическими симптомами депрессии (снижение аппетита, дефицит массы тела, запоры, аменорея).

Выраженность депрессивных идей не достигала у больных бредового уровня. Преобладание тоскливого аффекта сопровождалось развитием идей малоценности и самообвинения, тревожного аффекта — виновности, ипохондрических идей. Наиболее распространенными среди всех депрессивных высказываний оказались ипохондрические идеи.

Больным проводили комплексную терапию (антисудорожную, симптоматическую, антидепрессивную), которую в ходе проводимого лечения подвергали коррекции в связи с осложнениями эмоциональной сферы (дистимии, дисфории, ларвированные депрессивные эквиваленты и другие атипичные ее проявления).

Проведение курса лечения больным с двойным диагнозом не может ограничиться только поддерживающей терапией на длительную перспективу небольшой группой препаратов, а необходимо учитывать в межприступный период лечебную корреляцию, в соответствии со сложным проявлением патогенетических механизмов у этих больных (возникновение атипических состояний) на этапах невыраженного течения болезни.

УДК 616.89:614.253

СТРУКТУРА ДЕЗАДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ВРАЧЕЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

И. С. Витенко

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: врачи семейной медицины, дезадаптивные реакции

Актуальность исследования проблем адаптации врача к профессиональной деятельности не вызывает сомнения, но только в последние годы систематически изучаются внутренние и внешние факторы протекания этого процесса и его нарушения. В возникновении и закреплении дезадаптивных реакций у врачей особую роль играют индивидуально-психологический паттерн реакции, личностные особенности и те способы поведения, которые врач реализует в профессиональной деятельности.

С целью выявления структуры дезадаптивных реакций врачей нами было проведено обследование 270 врачей общей практики.

Структура дезадаптивных реакций у врачей общей практики состоит из пяти типов дезадаптивных реакций: астенический (33 %), гиперестезический (22 %), апатический (16 %), депрессивный (17 %), психосоматический (12 %). Нами были выделены 2 уровня адаптации врача к профессиональной деятельности: высокий уровень адаптации характеризовался высоким уровнем работоспособности, психологического комфорта, наличием резервов для преодоления критических ситуаций, объективных трудностей, связанных с недостатками в современной организации лечебного процесса; низкий уровень проявлялся снижением уровня работоспособности и психологического комфорта в кризисных ситуациях, развитием состояний дезадаптации, проявлениями психологического дискомфорта в повседневной жизни.

В формировании психологической адаптации семейного врача к профессиональной деятельности лежит многофакторная обусловленность, в которой разнообразные факторы представлены в неразрывном комплексе, который определяет уровень адаптации. Разработка и усовершенствование методологии и методики оценки различных уровней адаптации врачей к профессиональной деятельности позволит осуществить прогноз возникновения дезадаптации и адекватно решать вопросы их психокоррекции и психопрофилактики.

УДК 616.89:615.214:612.68

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ДЕЗАДАПТИВНЫЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВРАЧЕЙ ХИРУРГОВ

В. Л. Гавенко, В. В. Бойко

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: качества жизни, расстройства адаптации, врачи хирурги

Резкое снижение средней продолжительности жизни населения, особенно некоторых специфических групп населения, с позиции социальной психиатрии требует специального внимания и массовых популяционных исследований отдельных социальных групп украинского населения, находящихся в наиболее эмоционально-стрессовых условиях работы. К таким группам относятся врачи, и в частности хирурги. Безусловно, наряду со снижением средней продолжительности жизни населения, наличие большого уровня дезадаптивных психических расстройств у врачей хирургов делает необходимым проведение исследований этих лиц с анализом факторов риска развития дезадаптивных расстройств, качества их жизни и постоянно усложняющихся условий их труда, приводящих к хроническим стрессорным перенапряжениям.

Изучение качества жизни хирургов за последние годы с позиций доказательной медицины не проводились и даже первый опыт изучения врачей-интернов и молодых специалистов демонстрирует наличие у них высокого

психоэмоционального напряжения, дефицита ночного сна, выхода на работу после ночного дежурства, вынужденное нарушение режима питания, отдыха, курение, нередкие случаи релаксации алкоголем, выраженная гиподинамия и особенно гипокинезия, что в результате резко снижает качество жизни хирургов и сопровождается дезадаптивными нарушениями и психосоматическими расстройствами. С целью снижения этих расстройств и заболеваний, на основании проведенных исследований, необходимо существенное снижение факторов риска, соблюдение всех требований законодательства и профилактических осмотров, а также создание системы профотбора и реабилитации врачей-хирургов.

УДК 616.89-008.47-053.7-003.96:362.141

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ И ДРУГОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ

В. Л. Гавенко, Н. В. Гавенко, В. В. Бойко

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: качества жизни, расстройства адаптации, студенты

Исследования качества жизни всегда заслуживали внимания при квалифицированной, полной оценке симптомов различных заболеваний и их влияния на жизнь человека. Мультидисциплинарные, популяционные исследования в различных регионах станы проводились НИИ кардиологии Москвы и Харькова с участием психиатров ХМИ с целью выявления психических факторов, вызывающих развитие гипертонической болезни и сердечно-сосудистой недостаточности. В ходе работы исследовались условия жизни, учебы, быта студенческой молодежи по 74 позициям.

В результате на протяжении последних 30 лет отмечен неуклонный рост неблагоприятных факторов жизни студентов, которые в некоторых случаях являются прямыми факторами риска развития психических изменений и расстройств, а именно эмоциональное перенапряжение, недостаточный сон, курение, употребление психоактивных веществ, гиподинамия, неполноценное питание, неудовлетворенность выбором профессии и тем, что значительная часть из них не видит перспектив для себя в сфере медицины, что приводит к тому, что около 30 % врачей уходят из медицины. В результате вышеперечисленных неблагоприятных условий значительная часть студентов с обучением не справляется и оставляет учебу.

Лечение должно приводить не только к улучшению самочувствия, но и к улучшению качества жизни, которое к сожалению в последние годы имеет тенденцию к ухудшению и требует не только медицинских, но и государственных мер решения данной проблемы, особенно у лиц молодого возраста.

УДК 616.89:616.74-099.56

ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Л. О. Герасименко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: косметична хірургія, ціннісні орієнтації

На сучасному етапі технічне оснащення та бездоганне володіння різноманітними методами пластичної хірургії не завжди є гарантією успішної роботи та отримання очікуваного результату у пацієнта. Досить часто пластичні хірурги зустрічаються з психоемоційними проблемами пацієнтів, що призводить до невдоволення результатом, повторних хірургічних втручань, депресивних реакцій у пацієнтів, зниження самооцінки.

У зв'язку з актуальністю проблеми було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження (методика «ціннісні орієнтації» М. Рокича) 67 жінкам, які зверталися за допомогою до пластичних хірургів. У відповідності до методики М. Рокича, визначали систему ціннісних орієнтацій, що відзначала спрямованість особистості, основні її стосунки, ядро мотивації життєвої активності, життєву концепцію та «філософію життя». Внаслідок цього ми отримали два класи цінностей у даних пацієнтів: перший клас (термінальні) (87,2 %) та другий клас (інструментальні) (17,3 %). В ході дослідження також визначено, що переважно психоемоційні проблеми даних пацієнток такі: надмірна фіксація на косметичному дефекті (28,2 %), перебільшення косметичного ґанджу, а іноді надуманого (18,6 %), пов'язування косметичної проблеми з ситуаціями в особистому, сімейному житті (19,7 %), залежність особистого щастя та професійного успіху від результатів роботи косметолога (6,3 %), бажання домогтися позитивного ефекту за короткий час (12,3 %), надія отримати неможливий результат.

УДК 616.89-008.454-085.851

ДИНАМІКА ДЕПРЕСИВНОЇ ТА ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПРЕПАРАТОМ МЕЛІТОР

К. В. Гринь

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О. Ф. Мальцева, м. Полтава

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, депресивний епізод, тривожність, мелітор

Депресивні розлади — найбільш поширені психічні порушення як в структурі психічної патології, так і серед усіх причин звернення за медичною допомогою. Досліджені фактори розвитку депресій, однак лікування хворих залишається тривалим і складним.

Проведено комплексне обстеження 30 хворих (всі жінки) з депресивними розладами, що перебували на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні ім. О. Ф. Мальцева. Критерієм включення пацієнтів в дослідження була наявність рекурентного депресивного розладу (F 33), депресивного епізоду (F 32), усвідомлена згода пацієнтів на участь в дослідженні. У відповідності до мети дослідження пацієнти були поділені на дві досліджувані групи. До першої групи увійшли 16 пацієнтів з рекурентним депресивним розладом. Другу групу склали 14 осіб з первинним депресивним епізодом.

Був використаний клініко-психопатологічний метод: шкала Гамільтона для оцінки глибини депресії (HDRS), шкала глобального клінічного враження (CGI), шкала тривожності Спілбергера — Ханіна. Виявлено, що у хворих першої групи редукція депресивної симптоматики при лікуванні мелітором відбувалася на 38,6 % повільніше, ніж у пацієнтів з первинним депресивним епізодом, а зниження рівня тривожності — на 24,7 % відповідно.

Результати проведених досліджень показали, що редукція депресивної та тривожної симптоматики при рекурентних депресіях з тривалим перебігом відбувається повільніше, ніж при первинному депресивному епізоді.

УДК 616.33/34:616.1]-056.1

АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Н. В. Гринько

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: акцентуйовані особистості, поєднана патологія, опитувальник Шмішека

На сьогоднішній день психосоматичні розлади складають значну частину «хвороб цивілізації» і протягом останнього століття є об'єктом інтенсивних досліджень в рамках так званої психосоматичної медицини. Особливо зросла їх роль в структурі загальної захворюваності. Індивідуальні особливості емоційно-особистісної сфери відіграють значну роль у розвитку та прогресуванні захворювань, а також займають чільне місце у клінічній картині хвороби. За концепцією К. Леонгарда «акцентуйованих особистостей», притаманні особистості риси можуть бути поділені на основні та такі,

що доповнюють. Основні риси складають «ядро» особистості. У випадку яскравої вираженості основні риси стають акцентуаціями характеру. Відповідно такі особистості називаються «акцентуйованими». Акцентуйовані особистості не слід розглядати як патологічні, але у випадку впливу несприятливих факторів акцентуації можуть зруйнувати структуру особистості, набути патологічного характеру. Це особливо слід знати і враховувати лікарям при взаємодії з даною категорією пацієнтів.

Тому метою нашого дослідження було вивчення характеристик емоційно-особистісної сфери для визначення ролі психологічних факторів у ґенезі захворювання, визначення «внутрішньої картини хвороби» у пацієнтів з поєднаною патологією серцево-судинної систем (ССС) та шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Для досягнення поставленої мети було обстежено 10 хворих з поєднаною патологією ССС, а саме з ішемічною хворобою серця, та ШКТ. Для дослідження акцентуацій особистості використано опитувальник Шмішека, куди входили 88 запитань, що стосувалися різних сторін характеру особистості. Відповідати слід було швидко, довго не думаючи, лише «так» («+») або «ні» («–»).

Під час аналізу отриманих даних було виявлено, що у цієї категорії пацієнтів превалюють емотивна (18 %) та циклотимна (18 %) акцентуації, а також можна відзначити екзальтований (14 %) та гіпертимний (9 %) типи. Крім того, відмічаються тенденції до таких типів акцентуацій: тривожної, збудливої та педантичної. За результатами дослідження можна зробити такий висновок: слід враховувати акцентуації особистості при плануванні роботи з даною категорією пацієнтів, при повідомленні діагнозу, з метою корекції лікування, а також для визначення тих чи інших комплайєнс-стратегій.

УДК 616.8-008.64-053.7-001.8

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У СТУДЕНТОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Л. Н. Гуменюк, Т. Э. Редзанова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь

Ключевые слова: тревожные, депрессивные расстройства, реформирование высшего образования

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов выявлен быстрый рост депрессивных расстройств, в частности, отмечается значительная распространенность тревожных и депрессивных расстройств у студентов высших учебных заведений (в 38—61 % случаев).

Цель исследования — изучение распространенности и клинико-психопатологических особенностей тревожных и депрессивных расстройств непсихотического уровня у студентов экономического факультета в условиях реформирования высшего образования.

В исследовании приняли участие 160 студентов 4—5 курсов экономического факультета Таврического национального университета, среди которых юноши составили 48,1 %, девушки — 51,9 %. Средний возраст исследованных — 22,0 ± 2, 1 года.

Для первичной оценки психического состояния использовали краткую скрининговую психиатрическую шкалу BPRS. Для определения выраженности депрессии — шкалу Гамильтона (HAM-D). Для оценки уровня ситуативной и личностной тревожности — опросник Спилбергера — Ханина.

У 72 (45,0 %) студентов диагностированы тревожные и депрессивные расстройства непсихотического уровня. Клинико-синдромологический анализ позволил выделить три подгруппы: подгруппу с тревожно-депрессивными (ТДР) расстройствами — 38 (52,8 %) студентов; с депрессивными (ДР) — 19 (26,4 %) и подгруппу с тревожными расстройствами (ТР) — 15 (20,8 %). В подгруппе исследованных с ТДР у 63,1 % преобладал тревожно-депрессивный синдром, у 15,8 % — тревожно-депрессивный с выраженным астеническим компонентом, у 15,8 % человек тревожно-депрессивный синдром с выраженным ипохондрическим компонентом и у 5,3 % — тревожно-депрессивный с фобическим компонентом. В подгруппе студентов с ДР у 57,9 % наблюдался депрессивный синдром, у 26,3 % — астено-депрессивный синдром, у 10,5 % — депрессивно-фобический и у 5,3 % — депрессивно-дисфорический. В подгруппе исследованных с ТР у 33,3 % человек преобладал тревожный синдром, у 40,0 % — тревожно-астенический, у 26,7 % — тревожно-ипохондрический.

По шкале Спилбергера — Ханина умеренный уровень ситуативной тревожности наблюдался у 38,3 % студентов, высокий уровень — в 58,9 %; умеренный уровень личностной тревожности был характерен для 20,6 % и высокий уровень — для 68,0 % исследованных.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 были установлены следующие диагнозы тревожных и депрессивных расстройств непсихотического уровня: смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) — 34,7 % человек; легкий депрессивный эпизод (F32.0) — 36,1 %; неврастения (F48.0) — 16,7 %; генерализованное тревожное расстройство (F41.1) — 8,3 %; смешенная тревожно-депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации (F43.22) — 2,8 %; умеренный депрессивный эпизод (F32.1) —1,4 % исследованных.

Результаты исследования показали высокую распространенность (45,0 %) ТДР непсихотического уровня у студентов экономического факультета в условиях реформирования высшего образования, что свидетельствует о необходимости разработки адекватных подходов к диагностике данных расстройств, определения показаний и применения эффективных способов их профилактики, лечения и рекреативности.

УДК 616.89.617.52-006

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Л. Н. Гуменюк, В. А. Рослякова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь; Стоматологическая клиника, г. Харьков

Ключевые слова: опухоли челюстно-лицевой области, психоэмоциональное состояние

По данным ВОЗ, из 7 млн новых случаев онкологических заболеваний 25 % приходится на злокачественные новообразования челюстно-лицевой области. Проведенные эпидемиологические исследования показали, что у 70—80 % таких больных возникают те или иные психические нарушения.

Цель исследования — изучить особенности психоэмоционального состояния пациентов с опухолями челюстно-лицевой области.

Обследовано 50 человек (30 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст 34,5 ± 1,3 года) с документированными опухолями челюстно-лицевой области. Структуру и интенсивность эмоций изучали с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния» (Н. А. Марута, 2000). Для определения степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу выраженности депрессии Гамильтона (HAM-D). Для оценки тревоги — клиническую шкалу тревоги Гамильтона (HAM-A) (M. Hamilton, 1960), согласно которой были проанализированы психические и соматические симптомы тревоги.

Выявлено, что у обследованных преобладали негативные эмоции: общая неудовлетворенность (частота встречаемости 98,1 ± 1,3 %, интенсивность 3,9 ± 0,6 баллов); боязни (80,1 ± 0,9 %, интенсивность 2,8 ± 0,7); тревоги (89,9 ± 1,6; 3,6 ± 0,4); страха (88,1 ± 2,7 %; 2,9 ± 0,6) чувство обиды (59,8 ± 1,6 %; 1,8 ± 0,6).

При объективизации психопатологической симптоматики с помощью шкалы Гамильтона у 68,2 ± 1,8 % обследованных

диагностирован легкий депрессивный эпизод (средний суммарный балл составил 13,6 ± 2,5), а у 31,8 ± 1,2 % — умеренный депрессивный эпизод (23,8 ± 3,5 балла). При верификации признаков тревожного расстройства у 88,1 ± 1,4 % выявлено умеренное тревожное состояние (40,1 ± 1,2 балла), у 11,9 ± 1,6 % — тяжелое (54,2 ± 1,2 балла).

Установлено, что для больных с опухолями челюстно-лицевой области характерно наличие негативно окрашенных эмоций с преобладанием депрессивных, тревожных и фобических компонентов. Особенностью депрессивного компонента была направленность негативных переживаний на собственную личность, у фобического — политематический характер. В клинической картине тревожных расстройств ведущее положение занимали симптомы психической тревоги. Общий спектр эмоциональных колебаний сопровождался низким уровнем позитивных эмоций.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совместного наблюдения и лечения пациентов с опухолями челюстно-лицевой области врачами — стоматологами, психиатрами, медицинскими психологами с применением фармакологической и психотерапевтической коррекции, что позволит повысить эффективность лечения злокачественного процесса и улучшить качество жизни данной категории больных.

УДК 616.89

МАКРО- И МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТИ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Л. Н. Гуменюк, В. А. Строевский

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь

Ключевые слова: психические больные, интеграция в общество

Современная парадигма психиатрии базируется на признании биопсихосоциальной природы человека при его социальной сущности, в соответствии с которой индивидуум рассматривается как целостная, многоуровневая, иерархически организованная система, требующая детального анализа не только клинико-психопатологических и биологических параметров, но и углубленного изучения роли социальных факторов, как в возникновении, так и развитии ограниченной способности к интеграции в сообщество (ОСИС), а также поисков возможных воздействий на социальную адаптацию

Цель исследования: изучить влияние макро- и микросоциальных факторов на возникновение ОСИС у психически больных.

Обследовано 311 лиц с ОСИС в возрасте от 20 до 62 лет. Выборка включала 2 группы обследованных (в основную группу выделены 161 человек без определенного места жительства с различными диагнозами психического расстройства; в группу сравнения — 150 психически больных без определенного места жительства, находившихся на стационарном лечении в психиатрических больницах). Критериями включения пациентов в группу являлись: отсутствие определенного места жительства или прописки, неспособность поддерживать отношения с другими людьми, неспособность деятельности в обществе, диагноз психического расстройства по МКБ-10.

Было проведено комплексное клинико-психопатологическое, клинико-анамнестическое исследование. При изучении влияния макро- и микросоциальных факторов на возникновение ОСИС у вышеуказанного контингента руководствовались классификацией Т. Б. Дмитриевой.

При тщательном клиническом анализе жалоб обследованных было установлено, что в 100,0 % случаев формирование ОСИС было связано с воздействием определенного провоцирующего (социального) фактора или их комплекса. Для обобщения полученных данных проанализированы количественные (частота встречаемости) и качественные (интенсивность) характеристики влияния макро- и микросоциальных факторов на развитие ОСИС у обследованных.

Среди негативных макросоциальных факторов, провоцирующих развитие ОСИС у исследованного контингента, ведущим были отсутствие перспектив в собственной жизни (переживание бессмысленности существования). В качестве микросоциальных факторов, приведших к ОСИС, чаще всего в основной группе выступали: развод; семейные конфликты; лишение свободы; смерть родных и близких. В группе сравнения у исследованных наблюдались: личные заболевания (хронические болезни); развод; смерть родных и близких. Среди установленных статистически значимых провоцирующих факторов риска формирования ОСИС у психически больных наиболее значимыми были: экзистенциальные и безработица; развод, семейные конфликты, лишение свободы, личные заболевания (хронические болезни).

Для эффективности реабилитации психически больных с ОСИС необходимо проводить анализ макро- и микросоциальных факторов, что станет составляющей для разработки психотерапевтических мероприятий. Такой подход даст возможность улучшить качество лечения и облегчить социальную адаптацию больных. Установленные факторы риска одновременно указывают направления профилактики формирования ОСИС у лиц с психическими расстройствами.

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ — «УЗАГАЛЬНЕННЯ ПОРТРЕТА» ПАЦІЄНТА З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В ПЕРВИННІЙ МЕДИЧНІЙ МЕРЕЖІ

В. А. Демченко

Міська психоневрологічна лікарня № 2, м. Київ

Ключові слова: психічні розлади, первинна медична мережа, пацієнт

Проблема виявлення та лікування психічних розладів є актуальною не тільки для сучасної психіатрії, але й загалом для медицини. Проведені під егідою ВООЗ дослідження показали, що психопатологічні розлади в загальномедичній практиці становлять 30—57 %, а у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, тривожно-депресивні розлади (ТДР) виявляються в 65 % випадків.

Світові дослідження доказової медицини, засновані на даних клінічної епідеміології, показали диференційовані рівні поширеності ТДР в різних субпопуляціях пацієнтів. Якщо підсумувати різні результати з 25 епідеміологічних робіт за останні 10 років, опубліковані в англо-американських і західноєвропейських журналах, то картина виглядає таким чином: на 30 хворих, що звернулися до лікарів загальносоматичного профілю, припадає на день 2—3 пацієнти з «великою» депресією і 7—8 з депресивними та/або тривожними симптомами; 10—12 % постійних відвідувачів поліклініки є депресивними та/або тривожними пацієнтами; 24—46 % стаціонарних хворих з соматичною патологією мають ТДР; 3—4 % у загальній популяції людей похилого віку старше 65 років страждають на ТДР і у 15 % відзначаються тривожно-депресивні симптоми; 40—65 % хворих у постінфарктний період мають депресивні симптоми і в 18—25 % випадків у таких пацієнтів реєструється великий депресивний епізод; 18—20 % хворих при ангіографічно верифікованій коронарній хворобі, а також 60 % хворих після порушення мозкового кровообігу через 6 місяців хворіє на ТДР; 13 % онкологічних хворих відповідає критеріям «великої» депресії, а 47 % — має її явні клінічні ознаки; 40 % осіб з хворобою Паркінсона і 33 % осіб з хворобою Альцгеймера страждають на уніполярну депресію.

Таким чином, на сьогодні в світі спостерігається стійка тенденція поширення психічних розладів серед пацієнтів загальносоматичної практики, що обумовлене

як збільшенням розповсюдженості психічної патології, так і удосконаленням її діагностики.

З метою створення загального «портрета вітчизняного пацієнта з психічними розладами в первинній медичній мережі», протягом 2003—2010 рр. за умови інформованої згоди нами проанкетовано та обстежено 2894 пацієнти Центральної поліклініки Дніпровського району м. Києва. Із загальної кількості обстежених у 816 осіб діагностовано психічні та поведінкові розлади, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 (в основному — депресивні, тривожно-депресивні, фобічні, тривожні та панічні розлади). Таким чином, кількість відібраних хворих склала 28,2 % від загальної кількості вивчених пацієнтів.

Встановлено, що серед пацієнтів первинної медичної мережі, які страждають на порушення психіки, питому вагу складають жінки (63,1 ± 4,8 % проти 36,9 ± 4,8 % чоловіків), віком від 41 до 60 років (63,8 ± 4,8 %), з середньо-спеціальною або вищою освітою (80,1 ± 4,0 %), одружені (46,1 ± 5,0 %) або розлучені й самотні (53,9 ± 5,0 %), які проживають у власній квартирі (67,3 ± 4,7 %), які працюють (44,2 ± 5,0 %) або є пенсіонерами за віком (23,3 ± 4,2 %) чи інвалідністю (21,9 ± 4,1 %). Серед загальної вибірки інваліди за соматичним захворюванням складають 47,2 ± 5,0 % осіб, серед яких 33,2 ± 4,7 % пацієнтів — внаслідок аварії на ЧАЕС.

З усіх обстежених 33,8 ± 4,7 % спостерігаються у невропатолога, 28,7 ± 4,5 % лікуються у кардіолога, 16,5 ± 3,7 % — у гастроентеролога; інші 21,0 ± 4,1 % пацієнтів отримують терапію, призначену ендокринологом, урологом, офтальмологом, отоларингологом або хірургом.

Таким чином, отримані дані в цілому підтвердили світові тенденції щодо наявності та розповсюдженості психічних розладів серед пацієнтів первинної медичної допомоги.

Вищезазначене потребує взаємодії системи надання психіатричної допомоги з системою загальної медичної допомоги, зокрема, інтеграції окремих форм психіатричної допомоги у заклади первинної медичної мережі, перш за все — в територіальні поліклініки (сімейні амбулаторії).

УДК 616.379-008.64-053.2-08:362.13

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

О. А. Демченко

Харьковская школа-интернат для детей, больных сахарным диабетом, г. Харьков

Ключевые слова: сахарный диабет, дети, психотерапевтическая помощь

В юном возрасте сахарный диабет (СД) имеет преимущественно тяжелое лабильное течение. Наличие тяжелого хронического заболевания само по себе, частые госпитализации приводят к расстройству адаптации ребенка, повышению уровня тревожности, а иногда других невротических проявлений.

Учитывая определенные медико-экономические стандарты стационарного лечения, длительность которого чаще не превышает 2—3 недель, а векторность решения проблем обращена на восстановление метаболического равновесия и многие проблемы психологического плана остаются не решенными.

Важная роль для адаптации ребенка и подростка, больного СД, принадлежит реабилитационному подходу с учетом возрастных особенностей формирующейся личности и изменений, как социальных факторов (изменение образа жизни), так и физиологических, вызванных наличием тяжелого соматического заболевания.

Нами разработана программа психологической и психотерапевтической помощи детям, больным СД.

Программа включает: психологическое консультирование; психологическую диагностику, направленную на изучение особенностей личности, внутренней картины здоровья, типа межличностных отношений, диагностику паттернов поведения, а также модуль психокоррекции, предусматривающий индивидуальную, семейную терапию, когнитивно-поведенческую и арт-терапию.

Медико-коррекционные стратегии в отношении всей совокупности дезадаптирующих воздействий направлены на уменьшение или смягчение влияния психотравмирующих факторов, связанных с основным заболеванием, обеспечение и восстановление эмоционального равновесия, а так же коррекцию неадекватных форм поведения.

Индивидуальные программы психологической коррекции детей с СД позволяют достичь оптимизации контроля течения заболевания и обеспечить высокое качество жизни в системе «жизнь с диабетом».

УДК 616.379-008.64-053.2:159.992

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

О. А. Демченко

Харьковская школа-интернат для детей, больных сахарным диабетом, г. Харьков

Ключевые слова: эмоциональное состояние, тревожность, компенсация СД, психотерапия

Для современной медицины сахарный диабет (СД) является одной из важнейших проблем вследствие его большой распространенности, как среди взрослого, так и среди детского населения. Дети до 18 лет составляют 6—10 % всех больных СД 1 типа. У пациентов, страдающих СД, часто встречаются психологические и психические расстройства, которые не только ухудшают социальную адаптацию больного, но и влияют на уровень компенсации данного заболевания.

Ведущая роль в формировании психосоматических и невротических расстройств принадлежит истощению и срыву компенсаторных механизмов организма под влиянием факторов риска, одним из которых является хроническое эмоциональное напряжение, проявляющееся повышением уровня реактивной и личностной тревожности. В формировании личностных особенностей ребенка в целом, в том числе и повышенной личностной тревожности как свойства личности, главную роль играет ближайшее семейное окружение, т. е. его родители.

Нами проведено исследование 100 детей в возрасте от 6 до 18 лет, больных СД 1 типа. Дизайн исследования включал изучение колебания уровня гликемии в течение суток, показателей гликозилированного гемоглобина, суточной глюкозурии. Психологическую диагностику с помощью теста Спилбергера — Ханина и теста К. К. Яхина и Д. М. Менделевича проводили как у детей, так и у их родителей.

Высокий уровень реактивной тревожности отмечен 24 % детей и 37 % их матерей, а личностной тревожности — у 58 % детей и 47 % матерей. Аналогичные результаты получены по шкале тревоги теста К. К. Яхина и Д. М. Менделевича. По шкале невротической депрессии показатели, соответствующие болезни, определялись у 57,14 % больных и 59 % матерей. Болезненный характер расстройств по шкале «обсессивно-фобические нарушения» регистрировали у 31,43 % детей и 28 % матерей.

Установлено, что высокий уровень тревожности снижал порог чувствительности к стрессу и приводил к нарушениям поведения и адаптации в системе «жизнь с диабетом».

В зависимости от констелляции психологических факторов мы сформировали программу помощи детям и их родителям.

Установлено, что в результате психотерапевтического вмешательства у 70 % детей улучшилось эмоциональное состояние, качество самоконтроля СД, которое проявилось в снижении частоты гипо- и гипергликемии, кетоацидоза, а также резких колебаний уровня гликемии (более 5 ммоль/л в течение 2-х часов).

Таким образом, психотерапия является эффективным методом в достижении компенсации СД.

УДК 616.894-053.8-085.214.31

ПОЄДНАННЯ МЕМАНТИНУ І ЦИТОФЛАВІНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

В. І. Деркач, Ю. Ф. Азов, А. П. Левицька
Буковинський державний медичний університет;
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: хвороба Альцгеймера, мемантин, цитофлавін

Одним із найбільш частих нейродегенеративних захворювань, які розвиваються у пізньому віці людини, є хвороба Альцгеймера (ХА). Постійно прогресуючий перебіг захворювання, тяжкі порушення соціальної адаптації хворих через розвиток деменції, скорочення тривалості їх життя роблять актуальним вивчення питань патогенезу, особливостей клінічних виявів та лікування цієї патології.

З 2007 по 2010 рік у відділенні реабілітації Чернівецької обласної психіатричної лікарні, а також амбулаторно було проведено лікування 22 хворих на ХА, віком 51—68 років; жінок було 16, чоловіків — 6.

Для встановлення діагнозу ХА виявляли у хворих симптоми деменції, використовуючи міні-шкалу дослідження психічного стану (Folstein M. F. et al., 1975), а також дані анамнезу, дослідження неврологічного статусу, КТ і МРТ головного мозку.

У лікуванні таких пацієнтів використовували поєднане призначення мемантину (абікси) та цитофлавіну.

Мемантину гідрохлорид (абікса) — антагоніст N-метил-D-аспартатних рецепторів. Захищає нейрони від ексайтотоксичного пошкодження, має нейропротекторні властивості нейродегенерації, у результаті чого суттєво покращує когнітивні функції, зберігає на попередньому рівні глобальне функціонування, зменшує розлади поведінки у хворих.

Застосовували абіксу за загальноприйнятою схемою.

Цитофлавін (1 мл його розчину містить: кислоти янтарної 100 мг, нікотинаміду 10 мг, рибоксину 20 мг, рибофлавіну мононуклеотиду 2 мг) стимулює енергоутворення у клітинах, поліпшує процеси утилізації кисню тканинами, відновлює активність ферментів антиоксидантного захисту, активує внутрішньоклітинний синтез білка, сприяє ресинтезу у нейронах γ-аміномасляної кислоти, результатом чого є поліпшення коронарного та мозкового кровотоку, активація метаболічних процесів у ЦНС та відновлення мнестично-інтелектуальних функцій мозку).

Застосовували цитофлавін внутрішньовенно крапельно (40—45 крапель за хвилину) у дозі 10 мл на 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, у першій половині дня, на курс — 10 вливань, кожен день.

Залежно від стану хворого курс терапії мемантином тривав від трьох до шести місяців, а вливання цитофлавіну при цьому проводили один раз у два місяці, тобто, від одного до трьох раз на курс.

За результатами проведеного катамнестичного дослідження у більшості хворих (13) не виявлено вираженого прогресування хвороби. У чотирьох хворих посилилась тяжкість деменції, у двох — вогнищевих неврологічних розладів, а троє хворих померло. Враховуючи результати катамнестичного дослідження, вважаємо за доцільне проведення лікування хворих на хворобу Альцгеймера поєднаним застосуванням мемантину та цитофлавіну.

УДК 616.899-085

ТЕРАПІЯ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ

В. І. Деркач, А. В. Деркач, В. В. Калуцький, В. І. Курик
Буковинський державний медичний університет,
лікарня швидкої медичної допомоги,
обласна психіатрична лікарня (м. Чернівці)

Ключові слова: деменція, діагностика, медикаментозні засоби

Судинна деменція (СД) — гетерогенна група дементних синдромів, які зумовлені різними васкулярними причинами і виявляються органічними змінами мозку та своєрідними клінічними розладами (Roman G. C., 2002).

За період 2006—2009 роки у відділеннях Чернівецької обласної психіатричної лікарні, неврологічному відділенні Чернівецької лікарні швидкої медичної допомоги, а також амбулаторно було проведено лікування 18 хворих на СД, віком 58—72 роки; жінок було 14, чоловіків — 4.

Для встановлення діагнозу СД виявляли у них когнітивне зниження, перенесену цереброваскулярну патологію, підтвердження якої ґрунтувалося на підставі анамнестичних даних, вогнищевої неврологічної симптоматики, даних різних методів нейровізуалізації (КТ, МРТ головного мозку); при цьому виключали наявність у пацієнта делірію та хвороби Альцгеймера.

З метою визначення важкості деменції використовували коротку шкалу дослідження психічного статусу (MMSE), згідно якої в 11 хворих спостерігався легкий ступінь деменції, у 4-х — помірний, у 3-х — важкий.

Згідно з МКХ-10 хворі страждали на підкоркову (8 осіб) та змішану коркову і підкоркову (10 осіб) клінічні форми СД.

Курс лікування включав базову терапію:

- солкосерил 4 мл в/в крапельно на фізіологічному розчині (100 мл) 1 раз на добу (10—15 днів) чи актовегін 10—20 мл в/в крапельно на фізіологічному розчині (250—500 мл) 1 раз на добу (10 днів);
- гліатилін 4 мл на фізіологічному розчині (100—150 мл) в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів) чи цераксон 500—1000 мг на фізіологічному розчині в/в крапельно 1 раз на добу (або по 500—1000 мг в/м 2 рази на добу) — 10—15 днів, чи церебролізин по 10—20 мл на фізіологічному розчині (250—500 мл) в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів), чи сомазина 500—1000 мг на фізіологічному розчині в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів);
- тіотриазолін 2,5 % розчин по 2 мл в/м 2 рази на добу — 10 днів;
- вітамін B_6 (піридоксину гідрохлорид) 5 % розчин по 2 мл в/м — 20 днів;
- серміон по 30 мг 2 рази на добу — 2 місяці;
- танакан по 40 мг 2—3 рази на добу — 2 місяці;
- туліп по 10—20 мг 1 раз на добу — 2 місяці;
- кардіомагніл по 75—150 мг 2 рази на добу — 2 місяці;
- ноопепт по 10 мг 2 рази на добу (вранці та серед дня) чи прамістар по 400 мг 2 рази на добу — 2 місяці.

Окрім того, при необхідності проводили симптоматичну терапію (антигіпертензивні засоби, кардіотонічні та аналептичні препарати, нейролептики, транквілізатори, антидепресанти, снодійні, мідокалм тощо).

Залежно від важкості стану хворого проводили йому 2—3 таких курси на рік (як стаціонарно, так і амбулаторно).

Згідно з проведеним катамнестичним дослідженням троє хворих померли (усі з важким ступенем деменції), у 3-х пацієнтів з легким ступенем на сьогодні діагностовано помірний ступінь деменції, у 2-х хворих з помірним ступенем — важкий ступінь деменції.

На нашу думку, для більшої ефективності лікування необхідно проводити постійно, особливо — пероральний прийом медикаментозних засобів, а також включати до їх переліку мемантин (абіксу).

УДК 616.89-02:616(477.85)

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОМАТОФОРМНІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

І. П. Дищук, В. В. Калуцький, П. Т. Ніколенко
Буковинський державний медичний університет,
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: психосоматика, організація допомоги, денний стаціонар

Найбільш складною проблемою психосоматичної медицини є соматоформні та психосоматичні розлади, в ґенезі яких негативний вплив соціально-економічних, соціально-психологічних, демографічних, екологічних, інформаційних, медико-психологічних та інших чинників, які складають систему психологічного неблагополуччя. У людини, що

перебуває у цій системі, розвиваються соматоформні та психосоматичні розлади. При відсутності адекватної медичної, психологічної і соціальної допомоги вони можуть трансформуватися у соматичні захворювання, яким, за клінічною картиною та перебігом, властиві патологічні ознаки ураження того чи іншого органу або системи.

Статистичні дослідження впродовж 2007—2009 рр., за даними звернень до лікарів-психіатрів Чернівецької області, свідчать, що соматоформні і психосоматичні розлади серед всіх психічних розладів складали: у 2007 р. — 11,9 %, 2008 р. — 11,7 %, 2009 р. — 11,9 %. Показник поширеності цієї патології вищий у мешканців сільської місцевості: 55,8 % — у 2007 р., 58,8 % — у 2008 р., 59,9 % — у 2009 р. і має тенденцію до збільшення.

Численні вітчизняні і зарубіжні дослідження показують, що суттєву частину у структурі захворюваності на психічні розлади займають психосоматичні розлади. Вони складають, за даними різних авторів, від 30 до 70 % хворих, що звернулися за допомогою не до лікарів психіатрів, а до лікарів загального профілю.

З метою удосконалення надання медичної допомоги хворим на соматоформні та психосоматичні розлади, втілюючи в практику основні принципи організації психіатричної допомоги (децентралізація, послідовність і наступність, спеціалізація і профілізація, диспансеризація), у міських та центральних районних лікарнях у 2007 році організовані денні психосоматичні стаціонари (ДПС) на 5—10 ліжок в залежності від кількості населення району. Розроблено положення про ДПС, в якому відображені його завдання, функції, структура, штати, система взаємодії, оцінка діяльності. Затверджені показання і протипоказання до госпіталізації, обсяг параклінічних обстежень. Керуючись наказом МОЗ України № 59 від 05.02.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», розроблені стандарти надання медичної допомоги хворим у ДПС, в яких, в залежності від клінічної картини, вказано перелік діагностичних обстежень, обсяг лікувальних заходів, критерії якості лікування та орієнтовна його тривалість.

Значну методичну роботу проводили викладачі курсу психіатрії та медичної психології Буковинського державного медичного університету (БДМУ). У процесі підготовки сімейних лікарів із числа дільничних терапевтів і педіатрів широко висвітлювалися питання клініки, діагностики, перебігу та лікування хворих на соматоформні і психосоматичні розлади. Лікарі психіатри, психотерапевти та медичні психологи підвищували свою кваліфікацію на курсах тематичного удосконалення. В організації надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги цій групі хворих сприяла укомплектованість лікувальних закладів області лікарями-психологами, випускниками БДМУ.

Таким чином, організація ДПС дала можливість наблизити спеціалізовану медичну допомогу до населення області, сприяла впровадженню сучасних технологій діагностики та лікування, інтеграції систем медико-психологічної, психіатричної та загальномедичної допомоги хворим на соматоформні і психосоматичні розлади.

УДК 615.857:616.89

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

О. Е. Дубенко, Э. А. Михайлова, К. А. Степанченко

Харьковская медицинская академия последипломного образования; НИИ Охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, г. Харьков

Ключевые слова: головная боль напряжения, подростки, метод индивидуального адаптивного биоуправления

Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее частой формой первичных цефалгий у детей и подростков. Психотропные средства, эффективно применяемые у взрослых пациентов, не могут быть широко использованы в педиатрической практике ввиду возможности возникновения побочных эффектов, не оправдывающих терапевтического воздействия. Вариантом выбора в этой ситуации служат немедикаментозные методы терапии. Перспективным направлением представляется метод индивидуального адаптивного биоуправления (МИАБ).

Гипотеза: У подростков с ГБН отмечаются клинико-психологические изменения, корригируемые МИАБ.

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения подростков с ГБН с применением МИАБ.

Задачи исследования: Оценить воздействие МИАБ на уровень функционального состояния организма подростков с ГБН на основе данных клинического исследования и нейропсихологического анализа.

Для формирования экспериментальных групп было обследовано 40 подростков (возраст от 13 до 18 лет). Из них были сформированы две группы: экспериментальная (20 чел.) — с включением к традиционной медикаментозной терапии МИАБ и контрольная — 20 чел., получающие только традиционную медикаментозную терапию.

Методы исследования: изучение реактивной и личностной тревожности по шкале самооценки Ч. Спилбергера и Ю. Ханина; определение уровня депрессии — методика В. А. Жмурова в авторской правке В. В. Бойко. Оценка интенсивности болевого паттерна с применением ВАШ.

МИАБ был выбран с целью регуляции психофизиологического состояния на основании анализа кардиоинтервалограммы больного с автоматическим расчётом индивидуальной программы дыхания в режиме биологической обратной связи.

На первом этапе исследования были сформированы группы подростков с наличием головной боли напряжения. Диагноз ставился согласно критериям международной классификации головных и лицевых болей 2003 года (*Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2003)*. На втором этапе исследования испытуемые экспериментальной и контрольной групп заполняли опросники до и после терапевтических вмешательств. Групповые результаты были статистически сравнены между собой с помощью критерия *U* Вилкоксона — Манна — Уитни.

До проводимого лечения различия между группами по психометрическим шкалам не были достоверными ($p > 0,05$). После проведённой терапии получены следующие результаты. Интенсивность болевого паттерна: экспериментальная группа — $1,9 \pm 0,2$; контрольная — $3,7 \pm 0,5$, различия между группами достоверны ($p < 0,05$). Уровень депрессии: $26,0 \pm 2,2$ и $38,9 \pm 2,5$ соответственно, $p < 0,05$. Личностная тревожность: $32,4 \pm 2,9$ и $45,1 \pm 4,8$ соответственно, $p < 0,05$. Ситуативная тревожность: $30,6 \pm 2,8$ и $48,3 \pm 2,9$ соответственно, $p < 0,01$.

У подростков с ГБН, у которых в комплексной терапии применяли МИАБ, получены достоверно лучшие результаты согласно психометрическим шкалам. Эффективность лечения МИАБ подтверждается не только клиническим улучшением самочувствия каждого больного, но и объективными показателями функционального состояния организма и его адаптивными возможностями.

Применение МИАБ характеризуется высокой эффективностью при лечении головной боли напряжения у подростков, причем клинический результат сопровождается улучшением психологического состояния пациентов.

УДК 616.006-616.8

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

А. А. Егоров

Дорожная клиническая больница станции Харьков

Ключевые слова: антидепрессанты, депрессивные расстройства, рак шейки матки, феварин

Одно из ведущих мест среди разнообразных современных стрессовых расстройств, которые приводят к депрессивным состояниям, принадлежит онкологическим заболеваниям, в частности раку шейки матки.

Цель работы — оценить общую эффективность разных видов антидепрессантов относительно спектра клинической активности этих препаратов, с учетом их переносимости больными и безопасности в лечении депрессивных расстройств у больных раком шейки матки.

В первую группу вошли больные, которые получали феварин (флувоксамин) в дозе 100 мг в день утром; во вторую группу вошли больные, которые получали амитриптилин в дозе 50 мг в день (два приема). Курс лечения длился 1,5 месяца. Больные контрольной группы антидепрессантов не получали. Другие виды терапии были общими для всех трех групп.

Динамическую характеристику психопатологической симптоматики оценивали с помощью методики Гамильтона. Сопоставляя результаты самооценки больных, прослеживали убедительную тенденцию к более значительному улучшению самочувствия, а соответственно активности и настроения, у больных первой группы сравнительно со второй и особенно с третьей.

Полученные результаты дают основание сделать вывод о более эффективном действии на эмоциональное состояние больных онкологического профиля препарата феварин сравнительно с традиционными, что можно объяснить более благоприятным влиянием первого на общее соматическое состояние, что, в свою очередь, предопределяет и повышение фона настроения. Начальные показатели тревожности и депрессии оказались значительно повышенными: около 35 и 40 баллов соответственно, с незначительными отклонениями в разных группах. После проведенного лечения наибольшее снижение тревоги и депрессии наблюдалось в первой группе: снижение тревоги на 45,8 и депрессии на 50,2 % соответственно; во второй группе динамика улучшения была менее выразительной — 24,7 и 30,2 % соответственно; незначительными оказались результаты в третьей группе — 10,8 и 9,6 %. Общий балл по шкале Гамильтона снизился в первой группе на 82,1 %; во второй на 41,2 %; в третьей на 12,3 %. Исследования показали, что феварин оказывает не только тимолептическое действие, но и выразительное анксиолитическое, что в сочетании дает, без сомнения, более значительный терапевтический эффект сравнительно с амитриптилином. Общий объем побочных действий применяемых антидепрессантов, в частности у амитриптилина, был значительно выше, чем у феварина: соответственно 19,0 и 4,7 %, что вынудило отменить назначение этих препаратов у незначительной части больных первой группы — 1,4 % и у значительной части — второй (12,5 %). Объяснением этого может быть более мягкое действие, лучшее сочетание с другими медикаментами и видами терапии препарата феварина сравнительно с трициклическим антидепрессантом амитриптилином, особенно при наличии выраженной соматической патологии — онкологического процесса. Проведенное исследование обнаружило у больных раком шейки матки характерные психопатологические черты, преимущественно депрессивного порядка, которые поддаются в лечебном плане коррекции антидепрессантами, причем больший эффект имеет препарат группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина феварин, который действует более мягко и не имеет значительного побочного действия в отличие от традиционных трициклических антидепрессантов.

УДК 616.895.8

СПЕЦИФИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ НЕЙРОСИФИЛИСА — ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

А. В. Ежов

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь

Ключевые слова: нейросифилис, клиническая трансформация, диагностика

Актуальность проблемы нейросифилиса в настоящее время обусловлена не только стремительным ростом выявленных случаев, но и изменением клинического течения, трансформации данной патологии. Исследователи отмечают превалирование ранних форм нейросифилиса, а также выраженную прогредиентность процесса, приводящую к стойкой инвалидизации и высокой частоте летальных исходов. Весь сложный комплекс факторов внешней среды, оказывающих влияние на эпидемическую ситуацию, можно свести к следующим большим группам: факторы микросреды (микробиологические, иммунологические, эндокринные и др.); факторы, определяющие поведение субъекта (психологические, культурологические, материальные и др.); социальные сдвиги в обществе (государственное устройство, социальная защищенность, стабильность и т. д.).

Учитывая вышеуказанное, мы проанализировали эпидемиологическую обстановку по заболеваемости нейросифилисом в Крыму за период с 2003 по 2009 год. По данным исследования в клинической картине наиболее часто преобладает простая или дементная форма прогрессивного паралича, с отрывочной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой на фоне отсутствия неврологической симптоматики. Наиболее выраженными проявлениями являются симптомы, схожие с деменцией альцгеймеровского типа, в виде нарушения кратковременной, оперативной памяти, праксиса, расстройств поведения и социального функционирования.

Особенности течения данной патологии (неспецифичная симптоматика, схожесть с другими психическими расстройствами) требуют постоянного внимания психиатров и использования достоверных способов ее выявления. С этой целью мы планируем разработку методических рекомендаций по алгоритму клинических и параклинических схем выявления нейросифилиса на этапе диспансерной и стационарной помощи. Однако, без учета всех вышеназванных причин, влияющих на эпидемическую ситуацию, невозможно оказать на нее эффективное воздействие. Необходим комплексный, биопсихосоциальный подход в работе над данной проблемой, с участием врачей, психологов, социологов и политиков.

УДК 616.89-008.454

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ДЕПРЕССИИ

Н. Н. Иванова

Областная психиатрическая больница, г. Черновцы

Ключевые слова: депрессия, психодинамический подход, объект, утрата

Очевидно, возникает закономерный вопрос: почему выбрана была именно эта тема? Объяснить это можно как явно возрастающим количеством пациентов с депрессивными расстройствами разного реестра, так и ситуацией, с которой мы часто сталкиваемся в практике, когда, несмотря на все применяемые методы лечения, ожидаемого эффекта от терапии, а именно окончательной редукции депрессивной симптоматики мы все же не наблюдаем.

Впервые психодинамические аспекты депрессивного состояния были исследованы З. Фройдом и К. Абрахамом, которые связывали возникновение депрессии с ситуацией утраты объекта (преимущественно матери). В психоанализе «объект» может означать субъекта, его часть или иной предмет, а также жизненные амбиции/иллюзии. Объект всегда подразумевается как особая ценность, связан с влечением, его удовлетворением и аффективно окрашен. При воздействии на личность провоцирующих факторов возникает регрессия к ранним стадиям психосексуального развития, в данном случае к той стадии, на которой возникла патологическая фиксация, а именно орально-садистической, когда все влечения младенца концентрируются на материнской груди — этом первичном и наиболее важном на том этапе объекте. К. Абрахам, в свою очередь, рассматривал депрессию в контексте истории развития либидо и признавал центральным ее моментом борьбу противоречивых импульсов любви и ненависти. Утрата объекта приводит к поглощению, интроекции объекта любви. Страдание в рамках депрессии носит «конверсионный» характер: лучше быть неизлечимо больным, полностью отказаться от какой бы то ни было

активности, только бы не проявить свою враждебность по отношению к объекту, который по-прежнему бесконечно дорог. Утраченный объект интроецируется в Эго, т. е. отождествляется с ним, после чего Эго расщепляется на 2 части — собственно Эго пациента и часть, идентифицированная с утраченным объектом, в результате происходит фрагментация Эго и потеря его энергии. Супер-Эго, реагируя на это, усиливает давление на Эго, но в результате утраты интеграции и дифференцированности последнего Эго начинает реагировать на это давление большей частью как Эго утраченного объекта, на который проецируются все негативные и амбивалентные чувства пациента (а «отломившаяся» часть, принадлежащая собственному Я обедняется и опустошается), вот откуда появляется чувство пустоты, на которое так часто жалуются наши депрессивные пациенты. Как следствие, негативные чувства, направленные на утраченный объект, концентрируются на самом себе. Что же касается *эндогенной депрессии*, в понимании сторонников конструктивно-генетической психопатологии Штрауса, Фон Гебзаттеля, Бинсвангера в ее основе лежит расстройство т. н. *витальных событий*. Это изменение именуется «витальным торможением», «расстройством процесса становления личности», торможением «внутреннего отсчета времени», в результате чего переживание времени становится переживанием застоя, будущего больше нет, тогда как прошлое — все, отсюда — бред ничтожества, убогости, греховности. Здесь следует отметить возможную когнитивную ошибку психотерапевта: вовсе не болезненное воображение является причиной страдания пациента, а следствие тех внутренних (бессознательных) процессов, которые пожирают его Я. Поскольку в таком состоянии утрачивается способность любить, возникает убеждение в искаженной реальности, бессмысленным является убеждать пациента в обратном, что мы часто делаем в подобных ситуациях.

Таким образом, подспорьем для любого вида депрессии является ситуация утраты объекта, с последующим включением механизмов защиты, сопротивлений, реакций переноса, которые требуют обязательной проработки в ходе психотерапии.

УДК 616.05-616.092-618.3

ДО ОБҐРУНТУВАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Є. Л. Ігрунова

Київський міський пологовий будинок № 5

Ключові слова: психоемоційний та імунний стан вагітних, загроза переривання вагітності, медико-психологічна підтримка

Показники здоров'я вагітних жінок в Україні мають тенденцію до погіршення з кожним роком. За сучасними даними, 15 % ембріонів людини гинуть на початкових етапах ембріогенезу (самовільні викидні), 3 % — мертвонароджуваність, 2 % — неонатальна смертність. В цілому по Україні близько 70—80 % новонароджених вже з першого дня життя мають відхилення у стані здоров'я (МОЗ України, 2008).

На теперішній час з метою визначення причин погіршення виношування дитини і здоров'я новонародженого проводяться дослідження у напрямках акушерства та гінекології (Фролова М. А., Левкова Є. А. Чижова Г. В., 2007), імунології (Ганчева Є. А., 1999; Каіров Г. Т., 2000), медичної психології та психіатрії (Пушкарьова Т. М., 2006; Хломов К. Д., Єніколопов С. Н., 2007; Байгузіна І. Ч., 2010); також вивчається вплив на вагітність стресових факторів (Вільям Р. Емерсон, 2000).

Дослідження активно проводяться у такому напрямку як пренатальна психологія: розробляються питання особливостей пренатального розвитку плода (Шмурак Ю. І., 1994), вивчається процес формування зв'язку між матір'ю і дитиною в період вагітності (Брутман В. І., Радіонова М. С., 1997), з'ясовується вплив типу акцентуації особистості і структури цінностей на формування материнської функції вагітних жінок (Шелехов І. Л., 2006).

В останні роки отримані дані про наявність спільного рецепторного апарату в імунній (до нейромедіаторів) і в нервовій системах (до ендогенних імуномодуляторів). Виникнення імунодепресії як патологічного стану (при тривалому стресі) і загрозі переривання вагітності свідчить про наявність зриву регуляції певних ланок адаптаційного механізму у вагітної жінки (Соколов Є. І., 1998; Сотнікова Н. Ю., 2001; Гузов І. І., 2003).

Проте на теперішній час у наукових дослідженнях відсутні роботи щодо причинно-наслідкового зв'язку між психоемоційним статусом вагітних, наявністю загрози переривання вагітності та імунологічним станом майбутньої матері і дитини і, як наслідок, відсутні системні дослідження, спрямовані на розв'язання проблеми надання медико-психологічної допомоги вагітним жінкам, зокрема, із загрозою переривання вагітності.

Враховуючи вищенаведене, можна стверджувати, що створення системи медико-психологічної підтримки вагітних жінок із загрозою переривання вагітності є актуальною, необхідною та своєчасною.

УДК 616.34:896.748-678

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Р. І. Ісаков

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: якість життя, шизофренія

Проблема якості життя психічнохворих, зокрема хворих на шизофренію, в останній час привертає все більшу увагу вчених. Однак, недостатньо дослідженим є питання про вплив тривалості захворювання на якість життя (ЯЖ) хронічно психічних хворих.

Метою дослідження є вивчення ЯЖ хворих на шизофренію в залежності від тривалості перебігу захворювання.

У дослідженні брали участь пацієнти, яки перебували на стаціонарному лікуванні ПОПКЛ ім. О. Ф. Мальцева. Всі пацієнти (58 чоловіків) надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Поділ пацієнтів залежав від тривалості захворювання: перша група — 37 пацієнтів з тривалістю захворювання до 15 років, друга група — 21 пацієнт з тривалістю захворювання понад 15 років.

Усім пацієнтам проведено психодіагностичне дослідження (стандартизований опитувальник-анкета ЯЖ-100).

Аналізуючи основні показники ЯЖ у пацієнтів 1-ї групи, слід відзначити, що матеріальним станом невдоволені 71 % хворих, у 6 % — нерегулярне харчування, 17 % — носять зношений одяг, 33 % — не вдоволені житлово-побутовими умовами, 11 % не мають своєї кімнати, 68 % не перебувають в шлюбі, 42 % не вдоволені проведенням свого вільного часу. В 2-й групі матеріальне погіршення відзначають 77 % хворих, одноманітність харчування — 9 %, відсутність можливості придбати одяг та взуття — 23 %, невдоволеність житлово-побутовими умовами — 36 %. Отримані результати свідчать про погіршення ЯЖ у даних пацієнтів в усіх сферах життєдіяльності. Окрім того встановлено, що зниження ЯЖ залежить від тривалості захворювання.

УДК 616.831-009.11

ПАТОМОРФОЗ ДЕБЮТА ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА

С. Е. Казакова

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: патоморфоз, дебют, прогрессивный паралич

Исследован 21 пациент, страдающий прогрессивным параличом, в возрасте от 25 до 34 лет, из них 15 мужчин и 6 женщин.

Обращает внимание достаточно непродолжительное время, которое проходит от момента заражения сифилисом до момента развития прогрессивного паралича, в среднем оно измерялось 5—6 годами.

Неврастеническая стадия заболевания исследуемых нами пациентов проявлялась преимущественно головными

болями, выраженной раздражительность, взрывчатостью, агрессивностью. На данном этапе больные продолжали выполнять привычный для них объём работы, однако из-за выраженной раздражительности их поведение носило скорее не невротический, а психопатический характер, больные злоупотребляли спиртными напитками, четверо из них употребляли наркотические вещества. Уже на этой стадии нарастал эгоцентризм, безразличие к родным и близким, погоня за сиюминутными удовольствиями. Выраженного оскудения умственной деятельности окружающие не замечали. Пациенты к врачу не обращались.

Стадия расцвета симптоматики у всех больных возникала для окружающих неожиданно. Пациенты переставали удерживаться в семье, на работе, совершали нелепые поступки, что заставляло родственников обращаться за медицинской помощью. У пациентов резко нарастала истощаемость нервных процессов, усиливались головные боли, появлялась заторможенность, «одурманенность», оглушённость. Они утрачивали способность поддерживать разговор, невпопад вставляли слова и реплики, были подозрительными, негативно относились к близким, подозревали их в недоброжелательном отношении, что приводило к ошибочной диагностике шизофрении. И только при более детальном изучении психического статуса выявлялся мегаломанический характер высказываний пациентов, они заявляли, что имеют на счету тысячи долларов, в гараже сотни джипов, что совершенно не соответствовало действительности. В этой стадии прогрессирующе нарастало слабоумие, вплоть до грубых расстройств счёта, невозможности вычленить четвёртый лишний, провести элементарные сравнения. Больные не ориентировались в месте, времени, не могли принять новые решения, действовать соответственно изменившейся обстановке, были неряшливы, вскоре у них нарушались элементарные гигиенические навыки. Пациенты выглядели вялыми, оглушенными. Данная стадия протекала менее года и сменялась терминальной.

Терминальная стадия проявлялась грубым слабоумием, физическим и психическим распадом личности. Пациенты переставали узнавать окружающих, отличать съедобное от несъедобного.

Следует отметить, что в 14 из 21 случаев у пациентов не отмечалось неврологической симптоматики, типичной для прогрессивного паралича.

УДК 61689-008.441.42-06

ДЕБЮТ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ В РАМКАХ ЭНДОГЕННОГО ПРОЦЕССА

С. Е. Казакова

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: нервная анорексия, эндогенный процесс

Обследовано 172 девушки с нервной анорексией в возрасте от 15 до 25 лет, при этом у 55 человек (31,9 %) нервная анорексия маскировала дебют шизофрении и являлась лишь синдромом при эндогенном процессе. В преморбиде данные пациенты отличались неконформностью. Они были оторваны от реальной жизни, их мечты и фантазии заменяли действительность. Из-за выраженной инфантильности они нуждались в постоянной гиперопеке родителей. Девушки неоднократно пробовали самоутвердиться, однако их самоутверждение проявлялось странностью и неадекватностью, что делало их объектом насмешек сверстников. Мечта об идеальной фигуре также носила карикатурный характер. В течение 2—3 недель от замеченного родителями дебюта заболевания у пациенток расширялась фабула дисморфоманических расстройств. Больные начинали предъявлять множество жалоб соматовегетативного характера, усложнялась нетипичность их поведения, обращала на себя внимание огрублённая манерность, усиливалась отчужденность, некритичность, неконтактность. Девушки обращали на себя внимание молчаливостью, сосредоточенностью на своих переживаниях, отгороженностью от окружающего. Настроение больных отмечалось преимущественно тревожно-депрессивными расстройствами. В этот период пациентки теряли больше 20 % веса, девушки практически прекращали есть самостоятельно, насильственное кормление родственниками вызывало рвоту. Наблюдались изменения со стороны внутренних органов, тошнота, головокружение, артериальная гипотензия, тахикардия, гипергидроз, боли в животе, метеоризм, рвота. Речь становилась заторможенной. Пациенты не всегда понимали обращенную к ним речь, отмечались ответы мимо. Нарастала хаотичность мышления, взгляд пациентов становился угрюмым, действия нецеленаправленными, периодически возникала спутанность сознания. Эндогенный процесс вначале носил эпизодический характер. Через 2—3 месяца после дебюта шизофрении наряду с позитивной симптоматикой отмечались отдельные негативные проявления. Дефект имел характер сензитивной аутизации, при этом в структуре дефекта, одновременно с типичными эндогенными проявлениями, отмечались черты соматического эгоизма. В дальнейшем ремиссии становились всё более краткими, течение приобретало характер непрерывного процесса, расширялась позитивная симптоматика, углублялась и негативная, при этом возникала так называемая негативная аффективность — апатия, ангедония, психическая анестезия. К этому времени явления анорексии отходили на второй план и скрывались под пластом грубых аффективных и бредовых расстройств, усиливалась неряшливость, карикатурность, брутальность, нередко анорексия сменялась булимией.

УДК 616.89-008

РІВЕНЬ ОСОБИСТІСНОЇ І РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ

Н. С. Карвацька

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: хворі на соматоформні розлади, тривожність

Дія психосоціальних стресів, що провокують внутрішні конфлікти і викликають адаптивну реакцію, може виявлятися приховано, під маскою соматичних розладів, симптоматика яких схожа з симптоматикою органічних захворювань, що ускладнює їх діагностику і лікування.

Мета роботи — дослідити фактори ризику та антиризику виникнення терапевтичної резистентності у хворих із соматоформними психічними розладами.

Обстежено 45 пацієнтів із соматоформними розладами, віком від 29 до 52 р. Проведено клініко-психопатологічне обстеження, що дозволяє визначити рівень тривожності (реактивної і особистісної) за допомогою методики Спілбергера.

Дослідження рівня тривожності у хворих досліджуваної групи показало достовірне підвищення рівня реактивної і особистісної тривожності порівняно з контрольною групою. У більшості хворих високий рівень тривоги відповідав стану ситуаційної дезадаптації і мав зворотній характер. При порівнянні високої і середньої особистісної тривожності з рівнем вегетативного реагування виявлений зв'язок, а саме — при високій особистісній тривожності виразність вегетативних порушень була більше, ніж при середній особистісній тривожності.

Проведені дослідження дозволили зробити висновок, що виявлені розлади зумовлені високим рівнем реактивної і особистісної тривожності, що потребує психотерапевтичного впливу і психофармакологічної корекції.

УДК 616.89-085

ТЕРАПЕВТИЧНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Н. С. Карвацька

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: терапевтична резистентність, хворі з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами

Однією з центральних проблем сучасної психіатрії залишається проблема терапевтичної резистентності пацієнтів із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними

психічними розладами. Структура зміни захворюваності свідчить, що в Україні в останні роки відзначається значний ріст психогенних за походженням, соматизованих, психосоматичних захворювань із хронічним перебігом, пограничних станів. Їх розвитку і поширенню сприяють зростаюча соціально-політична, економічна та ідеологічна нестабільність суспільства, втрата населенням старих орієнтирів і відсутність нових, збільшення кількості техногенних і природних катастроф. Велика поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів робить особливо актуальним пошук форм їх адекватної діагностики, лікування і профілактики.

Мета роботи: дослідити фактори ризику та антиризику виникнення терапевтичної резистентності у хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами, алгоритм ранньої діагностики, лікування та заходи з профілактики невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів, ефективність застосування психофармакотерапії.

Шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами, які звертались за допомогою в Чернівецьку обласну психіатричну лікарню.

Вивчення статевих і особистісних особливостей хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами, при яких спостерігається терапевтична резистентність, показало переважання в синдромальній структурі захворюваності депресивного, астено-депресивного і тривожно-депресивного синдромів, статевих відмінностей з переважанням в структурі захворюваності жінок та наявність акцентуацій рис характеру особистості за тривожним, емотивним і дистимним типом. У хворих з терапевтичною резистентністю переважали середні значення показників за шкалами соматизації, депресії, тривоги і міжособистісної сенситивності ($p < 0{,}001$), що відображає наявність у хворих необґрунтованих соматичних перцепцій і уявлень, які розвиваються за механізмами конверсії і соматизації депресивних проявів, а також загострення усвідомлення власного «я», негативні очікування відносно міжособистісних комунікацій з іншими людьми, почуття особистісної неадекватності і «меншовартості».

Урахування преморбідних особливостей особистості, а також статевих факторів, клінічних проявів психічних порушень у хворих є важливою складовою в лікуванні та профілактиці невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних психічних розладів. Важлива роль надається удосконаленню психокоригуючої терапії, що покращує якість життя пацієнтів.

Проведені дослідження свідчать про актуальність проблеми та необхідність подальшого поглибленого вивчення терапевтичної резистентності хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами, достовірної діагностики та розробки методів етапної психотерапії та психокорекції.

УДК 616.89-008+616.89-008-454]-07-08

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ ЗМІШАНИМ ТРИВОЖНИМ І ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ

Н. С. Карвацька

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: хворі зі змішаним тривожним і депресивним розладом

На сьогодні залишається актуальним питання вивчення особливостей клініки, діагностики, лікування хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом, що негативно впливає на стан здоров'я та якість життя людини.

Мета роботи: дослідити фактори ризику виникнення терапевтичної резистентності у хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом.

Проведено клініко-психопатологічний аналіз 26 хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом віком від 29 до 52 р. із дослідженням рівня тривожності (реактивної і особистісної) за методикою Спілбергера і визначенням рівня депресії за шкалою Гамільтона.

Вивчення клініко-психопатологічного стану показало, що у 100 % обстежених реєструвалися депресія і у 97,8 % — тривога. Зазначені симптоми виражені на тлі дратівливості (86,1 %), плаксивості (75,5 %), в'ялості (59,6 %), емоційної лабільності (62,8 %). Вищеперелічені особливості реєструвалися в поєднанні з систематичними конфліктними стосунками. Характерна наявність недиференційованої незадоволеності в усіх мікросоціальних сферах (сім'ї, роботі, побуті), можливо, що є наслідком генералізації внутрішньоособистісного конфлікту, що виникнув внаслідок психогенії і зумовив порушення міжособистісних стосунків з негативною оцінкою мікросоціума, що негативно впливає на результати лікування.

Застосування психофармакотерапії з використанням транквілізаторів, антидепресантів, анксіолітиків і загальнозміцнюючої терапії не дає тривалого терапевтичного ефекту без застосування психокоригуючої терапії.

УДК 616.85-08:615.214.22

ПАТОМОРФОЗ НЕВРОТИЧНИХ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

І. В. Коваленко, О. В. Мазур, М. В. Коваленко

Вінницький Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка

Ключові слова: патоморфоз, невротичні розлади, психосоматичні розлади

Актуальність питання патоморфозу невротичних та психосоматичних розладів обумовлена швидкими змінами, що спостерігаються в різних сферах життя людини. З розвитком цивілізації змінюються клінічні прояви, перебіг і розповсюдженість невротичних і психосоматичних розладів. Саме тому сучасне поняття «патоморфоз» включає в себе все більше видів, що намагаються пояснити багатовекторний вплив сучасного життя на психічне здоров'я людини в межах біопсихосоціального підходу.

На нашу думку, в клініці невротичних та психосоматичних розладів найбільш значними є зміни структури психічних розладів, зміни клінічної картини «класичних» захворювань, а також поява нових форм психічних розладів.

Клінічний досвід роботи Вінницького обласного науково-практичного Центру психосоматичної медицини, що використовує мультидисциплінарний підхід до діагностики та терапії психічних розладів, впровадження моделі інтеграції психіатричної, психотерапевтичної допомоги в загальносоматичну мережу, дозволив нам виокремити деякі риси патоморфозу невротичних та психосоматичних розладів. Ми відмітили збільшення невротичних і психосоматичних розладів, обумовлене психогеніями, соматичними розладами, екзогенними чинниками (зокрема соціальними причинами) в структурі психічних розладів.

Серед так званих «пограничних розладів» більше стало психосоматичних порушень, майже зникла справжня істерія. Виникли порівняно нові, соціально обумовлені розлади: соціальний стресовий розлад, генералізований тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад, хвороба потерпілих від військового стресу, «синдром сирітства» у дітей батьків-заробітчан.

Особливостями сучасного способу функціонування людини можуть бути пояснені почастішання таких сучасних феноменів: головні болі та запаморочення функціонального характеру (інтелектуалізацією праці), заїкання (важливістю комунікативних можливостей), вегетативні розлади, які можуть бути виражені перманентною (ВСД, НЦД, соматоформна вегетативна дисфункція) або пароксизмальною формою (вегетативні кризи, панічні атаки) (збільшенням стресового

навантаження, яке призводить до розбалансованості функціонування вегетативної нервової системи).

Важливим сучасним проявом психосоматики є метаболічний синдром *X*, який призводить до виникнення основних «хвороб цивілізації» — ожиріння, гіпертонічної хвороби, атеросклерозу, цукрового діабету.

УДК: 616.895.4-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

А. М. Кожина, Л. М. Гайчук

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: депрессивные расстройства, подходы к терапии, велаксин

По данным ВОЗ 6 % населения земного шара страдают депрессиями, при этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15—20 % среднегодовой прирост составляет 122,8 млн новых случаев. ВОЗ сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессивные расстройства выходят на первое место среди причин потери трудоспособности деятельной частью населения экономически развитых стран.

Цель исследования: изучение особенностей клинической картины и разработка патогенетически обоснованной системы коррекции депрессивных расстройств.

Для решения поставленной цели нами проведено комплексное обследование 65 больных с депрессивными расстройствами в возрасте 17—35 лет, обоего пола, со средней длительностью заболевания 2,9 года.

Согласно полученным данным, в клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются подавленность настроения и аффект тоски, астенические симптомы, а также различные тревожные проявления. У подавляющего большинства больных были выявлены различные нарушения цикла сон — бодрствование. Особенностью депрессивных расстройств явилась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегетовисцеральными расстройствами.

На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери — Асберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 44,3 % случаев, неврастенический — в 38,9 % и тревожно-тоскливый — в 16,8 % случаев.

Поскольку депрессивные расстройства ассоциированы в рамках моноаминовой теории депрессии, согласно которой торможение метаболического оборота серотонина и норадреналина в некоторых отделах мозга, в частности в стволовых структурах и префронтальной коре, является одним из нейробиологических механизмов формирования тревоги и депрессии, оптимальными для терапии депрессивных расстройств являются ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, что обусловило применение в нашей работе препарата Велаксин.

В ходе проводимой фармакологической монотерапии применялся Велаксин® пролонгированного действия в дозе 75 mg 1—2 раза в сутки на протяжении от 1 до 6 месяцев. Начальный антидепрессивный эффект препарата достигался на 4—7 день регулярного приема, положительная динамика состояния с достоверной редукцией основных симптомов выявлялась к началу 2-й недели, и вполне отчетливо — в начале 3-й недели терапии.

В целом Велаксин® оказался эффективен у 87,9 % больных, у 68,1 % больных отмечалось полное, а у 23,8 % частичное купирование депрессивной симптоматики. На фоне применения препарата нами отмечена редукция тревожно-депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, нормализация фона настроения. Характерным было улучшение когнитивных показателей больных, стабилизация вегетативного статуса. Происходило повышение психофизической активности, увеличение уверенности в собственных силах, что позволяло возобновить привычный двигательный режим.

Проведенное исследование показало высокую эффективность применения препарата Велаксин® в терапии тревожно-депрессивных расстройств у лиц молодого возраста.

УДК 616.89-08-036.66

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, Г. А. Самардакова

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: психообразование, психосоциальная реабилитация

Борьба с дискриминацией и стигматизацией потребителей психиатрических услуг является приоритетом как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации. ВОЗ предполагает проведение активной психообразовательной работы с населением в странах Европы, цель которого — дестигматизировать психическое расстройство и психиатрическую помощь, добиться понимания обществом ежедневных бытовых, материальных и духовных потребностей потребителей психиатрической помощи и членов их семей.

Для отечественной психиатрической практики психообразовательная работа с психическими больными и их родственниками является совершенно новым видом лечения и реабилитации. Между тем, в зарубежной литературе психообразование представлено как один из важных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий.

Психообразование — осуществляемый поэтапно процесс обучения потребителей психиатрической помощи и членов их семей в области психических заболеваний и оказания психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на установки и поведение в отношении собственного здоровья.

Психообразовательная работа с душевнобольными и их родственниками является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одной из наиболее часто используемых методик психосоциального вмешательства.

Психообразовательные программы ставят перед собой следующие основные задачи, которые тесно связаны между собой:

1. Собственно «образование» путём доступного для каждого пациента и его/её семьи предоставления информации о природе заболевания; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (действенности, побочных эффектах, приверженности); распознавании и действиях при ранних признаках релапса.

2. Выработка у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения).

3. Обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладения со сложными ситуациями.

4. Эмоциональная поддержка в ситуации, когда пациент узнает о своем заболевании.

5. Улучшение адаптации пациента и его семьи.

В ходе обучения, как пациенты, так и их родственники, учатся распознавать болезненные переживания в самом начале их возникновения, проводить грань между болезненными и здоровыми проявлениями психики, начинают соблюдать сроки посещения и обращаться за медицинской помощью при появлении первых признаков болезни.

Таким образом, психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.

УДК 616.85:616-039.31:616.851

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ І ПАРОКСИЗМАЛЬНІ СТАНИ В КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ

С. П. Колядко

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

Ключові слова: невротичні розлади, пароксизмальні стани, психотерапевтична корекція

Клінічна картина сучасних пограничних станів характеризується певними психопатологічними проявами, які виникають за рахунок патоморфозу основної симптоматики, що визначає різні варіанти невротичної патології. У літературі досить часто описуються короткочасні зміни психічного стану у хворих на невротичну патологію, які супроводжуються посиленням провідних клінічних проявів, що визначають специфіку різних невротичних розладів, їх основні синдромокомплекси і є основою пароксизмальних станів (ПС). З урахуванням вищесказаного необхідним є розробка специфічних методів психотерапевтичної корекції невротичних розладів, в клінічній картині яких мають місце ПС.

Було обстежено 116 хворих на невротичні розлади, в клінічній картині яких мали місце ПС. Виділені такі ПС: депресивно-фобічний, афективний, тривожно-фобічний, тривожно-сенестопатичний, тривожно-депресивний. Переважаючі типи ПС в клінічній картині неврастенії — депресивно-фобічний (62,5 %) і афективний (37,5 %); диссоціативного розладу — тривожно-фобічний (65,0 %) і тривожно-сенестопатичний (35,0 %); розладах адаптації — афективний (33,3 %) і тривожно-депресивний (66,7 %); соматоформної вегетативної дисфункції (тривожно-сенестопатичний (59,3 %) і тривожно-депресивний (40,7 %)); агорафобії — тривожно-фобічний (75,6 %) і тривожно-сенестопатичний (21,9 %).

Розроблені специфічні принципи терапії, які ґрунтувалися на виділених в процесі дослідження клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостях невротичних розладів з ПС. Специфічні принципи терапії включали: ознайомлення пацієнта з фізіологічними закономірностями виникнення ПС; вироблення адекватних форм реагування на симптоми, що виникають; застосування різноманітних форм і методів психотерапевтичної дії: раціональної (РПТ), когнітивної (КПТ), поведінкової (ППТ) і аутогенної психотерапії (АПТ), групових форм терапевтичної дії (ГПТ).

Терапія включала декілька етапів: I етап — ініціальний, тривалістю 2—3 дні; II етап — патогенетичний, тривалістю до 20 днів; III етап — завершальний, тривалістю 3—5 днів; IV етап — профілактичний, тривалістю 2—3 місяці. На I етапі застосовували методи раціональної і когнітивної психотерапії. Перевага віддавалася КПТ з використанням технік і прийомів, спрямованих на зосередження на думках і емоційних реакціях, що виникають при ПС. Використовували імагінальну техніку для відтворення ситуації психотравми або ситуацій, що спричиняють ПС, за допомогою уявлень або спогадів і аналізу особливостей реагування. КПТ була ефективною при лікуванні тривожно-депресивного (80,0 %) і тривожно-сенестопатичного ПС (84,4 %), які спостерігалися у хворих на розлад адаптації, агорафобії та соматоформну вегетативну дисфункцію. На II етапі використовували раціональну, поведінкову і групову психотерапії. Основний акцент приділявся ГПТ. Як форми ГПТ були застосовані групова дискусія, рухова терапія, методики гештальт-терапії і психодрами. При проведенні ППТ застосовували методики «систематичної десенсибілізації» і «парадоксальної інтенції», які використовували, перш за все, для лікування даних форм невротичних розладів з ПС, а також спрямовані на зміну стереотипів взаємодії в сім'ї й оточенні. Ці методи найбільш ефективними були в терапії хворих з ПС: тривожно-фобічним (79,5 %) і депресивно-фобічним (60,0 %), які спостерігалися в структурі диссоціативного розладу і при агорафобії. На III етапі базовою була ГПТ, а на IV етапі — АТ. Застосування АТ було найбільш ефективним у хворих з афективним (70,0 %) і тривожно-сенестопатичним (75,0 %) ПС, що спостерігались в структурі соматоформної вегетативної дисфункції, неврастенії, диссоціативного розладу. Отримані дані можуть бути використані при диференційованій психотерапії хворих на невротичні розлади, що супроводжуються ПС.

УДК 616.33-002.44:616.248:616.12-008.331.1:616.89]-085-084

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

В. И. Коростий

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: психосоматические заболевания, психические нарушения, молодые лица

Бронхиальная астма, язвенная болезнь, артериальная гипертензия являются широко распространенными заболеваниями, протекающими в большинстве случаев сочетанно с психической патологией и резко снижающими качество жизни больных, особенно лиц молодого возраста.

Нами проведено комплексное клинико-психопатологическое, психодиагностическое и психофизиологическое обследование пациентов молодого возраста с язвенной болезнью, бронхиальной астмой, артериальной гипертензией в период стационарного лечения.

Результаты исследования показали, что встречаемость психических расстройств у обследованных больных достигает 87 %. При этом психосоматическое заболевание более чем в половине случаев манифестирует на фоне уже сформировавшейся психической патологии. С другой стороны, более 63 % пациентов реагируют на появление соматического заболевания как на стрессовую ситуацию с появлением или обострением психопатологической симптоматики. Ухудшение соматических функций усиливает беспокойство и тревогу, что приводит к формированию замкнутого круга, в котором взаимодействуют психические и соматические факторы. Анализировались синдромологическая структура, степень выраженности, особенности течения психических расстройств и наличие взаимосвязи с клиническими особенностями соматического заболевания. При сравнении трех клинических групп у больных с различными психосоматическими заболеваниями выявлены их отличительные особенности в клинической картине и структуре психопатологических проявлений. На основании полученных данных разработаны диагностические рекомендации, система психотерапевтического лечения и реабилитации больных с психосоматическими заболеваниями.

УДК: 616.89:616.1/.4-08

МОДЕЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В. И. Коростий, И. М. Соколова, А. В. Тимченко, Т. П. Бровко

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: психосоматические заболевания, лечение, мультидисциплинарный подход

Современная концепция психосоматической медицины предполагает мультидисциплинарный подход к изучению психосоматических расстройств. Такой подход обеспечивает наибольшую интегративность в оценке актуального состояния пациента и дает возможность аргументированно использовать комплексную терапию. В последние годы наблюдается тенденция к омоложению психосоматических заболеваний, которые в свою очередь сопровождаются психическими расстройствами. Однако участие в лечении пациентов с этими заболеваниями специалистов в области психического здоровья (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог) до сих пор является лишь эпизодическим,

а схема взаимодействия специалистов требует дальнейшей разработки.

В научно-практическом медицинском центре ХНМУ, в составе которого поликлиническое, терапевтическое и неврологическое отделения, размещена дополнительная база кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Нами применяется модель реализации мультидисциплинарного подхода к лечению психосоматических заболеваний в виде «децентрализованного» психосоматического отделения: психиатр, психотерапевт, медицинский психолог проводят консультативную, психотерапевтическую и психообразовательную работу с больными стационара в тесном взаимодействии с врачами и персоналом неврологического и терапевтического отделений. Реализуется комплексная система психотерапии и психопрофилактики, направленная на повышение личностного и социального ресурсов пациентов, психообразовательная работа с врачами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

УДК 616.89-008

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Е. И. Кудинова

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы, паническое расстройство, психотерапевтическая коррекция, эффективность

Проблема изучения клинических особенностей, динамики формирования и патогенетических механизмов соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы и эпизодической пароксизмальной тревоги (панического расстройства) является одной из наиболее актуальных. Это обусловлено ростом их распространённости, необходимостью разработки доказательных критериев дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями и оценки эффективности лечения.

С целью разработки методов дифференцированной терапии эмоциональных нарушений у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы и паническим расстройством проведено обследование 62 больных в возрасте 18—65 лет, которые страдали соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы и паническим расстройством. I группу составили 34 пациента с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы. Во II группу вошли 28 пациентов с паническим расстройством. В этих группах пациентов были изучены клинические проявления. При этом особое внимание уделялось оценке эмоциональных нарушений.

В комплекс исследования входили клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, нейрофизиологический и патопсихологический методы. Последний включал такие методики: СБОО, шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, методику «незаконченных предложений», стандартный ассоциативный тест, опросник Айзенка.

Полученные результаты легли в основу разработки принципов формирования системы психотерапии и психологической коррекции больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы и паническим расстройством.

Были разработаны критерии оценки эффективности разработанной системы, которые включали клинические показатели и количественную динамику психодиагностических методов. Применение этих критериев позволило улучшить комплаентность пациентов и объективизировать успешность коррекционных программ.

УДК 616.89-008.47-053.7:362.141

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

И. В. Лещина

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: качество жизни, пограничные психические расстройства, студенты

Здоровье студенческой молодежи является необходимым условием полноценной учебы в вузе. В течение последних лет для комплексной оценки многообразных сторон образа жизни и факторов риска ухудшения здоровья населения все шире используются методики, основанные на оценке качества жизни (КЖ).

Цель исследования: изучить особенности психических расстройств и качества жизни студентов-медиков в современных условиях.

Проведено комплексное обследование 853 студентов ХНМУ в возрасте от 19 до 23 лет, мужчин было 36 %, женщин — 64 %. Установлено, что у 10,5 % студентов были диагностированы клинически очерченные формы пограничных психических расстройств (ППР), среди которых наиболее частыми были расстройства адаптации (67 %) и соматоформная вегетативная дисфункция (15,2 %).

Анализ полученных результатов показал существенные различия в субъективной оценке КЖ здоровых студентов и студентов с ППР. У здоровых студентов показатель КЖ характеризовался равномерностью оценок всех компонентов и высокими их значениями. Интегративный показатель КЖ у здоровых студентов составил 8,3 балла, тогда как у студентов с ППР был достоверно ниже и составлял 6,2 баллов, а профиль КЖ характеризовался неравномерностью оценок разных аспектов жизни, особенно за счет низких показателей по шкалам «Физическое благополучие», «Работоспособность», «Межличностные взаимодействия», «Общее восприятие КЖ» (5,1; 5,4; 5,6; 5,6 баллов соответственно). В структуре психических расстройств у студентов доминируют невротические нарушения, которые значительно снижают КЖ студентов и возможность полноценного функционирования.

УДК 616.89-08:612.014.482

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК РАДІАЦІЙНИХ АВАРІЙ

К. М. Логановський, Н. Ю. Чупровська, М. О. Бомко, С. А. Чумак, К. Ю. Антипчук

ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

Ключові слова: психічні розлади, постраждалі внаслідок радіаційних аварій, діагностика, лікування

Мета роботи: підвищити ефективність лікування і психореабілітації постраждалих внаслідок радіаційних аварій з психічними розладами і забезпечити профілактику виникнення порушень психічного здоров'я у постраждалих при можливих техногенних катастрофах.

Рандомізована вибірка з когорти постраждалих, які перебувають на обліку у клініко-епідеміологічному реєстрі (КЕР) ДУ «НЦРМ НАМН України: учасники ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС (УЛНА на ЧАЕС) 1986—87 рр., 100 евакуйованих або переселених, 100 мешканців радіоактивно забруднених територій, 100 осіб, залучених до робіт з перетворення об'єкта «Укриття» (ОУ) на екологічно безпечну систему (до і після робіт).

Обстеження проведено за допомогою уніфікованого психоневрологічного протоколу з використанням сучасних високоінформативних психометричних методик.

На основі уніфікованого протоколу були визначені характерні особливості структури нервово-психічних розладів у УЛНА, в евакуйованих або переселених, а також у персоналу ОУ після виконання робіт.

В УЛНА в клінічній картині відмічено переважання негативної, депресивної, тривожної і соматоформної психопатологічної симптоматики, когнітивного дефіциту, розладів особистості й надмірного вживання алкоголю з явищами

хронічної алкогольної інтоксикації. В евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій переважають невротичні, пов'язані зі стресом та афективні розлади, хронічна цереброваскулярна недостатність та розлади вегетативної нервової системи. У клінічній картині нервово-психічних розладів у них переважають ознаки ураження стовбуру мозку та неврозоподібна симптоматика, яка викликана іритацією серединних структур головного мозку, а в динаміці відсутня прогредієнтність. Характерними особливостями структури психічних розладів у персоналу ОУ після робіт є збільшення кількості невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів із вживанням алкоголю у надмірній кількості. В клінічній картині переважає неврозоподібна та мікровогнищева неврологічна симптоматика, а характерними нейрофізіологічними особливостями є збільшення δ-, θ- та β-активності й зменшення середньої домінуючої частоти в задніх відведеннях головного мозку. В динаміці виявлено поступове прогресування існуючих патологічних станів.

З метою удосконалення лікування та реабілітації постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС та персоналу ОУ визначена доцільність переходу на біопсихосоціальну модель, яка має такі етапи: біологічний (фармакотерапія), психологічний та соціальний, з урахуванням психопатологічних особливостей осіб кожної обстеженої групи.

Отримані результати можуть бути застосовані при розробленні та створенні загальнонаціональної системи охорони психічного здоров'я постраждалих при можливих радіаційних аваріях і техногенних катастрофах.

УДК. 616.89-071-008.47

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ЭНДОГЕННОГО РЕГИСТРА НА БАЗЕ СКРИНИНГОВОЙ ОЦЕНКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ И МЕТАБОЛИЗМА, ОСНОВАННОЙ НА ТЕРМОМЕТРИИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК

Н. А. Малыхина, А. В. Малыхин, А. Е. Шахмаев
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков

Ключевые слова: патогенетические механизмы, эндогенные депрессии

Применение современных средств вычислительной техники и математических средств моделирования компонентов афферентного и эфферентного синтеза на уровне нейрона способствует объективизации существующих и выделению новых диагностических критериев эмоционально-вегетативных реакций, лежащих в основе депрессий.

Под наблюдением находилось 110 больных с рекуррентным депрессивным расстройством различной степени тяжести (F 33.1, F 33.2, F 33.3). Средний возраст — 45 ± 15 лет.

Для диагностики депрессивных состояний на основе термометрии активных точек (область бифуркации сонных артерий, подмышечной области и абдоминальной области) взята модель скрининговой оценки основных параметров жизнедеятельности человека, базирующейся на зависимости обмена ЛПВП и ЛПНП электронной структурой комплекса гема гемоглобина с оксидом азота. Гем гемоглобина связан со структурной трехслойной моделью клеточной мембраны жидкокристаллическим биослоем фосфолипидов, изменяющих массоперенос водорода и кислорода в белково-липидном комплексе. Фосфолипиды, состоящие из двух слоев с наличием липопротеидов, под воздействием липаз и фактора, активирующего тромбоциты (ФАТ), регулируют механизмы диффузии молекул водорода, кислорода, фосфора, серы и азота из одного слоя в другой путем перемещения электронов в пределах одного слоя. Эти перемещения зависят от строения клеточных мембран (содержания холестерина в эритроцитах $1{,}26 \cdot 10^{-13}$ и гранулоцитах $20{,}5 \cdot 10^{-13}$) и обусловлены электронным строением химических элементов, входящих в цитоскелет клетки. В зависимости от отношения суммы температур активных точек к температуре абдоминальной области (в норме 4,9—5,1) определяется положение аргинина (в норме — 117-е положение). При изменении этих показателей в 117-м положении молекула трипсиногена аргинин заменяется гистидином. Эта замена изменяет взаимодействие оксида азота с железом клеточных металлопротеинов, что влияет на расстояние между атомами в молекуле кислорода до 0,046 А°, в то время как межатомное расстояние в молекуле оксида азота изменяется на 0,064 А°. Эти изменения межатомных расстояний влияют на частоту колебаний ионов йода и водорода. При температуре +37° С частота колебаний иона йода составляет 214 кол. в с и частота колебаний иона водорода составляет 4395 кол. в с. Этот комплекс физико-химических информационных процессов, происходящих в клетках крови и эндотелия, определяет взаимопревращения одного вида энергии в другой (хемиостатический принцип энергетического сопряжения). Этот принцип взаимосвязан с регуляцией кардиального механизма, который обеспечивает кровообращение внутренних органов и изменяет кровообращение желудочно-кишечного тракта, активацию микрофлоры, определяющих образование метанолового спирта. В результате этих преобразований нарушается создание протонного градиента мембранами клеток с образованием соответствующих метаболитов полипептидной природы α- и β-соединений (энкефалины), состоящих из 16 и 31 аминокислотных остатков соответственно.

Данная патогенетическая модель, по нашим данным, лежит в основе формирования эндогенных депрессий.

УДК 616.85:616.8- 008.64-08

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ

Л. В. Малюта
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: психотерапія, депресія, невротичні розлади

Депресивні порушення в структурі невротичних розладів мають певні особливості та ускладнюють не тільки діагностику, але й перебіг та лікування основного захворювання. Терапевтична тактика для досягнення високої ефективності повинна бути комплексною і включати не тільки фармакотерапію, але й психотерапевтичну корекцію.

Метою цього дослідження стало вивчення депресивних порушень у хворих на невротичні розлади та розробка схеми психотерапії в структурі лікування вказаної патології.

В умовах відділу неврозів та пограничних станів було обстежено 35 хворих на невротичні розлади (F 45.3) з депресивними проявами, серед них 22 жінки та 13 чоловіків у віці від 18 до 60 років. Хворі були поділені на 2 групи: до першої увійшло 20 хворих, які отримували фармако- та психотерапію, до другої — 15, які отримували тільки фармакотерапію. Були використані клініко-психопатологічний метод, та психодіагностичний (шкали HAMD-24, MADRS).

Особливостями клінічної картини у хворих з даною патологією є переважання соматовегетативних порушень, на тлі яких відбувається фіксація уваги на неприємних відчуттях, формування депресивних, тривожних та фобічних симптомів стосовно власного здоров'я. Наявність депресивних порушень суттєво змінює клінічну картину. Афекти жаху та тривоги поглинаються депресією, яка виходить на перше місце. Саме тому під час проведення психотерапії необхідно враховувати ці клінічні особливості. На першому етапі лікування перевага повинна віддаватися підтримуючим та седативним психотерапевтичним впливам. На другому, необхідно приєднувати методи раціональної психотерапії як в межах індивідуальної, так і групової психотерапії, що спрямовані на зміну уявлень про власну хворобу. На третьому, приєднується функціональний тренінг, що спрямовано на покращання соціального функціонування. Аналіз ефективності проведення терапії показав, що у хворих першої групи клінічна динаміка була більш вираженою (одужання та значне покращання спостерігались у 85,7 %, покращання — у 14,2 %), у другій групі (покращання — у 87,5 %, відсутність покращання — у 12,5 %, одужання у цієї групи хворих не

спостерігалось). Використання комплексного підходу при лікуванні невротичних розладів з депресивними проявами сприяло підвищенню ефективності терапії.

Таким чином, за наявності депресивних симптомів в структурі невротичних розладів необхідно приєднувати психотерапію з урахуванням етапів лікування, що дозволяє підвищити якість лікування.

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

ВАРИАНТЫ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ФОРМИРУЮЩИЕСЯ В СЕМЬЯХ С «ОСОБЫМ» РЕБЕНКОМ

М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Евпаторийская городская больница № 2

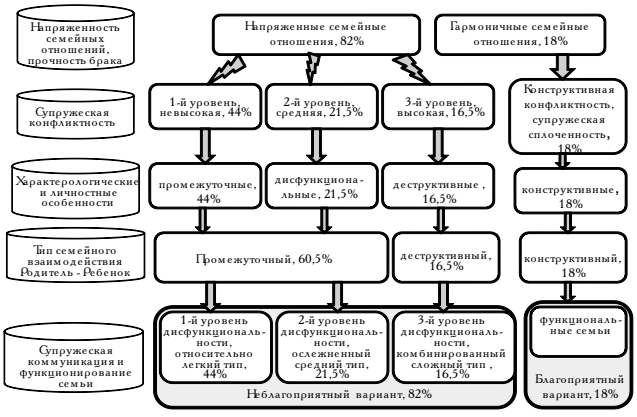
Ключевые слова: семейное взаимодействие, ребенок с нарушением психического развития

Для определения мишеней и содержания системы медико-психологического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития (НПР), путем проведения комплексного изучения психологических особенностей супругов на личностном, межличностном и родительско-детском уровнях функционирования, установлены различные варианты семейного взаимодействия, формирующиеся в семьях с «особым» ребенком.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Евпаторийской городской больницы № 2 проведено изучение 200 семей, в которых воспитывается ребенок с НПР: 82 % детей с расстройством психологического развития F 8, 18 % — с умственной отсталостью F 7. По основному критерию рандомизации — состоянию супружеских отношений — исследуемые семьи были разделены на две группы: 82 ± 3,8 % семей (164) с напряженными семейными отношениями (основная группа) и 18 ± 3,8 % семей (36) — с отсутствием семейной напряженности (группа сравнения).

Исследование включало оценку специфики внутрисемейных отношений (методика PARI Е. С. Шефер, Р. К. Бел, адаптация Т. В. Нещерет), исследование личностных (Фрайбургский личностный опросник FPI) и характерологических особенности супругов (опросник Г. Шмишека), изучение родительского отношения к ребенку и его болезни («Тест родительского отношения» А. Я. Варги, В. В. Столина и «ДОБР» В. Е. Кагана, И. П. Журавлевой), выявление особенностей супружеской коммуникации («Общение в семье» Ю. Е. Алешиной, Л. Я. Гозмана, Е. М. Дубовской) и функционирования семьи (В. В. Кришталь, И. А. Семенкина), а также идентификацию взаимосвязей между вышеуказанными параметрами.

На основании анализа особенностей семейного функционирования в различных плоскостях семейного взаимодействия, индивидуально-психологических особенностей супругов выявлены взаимосвязи между вышеуказанными параметрами, а также их роль в генезе нарушения семейных отношений (*см.* рисунок).



Варианты семейного взаимодействия, формирующиеся в семьях с «особым» ребенком, в зависимости от особенностей супругов на личностном, межличностном и родительско-детском уровнях функционирования

Полученные данные положены нами в основу при разработке системы медико-психологического сопровождения семей, в которых растет ребенок с НПР.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА АДАПТАЦІЇ В РОДИНІ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, З ТОЧКИ ЗОРУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СІМ'Ї

М. В. Маркова, В. О. Діхтяр

Харківська медична академія післядипломної освіти, КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер»

Ключові слова: сімейна взаємодія, психосоціальна адаптація, хворі на параноїдну шизофренію, психотерапевтичний потенціал сім'ї

Мета роботи — встановлення особливостей сімейної взаємодії родин пацієнтів, та рівня адаптації в родині хворих на шизофренію як основи для розробки системи психотерапевтичних заходів в їх комплексному лікуванні.

Для здійснення зазначеної мети за умови інформованої згоди на базі психоневрологічного відділення № 1 КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» клініко-психопатологічним та психодіагностичним методами обстежено 156 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію F 20.0 (ПШ).

У ході дослідження виділені основні типи взаємодії у родинах хворих на ПШ ($p < 0,01$).

I тип — деструктивний (емоційно-відчужений). Відносини між членами родини характеризуються нетерпимістю, некоректністю, відсутністю такту, демонструванням негативних емоцій (злість, роздратування), невдоволеністю характером, зовнішністю або інтелектуальними здібностями хворого, браком емпатії, образливим ставленням.

II тип — конструктивний (гармонічний). Відносини між членами родини характеризуються рівновагою, підтримкою, доброзичливою, довірчою атмосферою, стриманістю у вираженні негативних емоцій, зацікавленістю, порозумінням та довірою один до одного, готовністю надати допомогу. Хворий допомагає у діяльності родини та в побуті (домашні справи), проводить із родиною дозвілля. У родині є усвідомлення хворобливого стану родича (несамостійність та залежність). Родина відгороджує хворого від конфліктів. Члени родини довіряють компетентності психіатра, співпрацюють з ним, прагнуть виконувати рекомендації, стежать за прийомом підтримуючої терапії.

III тип — змішаний (напружено-диссоціативний). Сімейна взаємодія в цих випадках включає риси обох вищезгаданих типів. Проте, даний тип має свої особливості. Так, батьки частіше мають протилежні позиції, що викликає напруженість у родині. Відсутність лояльності, постійні суперечності, неможливість згуртуватися, наявність діаметрально протилежних емоцій призводить до труднощів прийняття якогось рішення у родині та формування поляризаційної дисфункціональної сімейної структури.

Гармонічний тип сімейної взаємодії характеризується добрим психотерапевтичним потенціалом родини, при напружено-диссоціативному типу має місце середній, а при емоційно-відчуженому — незадовільний психотерапевтичний потенціал.

На підставі аналізу клініко-психопатологічних симптомів, загального індексу соціального функціонування, якості життя та стану родинної взаємодії пацієнтів, враховуючи рівні комплаєнтності як пацієнтів, так і членів родини до психотерапії, виділено та надано характеристику трьом рівням психосоціальної адаптації пацієнта в родині ($p < 0,01$).

Третій рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині. Хворі характеризуються диспропорцію між окремими сферами психічного життя. При достатньо збереженій інтелектуально-пізнавальній сфері відзначаються значні порушення у сфері спілкування, захопленості та інтересів. У родині спостерігається ослаблення та перекручування емоційних зв'язків. З часом коло спілкування у середині родини звужується. Порушення психосоціальної адаптації на

цьому рівні співвідносяться з негативними змінами за типом дисгармонії особистості, що включає особливості хворих на ПШ. Відмічено деяку агравацію для збереження допомоги й підтримки членів родини. Обсяг побутових обов'язків варіює згідно з традиційним розподілом навантаження, прийнятим у родині до її членів.

Другий рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині. Відмінними рисами хворих є порушення в сфері мотивації й відхилення у сфері особистісної та соціальної активності, превалювання негативних розладів із ознаками редукції енергетичного потенціалу й характерним для ПШ емоційним сплощенням. Пацієнти мають потребу у постійному спонуканні ззовні з боку родини у соціально-побутової діяльності. У родині хворі займають залежну позицію від інших членів, покладаючи на них свої функції, що викликає підвищене навантаження на останніх. Зростаючі зусилля щодо обслуговування пацієнта у родині порушує звичну організацію життєдіяльності та спілкування родини.

Перший рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині. Хворий повністю дезадаптований — не виконує обов'язків члена родини, функціонування відособлено. Критичне ставлення до рідних приймає неприйнятні форми. У сімейних відносинах хворі перебувають у відособленому «кутку» в середині родини. Відмічається зневажливе ставлення до соціальних цінностей, опозиція до авторитетів у сполученні з небажанням працювати. У спілкуванні з родиною спостерігається втрата емоційної прихильності, конфлікти, роздратування, розчарування, агресія. Повне розходження між соціальними домаганнями та реальними можливостями, декларування особистої незалежності. Емоційні захоплення відрізняються нестійкістю. Хворі демонструють негативне ставлення до сімейного життя, обираючи об'єктом критики членів родини.

Встановлені особливості родинної взаємодії та психосоціальної адаптації пацієнтів в родині покладені нами в основу розробки диференційованих психотерапевтичних заходів, які є складовою частиною комплексної терапії хворих на параноїдну шизофренію.

УДК 616−036.82+616.831−005.1−037+159.923+173.7

ЩОДО ЗВ'ЯЗКУ АКТУАЛЬНОГО ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ, ТА СТАНУ ЇХ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

М. В. Маркова, Н. В. Книш

Харківська медична академія післядипломної освіти; Міська клінічна лікарня № 5, м. Суми

Ключові слова: психологічні особливості, жінки, сімейна взаємодія, ішемічний інсульт

Мета роботи — встановлення наявності зв'язку між особливостями актуального психоемоційного статусу жінок, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (IMI), складу їх сім'ї та стану родинної взаємодії, для подальшого визначення стратегії медико-психологічної реабілітації пацієнток.

За допомогою клінічного, психодіагностичного, соціально-демографічного методів дослідження обстежено 210 жінок, які перенесли IMI, та близьких членів їх родин — чоловіка (в разі повної сім'ї) або дитини (у випадку неповної сім'ї пацієнтки). Основну групу № 1 склали 110 жінок та їхніх чоловіків, основну групу № 2 — 100 жінок та їхніх дітей (віком від 12 до 16 років). Дослідження проводили на стадії раннього відновлювального періоду перебігу IMI, на 20—30 день після виписки пацієнток зі стаціонару та повернення в родину. Критеріями включення у дослідження були: інформаційна згода хворої та членів її родини; наявність у жінки IMI середнього ступеня тяжкості (з локалізацією в басейнах середніх мозкових артерій, без клінічних ознак набряку головного мозку, без порушень свідомості, з осередковими симптомами ураження головного мозку); вік пацієнток від 35 до 50 років (вік активного виконання жінкою максимальної кількості сімейних функцій); наявність у пацієнтки власної родини: повної (чоловік, можливо дитина) або неповної (дитина); при оцінюванні когнітивного статусу показник більше 21 балу за шкалою Mini-mental State Examination (MMSE). Визначення актуального психоемоційного стану жінок, які перенесли IMI, здійснювали з використанням шкали депресії Бека (BDI) і методики діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна для отримання даних суб'єктивної оцінки пацієнтками свого стану та шкал депресії і тривоги Гамільтона HDRS та HARS для порівняння суб'єктивної оцінки та об'єктивних даних.

Аналіз показників, які характеризують стан когнітивно-афективної сфери та соматичні прояви депресії, визначив їх достовірну різницю в залежності від групи обстежених ($p \le 0,05$). Так, у пацієнток основної групі № 1 переважали симптоми когнітивного та афективного спектра, які діагностувалися у більш вираженому ступені прояву. У свою чергу, у основній групі № 2 серед показників переважали такі, що характеризували вираженість соматичних проявів депресії.

Встановлено, що такі характеристики, як песимізм, незадоволеність, відраза до себе, ідеї самозвинувачення, роздратованість, слізливість, нерішучість, були характерні для більшості жінок з основної групи № 1 ($p \le 0,05$). З іншого боку, показники втрати працездатності, порушення сну, стомлюваності, втрати апетиту та ваги, захопленості почуттям власного тіла достовірно ($p \le 0,05$) превалювали у жінок основної групи № 2. В цілому встановлена закономірність формування психопатологічного депресивного синдрому в залежності від сімейного статусу, що підтверджується розподілом симптомів за ступенем вираженості. Крім того, за допомогою статистичного аналізу встановлено достовірний взаємозв'язок між збільшенням ступеня вираженості симптому та його руйнівної дією на стан сімейної взаємодії пацієнток ($p \le 0,05$).

Незважаючи на значні розходження у розподілі окремих симптомів депресії за частотою зустрічаємості у обох групах пацієнток, в цілому рівень депресивного реагування був однаково завищеним серед пацієнток обох груп. Проте, в основній групі № 1 кількість жінок з відсутністю депресії була значно більшою, ніж в основній групі № 2 (32,7 %, проти 19,0 %). Таким чином, спостерігалося відсоткове зменшення розповсюдженості депресії з посиленням її ступеня вираженості у жінок основної групи № 1 (наявність осіб без депресії і посилення вираженості психопатологічних проявів у жінок з депресією) та відносно стабільний розподіл між розповсюдженістю депресії та ступенем її вираженості у основній групі № 2. Ця залежність підтвердила думку про те, що при в цілому подібних механізмах розвитку депресії в обох групах, існує чіткий взаємозв'язок її формування та вираженості від сімейного стану (наявності повної або неповної сім'ї). Така ситуація виникає внаслідок різних, задіяних при видужанні, мотиваційно-відповідальних механізмів: схильності до меншої відповідальності із проявами демонстративної поведінки симптомів депресії у одружених жінок та «мобілізація» із виказуванням скарг на неможливість у повному обсязі виховувати дитину внаслідок соматичного страждання, у самотніх жінок із дітьми.

У всіх пацієнток виявлено тривожність різного ступеня вираженості. У пацієнток основної групи № 1 тривожність характеризувалася як «динамічно стабільна» із більшою «маятникоподібною» пластичністю (поверненням із більш вираженого ступеня до менш вираженого). У пацієнток основної групи № 2 — як «динамічно зростаюча» без зворотного перебігу у вигляді «пікового зростання» за ступенем вираженості.

За структурою тривожності встановлено, що жінкам із загальною помірною тривожністю, які перенесли IMI, властивий завищений акцент до себе у зовнішньої вимогливості ($p \le 0,05$), категоричності ($p \le 0,05$), значимості в постановці завдань ($p \le 0,05$), змістовному осмисленні діяльності ($p \le 0,05$). Для жінок із низькою тривожністю, на противагу, були властиві низка активність та мотивація до діяльності ($p \le 0,05$), порушення зацікавленості ($p \le 0,05$), руйноване почуття відповідальності у прийнятті рішення ($p \le 0,05$). Пацієнтки із високою тривожністю були схильні сприймати погрозу своїй самооцінці й життєдіяльності у великому

діапазоні ситуацій та реагувати вираженим станом тривожності ($p \le 0,05$), особливо, коли вони стосувалися оцінки їх компетенції й престижу ($p \le 0,05$).

Загальний міжгруповий аналіз розподілу реактивної та особистісної тривожності у досліджених пацієнток встановив, що для пацієнток основної групи № 1 була більш властивою реактивна (ситуативна) тривожність — 60,9 % (із середнім балом 72) для пацієнток основної групи № 2 — особистісна тривожність — 65,0 % (із середнім балом 69). Така ситуація, на наш погляд, склалася внаслідок наявності «преморбідно-особистісного завищеного тривожного тла» у жінок основної групи № 2 внаслідок підвищеної емоційної відповідальності за виховання дитини.

У жінок основної групи № 1 виявлено тенденцію до заниження власних депресивних хвилювань та своєрідна анозогнозія клінічних симптомів депресії (визначення їх відсутності за суб'єктивною оцінкою). У свою чергу, пацієнтки основної групи № 2 мали схильність до «приховування» симптомів тривоги внаслідок чинника «хвилювання за дитину». У основній групі № 2 у відсотковому показнику, а також показнику ступеня виразності, переважали «психічні» симптоми над «соматичними», як усередині групи, так й у порівнянні із пацієнтками основної групи № 1.

За допомогою кореляційного аналізу між усією сукупністю показників виявлено такі, що мають міцний достовірний зв'язок зі станом сімейної взаємодії пацієнток (негативним чи позитивним). Встановлено, що серед усіх обстежених основної групи № 1 29,1 % (32) жінок та їх чоловіків можливо віднести до групи із «позитивним потенціалом та високими захисними якостями» щодо збереження благополуччя у процесі сімейної взаємодії. Серед обстежених основної групи № 2 до даної групи віднесено 35,0 % (35) пацієнток та їх дітей. До групи із «негативним потенціалом та низькими захисними якостями» щодо збереження благополуччя у процесі сімейної взаємодії серед пацієнток основної групи № 1 віднесено 70,9 % (78) жінок та їх чоловіків, основної групи № 2 — 65,0 % (65) жінок та їхніх дітей.

За результатами досліджень кваліфіковані такі варіанти сімейної взаємодії у родинах жінок, які перенесли IMI: непатологічний — із збереженням взаємовідносин і позитивною сімейною взаємодією, що має протективний вплив на психоемоційний стан пацієнток (29,1 % сімей основної групи № 1 і 35,0 % сімей основної групи № 2) та патологічний (деформований) — із руйнуванням взаємовідносин і негативною сімейною взаємодією, що характеризується шкідливим впливом на психоемоційні показники обстежених (70,9 % родин основної групи № 1 та 65,0 % — основної групи № 2).

Таким чином, встановлено, що на стан психоемоційних показників жінок, які перенесли IMI, за умови конгруентності усіх інших характеристик, більш вагомий вплив має не склад їхніх родин (повна або неповна), а варіант сімейної взаємодії (непатологічний або деформований).

Отримані результати повинні обов'язково враховуватися при побудові стратегії медико-психологічної реабілітації пацієнток, що перенесли IMI, та особливо — при формуванні психотерапевтичних заходів, спрямованих як для роботи з жінкою, так й з її родиною.

УДК 159.923:392.6-615.851

ТИП ТЕМПЕРАМЕНТУ ЯК ВИЗНАЧАЛЬНИЙ КРИТЕРІЙ ВИДУ ПОРУШЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З СЕКСУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ

М. В. Маркова, В. П. Коломієць

Харківська медична академія післядипломної освіти, Центр планування сім'ї, м. Київ

Ключові слова: тип темпераменту, чоловіки, сексуальні розлади

Мета роботи: визначення типу темпераменту як базової характеристики комунікаційної здатності та комунікативної спрямованості у чоловіків з сексуальними розладами різного ґенезу, для розробки системи їх психологічного консультування.

З дотриманням принципів біоетики та деонтології обстежено 212 чоловіків, які звернулись за спеціалізованою медико-психологічною допомогою до центру планування сім'ї м. Києва протягом 2003—2009 рр. З них 157 були у шлюбі та проходили обстеження разом з дружинами, інші 55 чоловіків не мали постійної партнерки. Із 157 подружніх пар (ПП), 86 були у зареєстрованому, 71 — громадянському шлюбі. Усі ПП потерпали від незадоволеності подружнім життям та сексуальними стосунками. Обстежені були поділені на три групи. Першу групу (група 1) склали 96 ПП, в яких причиною незадоволеності шлюбом була первинна соціально-психологічна дезадаптація, яка у міру прогресування та формування порушення міжособистісної подружньої комунікації обумовила появу вторинних розладів реалізації сексуальності партнерів. У 61 ПП (група 2) первинними виявились розлади сексуальної функції чоловіків, внаслідок чого мало місце сексуально-еротична дезадаптація подружжя та порушення сексуальної комунікації. Третю групу (група 3) склали 55 не одружених чоловіків, які не мали постійної партнерки та звернулися зі скаргами на неможливість побудови постійних гармонійних відносин з жінками, що було обумовлене станом психологічної дезадаптації та порушенням особистісної комунікації та викликало в них стан внутрішньо особистісного дискомфорту, а також сексуальні проблеми, пов'язані із неможливістю вести регулярне статеве життя.

Тип темпераменту, як базову характеристику, що визначає здатність та спрямованість комунікації, вивчали за опитувальником Г. Айзенка.

Серед обстежених в групі 1 (з порушенням подружньої міжособистісної комунікації) усі чоловіки та 55,2 ± 5,0 % жінок мали екстравертовану спрямованість, яка також виявилась характерною для 27,9 ± 4,5 % чоловіків та 37,7 ± 4,4 % жінок з групи 2 (з порушенням сексуальної комунікації). Відомо, що в екстравертів — осіб із сангвінічним та холеричним темпераментом — яскраво виражена емоційність, лабільність, комунікабельність, збудливість, імпульсивність та схильність до лідерства. Сполучення в парі даних особливостей було несприятливим чинником щодо їх адекватного спілкування на різних рівнях подружньої взаємодії.

Інтровертованість виявилась притаманною 72,1 ± 4,5 % чоловіків з групи 2 та усім одиноким з групи 3 (з порушенням особистісної комунікації). Ці особи з меланхолічним і флегматичним темпераментом демонстрували замкнутість, песимістичність, стриманість, а також певну емоційну ригідність в стосунках. Інтровертована спрямованість встановлена у 44,8 ± 5,0 % жінок з групи 1 та 36,1 ± 4,8 % — з групи 2. Така поєднаність в парі також мала несприятливий вплив на адаптивний ресурс подружжів.

Амбівертованість, тобто рівнозначне представлення в структурі темпераменту як екстравертивних, так і інтровертивних рис, діагностовано лише у 26,2 ± 4,4 % жінок з групи 2. Наявність в подружній парі дружини з таким типом темпераменту могло б поліпшити стан міжособистісної комунікації, проте, за умови сексуальної дезадаптації подружжя, не мали вагомого впливу на стан їх сексуальної комунікації.

Встановлений кореляційний зв'язок між типом темпераменту та порушення комунікації у обстежених чоловіків (міцність кореляційного зв'язку показників 0,7—0,80). Так, у чоловіків з порушенням подружньої міжособистісної комунікації встановлено екстравертований тип темпераменту, у одиноких чоловіків з порушенням особистісної комунікації — інтровертований. Чоловікам з порушенням сексуальної комунікації притаманні обидва типи, проте, інтровертований зустрічався у 2,5 рази частіше, ніж екстравертований. Крім того, виявлено, що у подружжів 1 та 2 груп мало місце несприятливе поєднання типів темпераментів партнерів, що було конфліктогенним фактором формування або посилення перебігу комунікаційних порушень.

Отримані дані стали підґрунтям розробки системи психологічної корекції сексуальних розладів різного ґенезу у чоловіків.

УДК: 615.851-052:159.925

СИТУАТИВНО-СОМАТИЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГО-ОСОБИСТІСНИЙ ФАКТОРИ У ПЛАНУВАННІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ

М. В. Маркова, І. Р. Кужель

Харківська медична академія післядипломної освіти, Київська міська онкологічна лікарня

Ключові слова: медико-психологічна допомога, онкологічні хворі, ситуативно-соматичний фактор, психолого-особистісний фактор, паліативна допомога.

Поширеність психічних розладів та специфіка психологічних реакцій у онкологічних хворих у термінальній стадії захворювання зумовлює потребу у розпізнаванні даних станів та практичних навиках ведення пацієнтів даної категорії. Проводити оцінку психічного стану пацієнта можна на різних рівнях: клініко-психологічному, патопсихологічному, клініко-психопатологічному. Кожен з рівнів відображає окремий пласт у психоемоційному стані хворого. На клініко-психологічному рівні в оцінці психоемоційного статусу важливим є розрізнення ситуативно-соматичного та психологічно-особистісного факторів у формуванні психічних порушень у хворого. Виділення психолого-особистісного та ситуативно-соматичного фактора є умовним, в даному випадку варто говорити про домінування того чи іншого фактора у формуванні психоемоційного стану.

Ситуативно-соматичний фактор відображає рівень соматичного (фізичного) дистресу, обумовленого, по-перше, перебігом хвороби та її ускладненнями, по-друге, ступенем контролю соматичних симптомів. Тобто, ситуативно-соматичний фактор корелює з рівнем соматичного благополуччя. Високий рівень соматичного дистресу, його тривалість, низький ступінь контролю симптомів зумовлюють перехід від реакції до ендореактивного стану. Психологічно-особистісний фактор відображає внутрішньоособистісні реакції та переживання відносно хвороби. Значення даного фактора зростає відповідно до тих змін у житті людини (соціальних, психологічних, фінансових), що спричинила хвороба. Психоемоційний стан в аспекті психолого-особистісного фактора описується через такі поняття: внутрішня картина хвороби, тип реагування на захворювання, психологічні механізми захисту, індивідуально-типологічні властивості особистості, домінуючі копінг-стратегії, ієрархія цінностей.

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Київської міської онкологічної лікарні, відділення паліативної медицини протягом 2009 та І-го кварталу 2010 року обстежено 405 інкурабельних онкологічних хворих, які отримували паліативну допомогу (179 чоловіків та 226 жінок у віці від 20 до 87 років, середній вік складав 60,5 років).

Домінуючий психолого-особистісний фактор у загальній вибірці визначений для 13 ± 3,4 % пацієнтів (серед жінок даний фактор складав 11,5 ± 3,2 %; серед чоловіків — 14,5 ± 3,5 %). Ситуативно-соматичний фактор визначений як домінуючий у 57,6 ± 4,9 % пацієнтів (у 57,1 ± 4,9 % жінок та 58,1 ± 4,9 % у чоловіків). У рівній мірі прояву дані фактори визначені у 29,4 ± 4,6 % обстежених у вибірці (у жінок 31,4 ± 4,6 % та 27,4 ± 4,5 % чоловіків).

Виділення вищеназваних факторів у практичному аспекті було використано для розробки індивідуалізованої тактики медико-психологічної допомоги. Так, домінування психолого-особистісного фактора передбачало застосування психокорекційних заходів (переважно орієнтованих на усвідомлення та рефлексію внутрішньоособистісних переживань), тоді як ситуативно-соматичного — першочергово контроль за рівнем соматичного дистресу, що в аспекті психологічної допомоги виражалося у навчанні технікам релаксації, креативної візуалізації.

УДК 616.89-008.444.9..616895.4-053.9

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Н. А. Марута, И. А. Явдак

ГУ «ИНПН АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: аутоагрессия, депрессии, возраст

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что в структуре психических расстройств у лиц пожилого возраста значительное место занимают депрессивные расстройства, формирование которых обусловлено изменениями социального, материального, психологического состояния и физиологическим старением организма. Депрессивные проявления являются важным фактором формирования суицидальной активности. Однако, несмотря на большое количество существующих исследований, вопросы своевременного выявления суицидального риска у больных пожилого возраста изучены недостаточно и требуют детальной разработки.

Целью проведенного в отделе неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН АМН Украины» исследования было изучение клинико-психопатологических предикторов формирования суицидального риска у больных депрессивным эпизодом (F 32) пожилого возраста для усовершенствования критериев диагностики и прогнозирования суицидального риска.

Использованы клинико-психопатологический и патопсихологический (Способ выявления суицидального риска, Способ оценки самосознания смерти) методы. Обследовано 48 пациентов, средний возраст которых составил 67,4 лет. Мужчин было 19, женщин — 29.

Оценка анамнеза и особенностей социального функционирования пациентов позволила выявить наличие психотравмирующих факторов в виде потери работы в связи с выходом на пенсию, утраты близких, утраты привычного круга общения, распада семьи, смены места жительства, что вело к ухудшению личностной реализации и способствовало эмоциональная изоляции больного. Также часто выявляемым фактором было наличие соматического заболевания, что усиливало пессимистическую оценку больными своего будущего. У большинства — 31 (64,6 %) обследованных факторы психической травматизации носили сочетанный характер.

Депрессивная симптоматика, помимо сниженного настроения, тревожности, расстройств сна, характеризовалась наличием выраженного тоскливого аффекта в сочетании с сенесто-ипохондрическими жалобами, которые являлись почвой для пессимистической трактовки больными своего будущего. Суждения об утрате смысла жизни активно высказывали 12 (25,0 %) обследованных. Однако при дополнительном опросе и обследовании пессимизм, ощущение «тупика» и «бессмысленности» жизни выявлялись у 29 (60,4 %) больных.

Обследование больных депрессивным эпизодом с помощью методики «Способ выявления суицидального риска» свидетельствовал о высоком уровне суицидального риска (средний показатель по группе — 29,8 баллов).

Обследование с помощью методики «Способ оценки самосознания смерти» позволило выявить персональное отношение больных к смерти и к прерыванию жизни. Средние показатели по методике «Способ оценки самосознания смерти» составили 23,7 баллов. У 25 (52,1 %) из указанных больных данные показатели были выше 23 баллов (средний показатель — 27,7 баллов), что свидетельствовало о высоком самосознании ими смерти и носило антисуицидальный характер. У данных больных выявляли более гармоничные отношения с близкими, чувство ответственности перед ними.

Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень суицидального риска у больных депрессивным эпизодом пожилого возраста высокий и не всегда соответствует уровню самосознания смерти. Формирование аутоагрессивного поведения у них обусловлено не только структурой депрессивной симптоматики, но и особенностью их социального функционирования.

Построение лечебных и реабилитационных программ должно быть направлено не только на купирование депрессивной симптоматики, но и на адаптацию пациентов в социуме, изменение стереотипов микро- и макросоциального общения.

УДК 616.89-008.441.1:616.851

АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ З УРАХУВАННЯМ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФАКТОРІВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ

Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко

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

Ключові слова: психотерапія, тривожно-фобічні розлади

На сучасному етапі терапії тривожно-фобічних розладів приділяється значна увага, що пов'язано з уточненням питань про клінічний та патогенетичний поліморфізм тривоги. Уявлення про тривожно-фобічні розлади як про психогенні пояснює адекватність застосування комплексної терапії з обов'язковим включенням психотерапевтичних підходів, враховуючи специфіку факторів психічної травматизації у хворих на дану патологію. Тому метою дослідження стала розробка системи патогенетично зумовленої психотерапевтичної корекції у хворих на тривожно-фобічні розлади з урахуванням особливостей факторів психічної травматизації.

Використовували клініко-психопатологічний метод в сполученні з «Анкетою характеристик факторів психічної травматизації», методику вивчення ціннісних орієнтацій в модифікації О. Б. Фанталової (1993) — для дослідження ієрархії цінностей, наявності внутрішньоособистісних конфліктів та інтегративний показник якості життя (Mezzich, Cohen, Ruiperez, Lui & Yoon, 1999) — для оцінки ефективності психокорекції.

Обстежено 47 хворих на тривожно-фобічні розлади, серед них 29 жінок та 18 чоловіків. Система лікування будувалась з урахуванням особливостей клінічних проявів, ціннісних орієнтацій та факторів психічної травматизації і включала медикаментозну та психотерапевтичну корекцію.

Ієрархія цінностей у хворих на тривожно-фобічні розлади мала загальнонормативний характер та характеризувалась переважанням таких категорій: «Щасливе сімейне життя» (8,46 балів), «Здоров'я» (8,2 балів), «Кохання» (7,26 балів) та «Впевненість у собі» (6,6 балів). Найбільш доступними цінностями хворі на тривожно-фобічні розлади вважали свободу як незалежність у діях та вчинках (7,33 балів), наявність хороших та вірних друзів (7,2 балів) і красу природи та мистецтва (5,93 балів).

Тривожно-фобічні розлади формувалися під впливом поєднаних, хронічних, суб'єктивно неподоланих факторів психічної травматизації, серед яких переважали відсутність здоров'я (5,87 балів), конфлікти у сімейному житті (3,37 балів) та невпевненість у собі (2,31 бали). Можна відзначити, що фактор психічної травматизації є складовою багатогранною і полягає в тому, що основні цінності, які є важливими для цієї групи хворих, сприймаються як недоступні та недосяжні.

Розроблена система психотерапевтичної корекції заснована на принципах диференційованого характеру і комплексності психотерапії, дотримання етапності та послідовності в її реалізації, поєднання методів індивідуальної та групової психотерапії, а також її оптимальної тривалості. В ході психотерапевтичного впливу було виділено 4 етапи: 1—3 проводились в умовах стаціонару (21—22 дні), 4 етап — амбулаторно. 1 етап складався з 2—3 індивідуальних та 2—3 групових занять тривалістю 30 хвилин і 1,5 години відповідно і включав переважно особистісно-орієнтовану терапію з використанням технік нейролінгвістичного програмування, зокрема «якоріння», для корекції переживань у напрямку зміни значення їхнього змісту. На 2 етапі базовим методом психотерапевтичного впливу була когнітивно-поведінкова психотерапія. Терапевтичні техніки в рамках такого підходу дозволяли виявити, проаналізувати і скоректувати помилкові концептуалізації та дисфункціональні переконання пацієнтів, допомагали їм мислити і діяти більш відповідно та адаптивно до значущих ситуацій. На етапах стаціонарного лікування індивідуальні заняття проводили 3 рази на тиждень, групові — щоденно. 3 етап включав 2—3 індивідуальних і 3—5 групових занять з акцентом на функціональний тренінг, який допомагав хворим протистояти фобічним стимулам. 4 етап передбачав закріплення досягнутого терапевтичного ефекту, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій, включав раціональну психотерапію та функціональний тренінг протягом 4 місяців.

Середній показник якості життя у хворих на тривожно-фобічні розлади на початку лікування становив 5,8 балів і підвищився наприкінці лікування до 7,1 балів, що відображає достовірне покращання стану хворих та свідчить про ефективність проведеної терапії.

УДК: 616.89-036.82

К ВОПРОСУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

В. И. Мельник, А. В. Мельник

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, г. Киев

Ключевые слова: психически больные, общественно опасные действия, социальная реабилитация

Профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных — одна из современных важнейших задач психиатрии вообще и судебной психиатрии в частности. В системе мер профилактики ООД психически больных важное место занимают принудительные меры медицинского характера (ПММХ), проводимые в условиях психиатрических стационаров. Известно, что ООД совершают психически больные с различными психическими расстройствами, а, следовательно, и на принудительном лечении одновременно находятся клинически разнородные больные. Поэтому к данному контингенту больных не могут быть применены унифицированные профилактические (лечебно-реабилитационные) программы, они должны быть сугубо индивидуализированными. Существенную роль в реабилитационной программе играет решение вопросов социальной защиты этих больных. Наибольшие сложности в этих случаях представляют социально дезадаптированные психически больные, утратившие связи с родственниками, семьей и не имеющие жилья. Такие больные, как правило, всецело зависимы от окружающей среды и прогностически неблагополучны. В связи с этим они подолгу находятся в психиатрических стационарах. На наш взгляд, разрешение этой проблемы возможно при организации для этой категории больных домов-интернатов, ориентированных на социально-трудовую реабилитацию. Однако реальное решение этой проблемы невозможно только силами психиатрической службы, без участия всех тех организаций и учреждений, которые имеют отношение к социальной сфере в нашей стране.

УДК 612.821+616.89

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Б. В. Михайлов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: эффективность, психотерапия, помощь

Модернистски-технократическое развитие общества обусловило повышение качества повседневной среды обитания человека. Однако это же послужило причиной вторичного формирования условий, оказывающих негативное воздействие на организм человека и популяцию в целом: ухудшение экологии, увеличение социально обусловленных стрессогенных факторов, возрастание количества и масштабов техногенных катастроф, возникновение целого ряда новых и патоморфоз существующих заболеваний.

Анализ изменений структуры заболеваемости расстройствами психики и поведения показывают, что практически 100 % прироста обусловлены непсихотическими, так называемыми пограничными расстройствами. Наряду с этим наблюдается куда более значительный рост по всем основным классам соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), в генезе которых значительную роль играют психосоматические механизмы. В свою очередь. «внутренний» анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой значительный рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностированными соматизированными депрессиями, а с другой — состояниями, которые привычно диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония.

Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации.

Проведенные нами исследования позволили выделить 5 типов психосоматических соотношений:

1. Соматизированные психические реакции — соматоформные расстройства личностно-конституционального регистра (невротические расстройства, невропатии и личностные развития).

2. Психогенно-личностные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием.

3. Органные или системные соматические поражения психосоматического характера.

4. Реакции экзогенного типа (соматогении).

5. Соматопсихическая коморбидность — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

Вследствие этого базисным направлением в лечении больных невротическими и соматоформными расстройствами в настоящее время является психотерапия. Используется практически весь спектр современных форм и методов психотерапии. Широко применяется рациональная терапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, групповая, аналитическая, бихевиоральная, позитивная, клиент-центрированная терапия и др. Однако, несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции, превалирование в клинической картине соматовегетативных компонентов не дает возможности обойтись без медикаментозной терапии.

Вместе с тем, отсутствуют критерии оценки эффективности психокоррекционных мероприятий. До настоящего времени эта оценка происходит, как правило, по субъективному восприятию пациента.

Для становления объективных критериев эффективности психотерапевтической и психокоррекционной работы необходимо использование клинических шкал, патопсихологических методик, учет социальной динамики пациента. Все это требует формального оформления в виде терапевтического контракта.

УДК: 616.831-005.1:616.127-005.8:616.89-008.46

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

В. Б. Михайлов

Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3

Ключевые слова: инфаркт миокарда, мозговой инсульт, непсихотические психические расстройства, принципы психотерапевтической реабилитации

В последние годы в Украине отмечается значительный рост заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями. У большинства больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт (МИ), отмечаются различные непсихотические психические расстройства.

Целью исследования явилась разработка современных принципов психотерапевтической реабилитации непсихотических психических расстройств у больных, перенесших ИМ и МИ.

Обследовано 30 пациентов с ишемическим МИ и 30 пациентов с ИМ.

Основными методами обследования были: клинические, психодиагностические, статистические.

Исследование показало, что у больных, перенесших МИ, первичен когнитивный дефицит, и на его фоне происходит отсроченное формирование тревожно-депрессивных расстройств; при ИМ доминируют тревожно-депрессивные нарушения, к которым присоединяются личностные реакции, когнитивные расстройства.

Нами предложена система дифференцированных медико-психологических реабилитационных мероприятий. Основными принципами ее являются: этапность, дифференцированность, комплексность, конечная социальная направленность результатов. Она включает у больных с МИ применение когнитивного тренинга, индивидуальной и групповой гипносуггестивной психотерапии с элементами аутотренинга; у больных с ИМ — личностно-ориентированной психотерапии.

УДК 616.45-001.1/.3:616-001-08:001.8

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б. В. Михайлов, А. А. Григорович

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психокоррекция, посттравматический стресс

В последние годы в Украине значительно увеличилось число нарушений психической сферы, клиническая структура которых соответствует «посттравматическому стрессовому расстройству» (ПТСР).

Проблема привлекает к себе внимание не только клиницистов, но и организаторов здравоохранения. Актуальность проблемы ПТСР возрастает в условиях роста катастроф и стихийных бедствий. В связи с этим необходимо дальнейшее изучение посттравматических стрессовых расстройств, их клиники, диагностики и терапии.

Нами было проведено сравнительное изучение 200 больных с ПТСР в различных регионах Украины. Было выбрано 3 модельных региона:

- Луганская область — как регион с наиболее частыми и массивными техногенными катастрофами, прежде всего, на угольных шахтах.
- Харьковская область — крупнейший научно-технический центр Украины со значительными миграционными потоками населения. В области действуют факторы сочетания местных техногенных катастроф (авария очистных сооружений 1995 г.) и наличия значительного контингента пострадавших миграционного характера (участников локальных военных конфликтов).
- Закарпатская область — регион Западной Украины с частыми стихийными бедствиями.

Для изучения больных использовались клинико-психопатологические, экспериментально-психологические и нейрофизиологические методы.

В результате проведенных исследований были получены следующие данные. 64 % всех обследованных больных с ПТСР составили лица, перенесшие техногенные катастрофы — аварии на шахтах, промышленных предприятиях. 7,0 % составили участники боевых действий. 6,0 % подверглись действию других стрессогенных факторов — насилию, были участниками или свидетелями автокатастроф с человеческими жертвами и пр., 23 % — лица, пострадавшие вследствие стихийных бедствий.

У всех больных отмечалась типичная симптоматика в виде обсессивных реминисценций сюжетно-зависимого, коррелирующего с психогенией характера, агрипнических

расстройств с тягостно-устрашающими сновидениями того же характера, эмоциональной «притупленности» в сочетании с явлениями раздражительной слабости, своеобразием клинических моделей расстройств сексуальности. Эта симптоматика наблюдалась на фоне сложного астенического симптомокомплекса с компонентами психогенной и физиогенной астении и депрессивными, ипохондрическими, обсессивно-компульсивными включениями.

Наиболее тяжелой и прогностически неблагоприятной была клиника ПТСР в Луганской области,. Наименее тяжелой и прогностически благоприятной была клиника ПТСР в Закарпатской области — тенденция взаимной компенсации между группами резидент — мигрант. Харьковская область занимала промежуточное положение.

Нами разработана система медико-психологической коррекции. Система включает на начальных этапах патогенетическую индивидуальную рациональную и директивно-групповую психотерапию, симптоматическую суггестивную и тренинговую психотерапию с переходом в последующих этапах на недирективную групповую. В случаях особо массивной психогении методом выбора должна быть эмоционально-стрессовая психотерапия или наркопсихотерапия. Конечным поддерживающим этапом является создание самоуправляющихся психотерапевтических групп без участия терапевта. Полученные данные свидетельствуют, что эффективный метод, приводящий к устойчивой компенсации больных с ПТСР.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

К ПРОБЛЕМЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ 7—11 ЛЕТ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, О. Ю. Майоров, Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская, О. В. Федкевич

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: депрессия, диагностика, клиника, психологические особенности, дети 7—11 лет

Депрессия у детей в последние десятилетия стала чаще диагностироваться зарубежными и отечественными психиатрами. В целом о частоте депрессии трудно судить, так как диагноз зависит и от контингента обследуемых детей, и от нестандартности диагностического подхода. Стандартизованные диагностические процедуры, признанные в мире, недостаточно используются в отечественной психиатрии. По данным И. А. Марценковского (2010) 14—22 % детей до 12 лет имеют признаки депрессии.

Целью исследования явилась разработка концепции диагностики депрессии у детей 7—11 лет. Были обследованы 43 ребенка с депрессией. Дизайн исследования включал: клинико-психопатологический метод, диагностический метод M.I.N.I-KID, патопсихологические методы (структурированное психологическое интервьюирование, опросник депрессии CDRS-R, характерологический опросник Шмишека, тест ММД, Люшера, тест на запоминание 10 слов, таблицы Платонова — Шульте). Исследованы церебральная нейродинамика (на основе многомерного линейного и нелинейного анализа ЭЭГ) и нейрогормональные показатели — серотонин, 5-ОИУК, мелатонин.

Выделены основные симптомы, маскирующие депрессию у детей 7—11 лет: соматические симптомы, школьные фобии, коммуникативные затруднения, академическая неуспеваемость, девиантное поведение. Кластерный анализ симптомокомплексов депрессии позволил определить ее типологию в возрастном аспекте: поведенческий, соматический, тревожный, плаксивый и, реже, апатический, псевдоневрологический, псевдоэпилептический варианты.

Определены основные психологические корреляты депрессии у детей. Уровень депрессии у большинства детей по шкале CDRS-R соответствовал 65—74 баллам. По данным теста Тулуз-Пьерона обнаружено, что у 76 % обследуемых детей скорость выполнения теста находится в зоне патологии при нормальной точности его выполнения. У всех детей отмечено нарушение памяти, внимания, нарушение работоспособности по неустойчивому типу. У 50 % детей обнаружен эффект интерференции, что свидетельствует о нарушении функциональной связи памяти. Диагностирована полиакцентуация характера (от двух до четырех и более типов акцентуации характера). По сравнению с популяционными данными чаще встречается дистимический тип акцентуации. У детей с депрессией определена выраженная сензитивность и мечтательность в эмоциональном состоянии. Анализ данных ЭЭГ свидетельствует о колебании уровня неспецифической стволовой системы, частичном блоке активирующих влияний со стороны ретикулярной формации мезодиэнцефального уровня, что приводит к снижению тонуса коры головного мозга. Обнаружен разнонаправленный характер нейрогормональных изменений, требующий продолжения исследований в данном направлении. Разработан методологический подход к диагностике депрессии у детей 7—11 лет.

УДК 616.89-008.447-053.6

РОЛЬ НОВИХ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскуріна, Д. А. Мітельов, Т. М. Матковська, В. С. Кудь, О. П. Ісаєва, Я. В. Беспалова, Н. О. Шаповалова

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Ключові слова: девіантна поведінка, підлітки, реабілітація

Існуюча система психопрофілактики девіантної поведінки на сучасному етапі не дозволяє здійснити своєчасну інтегральну оцінку девіантної поведінки у підлітків, диференціювати клінічні та неклінічні її варіанти, що негативно відбивається на ефективності програм медико-психологічного супроводу.

Мета дослідження — визначити структуру девіантної поведінки у підлітків з невротичними розладами (НР), фактори ризику їх формування та на їх підставі розробити технологію медико-соціальної допомоги.

В ДУ «ІОЗДП АМНУ» була розроблена удосконалена технологія психопрофілактики девіантної поведінки, яка включає: діагностичний модуль (клініко-психопатологічний метод, структуроване діагностичне інтерв'ю з визначенням регістру девіантної поведінки та структури дозвілля; психологічні тести — опитувальник Ч. Спілбергера для діагностики тривожності, рівня пізнавальної активності, негативних емоційних переживань, опитувальник Ч. Спілбергера для оцінювання агресії у підлітків (агресія як стан, як межа, як властивість темпераменту, як реакція, аутоагресія, гетероагресія і контроль агресії); методика О. Б. Фанталової — «Рівень співвідношення «цінності» та «доступності» у різних життєвих сферах», скринінг-тест Л. М. Юр'євої і Т. Ю. Больбот для діагностики комп'ютерної залежності. Діагностичний модуль дозволяє визначити регістр поведінкових девіацій та зон-мішеней. Корекційний модуль — забезпечує диференційоване медико-психологічне та психотерапевтичне втручання.

Під час комплексного медико-психологічного обстеження 400 підлітків з НР була визначена структура девіантної поведінки, що представлена агресивною поведінкою (72,5 %), аутоагресією (5,4 %), характерологічними та патохарактерологічними реакціями (91,6 %), надцінними психологічними захопленнями (21,0 %) у вигляді ігроманії, комп'ютерної залежності, зловживання речовинами, що впливають на психічну діяльність (тютюнопаління — 71,0 %, алкоголь — 7,2 %), аномалій сексуальної поведінки (27,5 %), аморальної поведінки (63,0 %). Визначено фактори, що детермінують ризик розвитку девіантної поведінки у підлітків з НР: високий рівень емансипації, внутрішньоособистісні суперечності у зв'язку з вираженою агресією і відсутністю гнучкості, психологічна схильність до делінквентності, конфліктність з батьками, наявність церебрально-органічної недостатності, чинник тривожності та депресії, фактор неповної та дисгармонічної сім'ї.

У програмі психокорекції неклінічних форм девіантної поведінки використовували: тренінг формування соціальних навичок, релаксаційний метод стримування роздратування, сімейне консультування, відеотренінг ефективності батьків, психоосвітні програми для підлітків та їх батьків, психогігієнічне консультування, регламентацію інтенсивності ігрової діяльності. У програмі психокорекції клінічних форм девіантної поведінки — реконструктивну кондуктивну психотерапію, психологічну корекцію в програмі «підліток — проблема»; тренінг для зняття комунікативної напруженості; тренінг для формування адаптивних соціальних навичок, сімейну психотерапію, вербальні та невербальні методи психотерапевтичного втручання.

Запропонований спосіб психосоціального втручання дозволяє проводити інтегративну якісну оцінку девіантної поведінки, визначити стратегію первинної та вторинної профілактики затяжних НР, здійснити медико-соціальний супровід підлітків з поведінковими девіаціями.

УДК 616.89-008.441-053.6

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскуріна, Д. А. Мітельов, Т. М. Матковська, О. П. Ісаєва, Я. В. Беспалова, В. С. Кудь, Н. О. Шаповалова

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Ключові слова: суїцидальна поведінка, підлітки

Проблема самогубств набуває все більш глобального характеру, а суїциди все частіше стають формою поведінки, до якої схиляється людина в кризовій ситуації. За останнє десятиріччя кількість самогубств серед осіб віком15—24 років збільшилась в два рази. Стали частішими суїцидальні спроби в дітей з психічними розладами, що обумовлені конфліктами в сім'ї, з однолітками. Враховуючи, що підлітковий вік традиційно вважається найуразливішим для стресових ситуацій і для виникнення суїцидонебезпечних станів, проблема їх детального вивчення й попередження є насущною та актуальною.

З метою створення об'єктивних критеріїв діагностики поведінкових відхилень в популяції підлітків та кваліфікації їх як психологічних або психопатологічних, в ДУ «ІОЗДП АМНУ» була розроблена мультимодальна карта обстеження, що дозволила обґрунтувати теоретичний і практичний аспект проблеми суїциїдальної поведінки. Використовувалась колумбійська суїцидальна шкала, ПДО О. Є. Лічко, тест «Будинок — дерево — людина», тест депресії В. М. Бойко.

Під час дослідження трьох популяційних груп підлітків (276 підлітків з невротичними розладами, 78 безпритульних підлітків та 533 учнів загальноосвітніх шкіл) виявлено, що питома вага суїцидальної поведінки склала 5,4 %, 25,6 % та 3,2 % відповідно. Аутоагресивна поведінка частіше реєструвалася в групі безпритульних підлітків. В структурі агресивної девіантної поведінки в підлітків з невротичними розладами домінують дратівливість (100,0 %), негативізм (87,7 %), ворожість (76,4 %), вербальна (74,6 %) та непряма (68,3 %) агресія. В безпритульних підлітків домінує дратівливість (83,5 %), образа (61,5 %), відчуття провини (51,3 %). Встановлено, що агресивність у безпритульних дітей не є явно вираженою рисою характеру або особливістю темпераменту, а є ситуаційною, тобто спричиненою певною стресовою ситуацією, в яку потрапили підлітки. У підлітків шкільного віку відмічалася вербальна (37,5 %) і непряма (19,7 %) агресія, дратівливість (30,7 %), підозрілість (15,7 %). Низький рівень контролю агресії мають 43,5 % школярів. У 57,6 % безпритульних підлітків виявлено невротичні розлади, у 42,4 % — інші психічні розлади, які виникли внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку.

Визначено інформативність чинників, що створюють статистично достовірну та найбільш інтенсивну дію на формування девіантної поведінки (на базі рейтинг-шкали соціальних, психологічних і біологічних чинників): акцентуація характеру, виховання в умовах гіпоопіки, неповна сім'я, низький рівень матеріальної забезпеченості сім'ї, конфліктність з однолітками, помірна церебрально-органічна недостатність, невропатія в ранньому дитинстві, конфлікти в сім'ї, побутовий алкоголізм батьків. Визначено напрямки психосоціальної діяльності щодо заходів психопрофілактики суїцидальної поведінки в підлітків, які повинні реалізовуватися на рівні найближчого оточення підлітка, на рівні підлітка з конкретними психологічними проблемами та на рівні держави. Концепція психопрофілактики суїцидальної поведінки повинна включати вирішення медичних і соціальних інтервенцій первинної та вторинної профілактики порушень психічного здоров'я дітей та підлітків.

УДК: 616.89-008.447-053.6

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПОДРОСТКОВ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, О. Ю. Майоров, Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская, К. А. Степанченко

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: невротическая депрессия, нейрогормональный аспект, терапевтическое вмешательство, качество жизни

Депрессия подросткового возраста представляет одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжелых социальных последствий. Распространенность депрессии в популяции подростков составляет от 15 до 40 % случаев.

Цель работы: разработать эффективный метод терапевтического вмешательства и выделить критерии его оценки у подростков с депрессивным невротическим расстройством (ДНР) на основе изучения клинико-психопатологических, биологических, социально-психологических, нейродинамических и нейрохимических особенностей.

Комплексное клинико-психопатологическое исследование проводилось в отделении детской психиатрии клиники ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины». Обследовано 111 пациентов с ДНР в возрасте 12—18 лет (60 мальчиков и 51 девочек); младшую возрастную группу (12—14 лет) составили 43 больных, старшую (15—18 лет) — 68.

Методы исследования: клинико-психопатологический; психологические методы — тест депрессии В. М. Бойко; ПДО А. Е. Личко; клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина, Б. Д. Менделевича; тест качества жизни J. Mezzich et al., компьютерная ЭЭГ, нейрогормональные исследования (состояние симпатико-адреналовой системы, обмен серотонина, особенности экскреции гормона эпифиза — мелатонина и опиоидной системы).

В возрастном аспекте были определены клинические синдромокомплексы ДНР: астенический (53,5 %), тревожный (34,9 %), недифференцированный (11,6 %) у подростков 12—14 лет; девиантный (42,7 %), апатический (23,5 %), ипохондрический (13,2 %) — у подростков 15—18 лет. Умеренная депрессия (тест Бойко) определялась в 71,2 % случаев, выраженная — 22,5 %, глубокая — 6,3 %. Уровень болезни определен по шкалам невротической депрессии (92,5 %) и тревоги (90,0 %). У 66,7 % подростков диагностирован высокий уровень риска формирования социальной дезадаптации. Суицидальные мысли и суицидальное поведение определялись у 22,5 % и 12,6 % подростков с ДНР, соответственно. Установлена прямая корреляция между абсолютной плотностью мощности β-ритма в лобных отведениях и уровнем тревожности (r = 0,54), акцентуаций тревожного (r = 0,68) и эмоционально неустойчивого (r = 0,65) типов. У большинства подростков с ДНР отмечено снижение резервных возможностей симпатоадреналовой системы, о чем свидетельствует увеличение соотношения суммы катехоламинов и общего предшественника ДОФА. Уровень

серотонина практически у всех больных был достоверно увеличен, экскреция его основного метаболита, 5-ОИУК, также была повышена. Уровень мелатонина у подростков с ДНР был в пределах возрастной нормы. Снижение уровня β-эндорфинов обнаружено у 71,4 % больных.

С позиции доказательной медицины определена высокая эффективность психотропной терапии малыми дозами эглонила в сочетании с когнитивной психотерапией, арттерапией и альтернативный метод терапии кортексином в сочетании с аэроионотерапией и поведенческой психотерапией. Выделены критерии оценки терапевтического вмешательства у подростков с ДНР. Среди них: динамика психопатологических симптомов и психологических показателей (уровень депрессии, стресса, тревоги, качество социального функционирования), анализ динамической энтропии Колмогорова — Синая, ЭЭГ (которая позволяет оценить количество информации, необходимой для прогноза поведения динамической системы мозга в будущем).

УДК 616.899.2-053.2/.5+159.922.73

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ РАННЬОГО ВІКУ

Н. Г. Міхановська

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Ключові слова: психіатрія, допомога, діти

За останні 20—30 років в країнах дальнього зарубіжжя поступово розширюється сфера надання психіатричної допомоги дітям раннього віку із порушеннями когнітивного, мовного, емоційного, соціального розвитку. В Україні на цей час не існує достатньо ефективної і своєчасної системи психіатричної допомоги, внаслідок чого обмежується можливість отримання дітьми та сім'ями, що їх виховують, належного професійного втручання.

Результати дослідження щодо вивчення психопатологічних розладів у 475 дітей із перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням мозку віком від 3-х місяців до 3-х років життя довели, що психічні порушення у них становлять багатокомпонентну систему, яка поєднує дизрегуляторні розлади формування фізіологічних процесів сну/неспання і харчування, емоційно-афективні порушення у вигляді емоційно-лабільного, тривожно-апатичного і емоційно-недиференційованого клінічних варіантів перебігу, десинхроноз формування основних організаторів психіки — соціальної посмішки, страху стороннього і жесту «ні», і мотиваційних систем аффіліації, дослідження/оволодіння, страху і настороженості, сепарації/індивідуалізації. Специфічність і вираженість ознак цих компонентів залежать від тяжкості неврологічного дефіциту, сформованого внаслідок перинатального ушкодження мозку. Крім того, психопатологічні розлади у дітей обумовлюють і залежать від особливостей материнської поведінки у відносинах з дітьми — тривожного, депресивного та маніпулятивно-уникаючого варіантів поводження, їх емоційних девіацій — тривожності із відчуттям провини і образи, з векторами, спрямованими на сімейне оточення або на себе, депресивності, пригніченості, а також типів прив'язаності в діадах — амбівалентної, уникаючої та дезорганізованої.

Порушення дитячо-материнської взаємодії спостерігається при низькому рівні інформованості, сенситивності матерів, порушенні адекватності відгуку на потреби дітей та здатності до формування емоційно-позитивного, розвиваючого середовища, стимуляції активності дітей.

Для профілактики формування тяжких і сталих психопатологічних розладів пропонується методологія їх діагностики та корекції у дітей раннього віку з перинатальним ураженням нервової системи, яка базується на системному психодинамічному підході.

Первинна профілактика може здійснюватися дільничним педіатром, сімейним лікарем і неврологом. Вона передбачає оцінку перинатальних (біологічних і соціально-психологічних) факторів, скринінг рівня розвитку за сферами (когнітивного, соціального, моторного, самообслуговування з використанням батьківських оцінок в межах опитувальників KID та RCDI). При виявленні відхилень необхідно скерування подальшого спостереження із залученням дитячого психіатра, що є обізнаним у вікових особливостях розвитку в ранньому віці та має навики сімейної інтерактивної терапії.

Вторинна профілактика здійснюється дитячим психіатром первинної ланки системи медичної допомоги дитячому контингенту (за умовами введення до поліклінічних закладів фахівців відповідної спеціальності) або центрів раннього втручання. Вона передбачає використання інтерактивної діагностично-психотерапевтичної моделі допомоги, яка спрямована на покращання емоційно-афективного, сенсомоторного, регуляторного стану дитини завдяки заходам фізичної терапії, сенсорної інтеграції, гармонізації взаємодії між матір'ю та дитиною, формуванню надійної прив'язаності і розвиваючого оточення для дитини, підвищенню батьківської компетентності у стосунках із хворою дитиною.

Позитивний ефект запропонованих заходів отримано у 88—92 % випадках за всіма показниками психопатологічних розладів у дітей, якості дитячо-материнської взаємодії, емоційного стану матерів.

УДК: 616.839-053.6: 616.89-008.47-008.484.3

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Т. П. Мозговая

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: подростки, нарушения поведения, вегетативная дисфункция

Вегетативная нервная система обеспечивает различные формы психической и физической деятельности. Наиболее часто вегетативные расстройства возникают у подростков в период нейроэндокринной перестройки.

Цель исследования — изучить специфику когнитивной деятельности подростков с расстройствами поведения.

Было обследовано 202 подростка мужского пола в возрасте от 11 до 15 лет, госпитализированных в стационар по поводу расстройств поведения. В работе использовали метод исследования вегетативного обеспечения деятельности посредством проведения ортоклиностатической, умственной и эмоциональной проб.

В процессе исследования вегетативной нервной системы было установлено, что основными типами вегетативного функционирования у подростков являлись инвертированное и пониженное вегетативное обеспечение деятельности, при этом интеллектуальная деятельность и эмоциональное реагирование являются для подростков наиболее сложной формой психической деятельности. Нарушение вегетативного обеспечения деятельности у подростков вследствие дизрегуляции системного кровотока способствует угнетению церебральной гемодинамики и ухудшению когнитивных функций.

УДК 616-001:159.96:616-003.96-036.66

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ ЯК ЧИННИК У СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ З ФІЗИЧНОЮ ТРАВМОЮ

К. І. Москаленко, О. О. Хаустова

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: особистість, адаптаційні резерви, життєстійкість, медико-психологічна реабілітація

В Україні на сьогодні практично неопрацьованою є тема медико-психологічної реабілітації з урахуванням актуальних резервів пацієнта (біологічних, соціальних, психологічних) та реагування особистості на стресову ситуацію, що виникає в результаті травми. Життєстійкість (ЖС) є інтегральним

показником, що охоплює фактори впливу на перебіг реабілітації соматичного хворого, в т. ч. з травмами опорно-рухового апарату — преморбідна особистість, ставлення пацієнта до хвороби, адаптаційні резерви особистості, що корелюють з рівнем тривожності, фрустраційної стійкості, локусом контролю, креативністю, ін. ЖС складається з трьох основних компонентів: включеність, контроль та прийняття ризику.

Мета: покращання якості реабілітації пацієнтів з фізичною травмою шляхом скорочення терміну госпіталізації та зменшення питомої ваги ускладнень та інвалідизації.

Методологія: розроблений діагностичний комплекс (карта хворого), що включає: структуроване інтерв'ю в рамках клініко-феноменологічного підходу; клініко-анамнестичні методи; експериментально-психологічні:

- скринінгова методика ЖС Мадді С. (в адаптації Лєонтьєва Д. А.);
- визначення соціально-економічних та психосоціальних факторів, що є потенційно небезпечними для здоров'я (за МКХ-10 — клас 21 (фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до заходів охорони здоров'я, блок Z 55—65);
- визначення якості життя психосоматичних хворих;
- визначення рівня суб'єктивного стресу.

Для дослідження була вибрана група пацієнтів віком від 20 до 65 років, з травмами опорно-рухового апарату легкого та середнього ступеня важкості. Проведене пілотне дослідження, в якому продіагностовано 56 пацієнтів (40 чоловіків — 71,4 %; 16 жінок — 28,6 %) з травмами кінцівок легкого та середнього ступеня важкості. Виявлена позитивна кореляція низького рівня ЖС та важкості травми, відповідно тривалості перебування у стаціонарі. У жодного з пацієнтів не був визначений високий рівень ЖС, за рахунок зниження кількох або усіх її компонентів. Виявлена тенденція більш суттєвого впливу включення як компонента, однак для статистичного оброблення даних кількість досліджуваних не є достатньою.

За скринінговою методикою Мадді були отримані такі результати: в усіх досліджуваних рівень ЖС знижений, у 32 (57,1 %) досліджуваних — за рахунок показників контролю та включеності, у 8 (14,3 %) пацієнтів — за рахунок контролю та прийняття ризику, та у 16 (28,6 %) пацієнтів — за рахунок зниження рівнів усіх трьох складових ЖС. За гендерним показником не було виявлено суттєвих відмінностей. Найкращі показники відносно інших вікових груп були виявлені у досліджуваних віком 31—40 років, найнижчі — у групі 51—60 рр.

При середніх показниках рівня якості життя психосоматичних хворих, психосоціальних та соціально-економічних факторів, показники суб'єктивного стресу завищені в усіх досліджуваних.

Пацієнти з високим показником життєстійкості мають перевагу над людьми з низьким показником, однак численні дослідження показали, що можна успішно досліджувати в собі компоненти життєстійкості і таким чином посилювати та розвивати їх.

УДК 616. 89-008

КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА — КАК ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ

А. А. Педак, Е. В. Пинчук, А. А. Педак

Николаевская областная психиатрическая больница № 2

Ключевые слова: качество жизни, концепция, психиатрическая помощь

На современном уровне развития психиатрии общепринятым является понимание того, что когнитивные нарушения занимают важное место в психиатрической клинике, особенно расстройств психотического уровня, поскольку они наиболее четко проявляются после выхода пациента из психоза, требуя проведения адекватного терапевтического вмешательства. В связи с этим следует привести данные из зарубежной медицинской библиографии, где все чаще появляется информация об отсутствии достоверных преимуществ в эффективности влияния типичных и атипичных нейролептиков на когнитивную сферу больных с первичным психотическим эпизодом, в т. ч. и больных шизофренией. Так, результатами 18 исследований (1999—2007), охватывающих 1808 больных, которым проводилась оценка нейропсихологических тестов и общего когнитивного индекса, установлено, что по влиянию на когнитивную сферу преимущество атипичных нейролептиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин и др.) в сравнении с типиками (галоперидол) незначительно и недостоверно (Guilera G., Pino O., Gomes-Benito J., Rojo J. E., 2009). Данные других исследований, в которых больные с первым приступом психоза были разделены на 4 группы в зависимости от особенностей проводимой терапии: лечение оланзапином, рисперидоном, другими нейролептиками и без применение нейролептиков. Было установлено, что под влиянием терапии на когнитивные нарушения эти группы не различались, а улучшение по общему когнитивному индексу отмечались только к 6 мес. лечения (Cuesta M. J., Garsia de Jalou, M. S. Campos, Peraita V. 2009). В противовес приведенным данным существуют многочисленные литературные данные (в большинстве своём корпоративного характера) свидетельствующие о значительных преимуществах и эффективности по влиянию на когнитивную сферу пациентов атипичных нейролептиков разного поколения над типиками. Таким образом, имеющиеся явные противоречия ставят вопрос о надежности качественных инструментов и критериев определения эффективности антипсихотических препаратов, а соответственно, и индикаторов качества терапевтической тактики и стратегии. В связи с чем возникает необходимость поиска более современных и информативных исследовательских инструментов. В качестве такого инструмента оценки влияния заболеваний, в т. ч. и терапевтической тактики, предлагается «*Концепция качества жизни*» — как главнейшая цель любой деятельности, направленная на оказание помощи, в противоположность простому устранению симптомов и профилактике рецидивов болезни. Следует отметить, что по своей сути, критерий — «качество жизни» является объективным показателем удовлетворения личных потребностей человека в процессе жизнедеятельности, отражающим степень комфортности индивидуума — как внутри себя, так и в рамках окружающего его социума и объединяющим в себе такие феномены как — «инсайт», «комплайенс», «критика», а значит, может быть и соотнесен с такими представлениями как — «*полный инсайт*» *или* «*положительный комплайенс*» (характеризующимися максимальным уровнем как когнитивной, так и эмоциональной составляющей качества жизни) — в одном случае, а также — «*нонкомплайенс*», «*неполный инсайт*», «*низкий уровень качества жизни*» пациента — в другом.

УДК 616.89-008+616.441

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

О. М. Пітик

Івано-Франківський національний медичний університет

Ключові слова: якість життя, непсихотичні психічні розлади, гіпотиреоз

Психічне здоров'я є найважливішим елементом людського, соціального та економічного капіталу нації, що визначає економічне та соціальне благополуччя суспільства. Провідні критерії психічного здоров'я ґрунтуються на таких поняттях як адаптація, соціалізація та індивідуалізація. Адаптація включає здатність людини усвідомлено ставитись до функцій власного організму (виділення, травлення та інші), а також регулювати свої психічні процеси (керувати власними думками, почуттями, бажаннями). Соціалізація визначається за трьома критеріями, що пов'язані зі здоров'ям: здатність людини реагувати на іншу людину як на рівну собі; реакція на факт існування певних норм у відносинах з іншими та прагнення слідувати їм; переживання власної залежності

від інших людей. Індивідуалізація дозволяє описувати ставлення людини до самої себе. Здатність визнавати і зберігати індивідуальність в собі та в інших — один з найважливіших параметрів психічного здоров'я. Враховуючи такий погляд, одним із валідних інтегральних показників оцінки стану психічного здоров'я і ефективності лікування слід вважати якість життя, що визначається ВОЗ як «сприйняття індивідами їх положення в житті, в тому числі фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища в контексті культури та системи цінностей, серед яких вони живуть, і у відповідності з їх власними цілями, очікуваннями, стандартами та турботами».

Метою роботи було дослідити якість життя хворих на гіпотиреоз з непсихотичними психічними розладами.

Нами було обстежено 132 хворих на гіпотиреоз. Вік пацієнтів був від 25 до 55 років. Основна група включала 108 пацієнтів з непсихотичними психічними розладами, серед яких переважали астенічні (27,78 %), астено-депресивні (36,84 %) та астено-тривожні розлади (18,52 %). Контрольна група складалась із 24 хворих на гіпотиреоз, в яких психічних розладів не спостерігалось. Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника, розробленого Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu &Yoon (1999), що охоплює три основні компоненти якості життя: суб'єктивне благополуччя/задоволення, виконання соціальних ролей, зовнішні життєві умови. Встановлено значну різницю в показниках якості життя хворих на гіпотиреоз основної та контрольної груп. Середній показник загального сприйняття життя (відчуття задоволення і щастя взагалі) в основній групи склав 5,19, в контрольній — 7,50.

Таким чином, психічні розлади при гіпотиреозі потребують подальших поглиблених досліджень з метою розробки адекватної концепції ранньої діагностики та відповідної корекції, що має враховувати як біологічні так і соціально-психологічні підґрунтя розвитку вказаної патології.

УДК 616.895.8-085:006.015.5

ОЦІНКА ЯКОСТІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОЧИМА ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ

В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: психіатрична допомога, оцінка якості, опитування лікарів

Першочерговою задачею щодо підвищення якості психіатричної допомоги є досягнення консенсусу з усіма зацікавленими сторонами для розробки єдиної системи оцінки якості. Про високий рівень якості можна говорити лише за умови задоволеності всіх учасників процесу. В ієрархічній системі учасників оцінювання якості психіатричної допомоги пріоритет повинен належати пацієнту та його родині, потім — медичним працівникам, суспільству в цілому, державі, страховим компаніям, органам управління охороною здоров'я.

Важливим інструментом вивчення якості психіатричної допомоги є соціологічні опитування керівників психіатричних служб и закладів, а також безпосередньо лікарів-психіатрів, що дозволяє отримувати оперативну інформацію, яка є необхідною для порівняння досягнень в цієї галузі, розробки програм, спрямованих на поліпшення якості допомоги й формування більш ефективних механізмів керування якістю на всіх рівнях.

Нами розроблено опитувальник для лікарів-психіатрів «Оцінка якості надання психіатричної допомоги». Опитувальник складається з двох розділів: перший дозволяє встановити критерії, на які орієнтується лікар при оцінюванні якості допомоги, другий — пропонує фахівцеві висловити власну думку стосовно того, які із перелічених критеріїв спроможні поліпшити оцінку якості допомоги.

Проведено опитування 56 лікарів, з яких 2 (3,5 %) працюють в психіатричному стаціонарі, 12 (21,4 %) — в психоневрологічному диспансері, 42 (75,0 %) є співробітниками центральної районної лікарні. 57,1 % опитаних працюють за спеціальністю понад 10 років, в тому числі 18 (32,1 %) мають вищу, 4 (7,1 %) — першу, 16 (28,6 %) — другу лікарську категорію. На думку 85,7 % лікарів, система оцінки та контролю якості надання психіатричної допомоги потребує удосконалення. При цьому в її оцінюванні, вважають фахівці, повинні брати участь: головний лікар та його заступники (14,5 %); завідувач відділенням (15,8 %), лікуючий лікар (21,0 %); пацієнт (17,1 %) і родичі хворого (18,4 %); зовнішні експерти (13,2 %). Із запропонованих критеріїв для поліпшення оцінки якості допомоги частіше за все вказували таке: спадкоємність між стаціонарною та амбулаторною допомогою (75,0 %), забезпеченість препаратами (75,0 %), достатнє фінансування (60,7 %), юридична захищеність лікаря (60,7 %), підвищення заробітної плати медичному персоналу (57,1 %).

Звертає на себе увагу, що лише 25,0 % опитаних розглядають як критерії якості психіатричної допомоги дотримання клінічних протоколів, стандартизацію лікувально-діагностичного процесу та поліпрофесійний підхід до надання допомоги. Цей факт потребує подальшого аналізу задля прийняття конкретних заходів з метою усунення прогалини в свідомості та фаховій підготовці лікарів.

Результати опитування показали, що думка лікарів-психіатрів є джерелом інформації, яка є дуже важливою для удосконалення оцінки якості психіатричної допомоги і вирішення багатьох проблем безпосередньо в медичному закладі.

УДК 616.89-008.444.9:616.1/.4

АУТОАГРЕСІЯ З ПОЗИЦІЙ ПСИХОСОМАТИКИ (НА ПРИКЛАДІ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙ)

С. Г. Полшкова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: психосоматика, аутоагресія, небезпечні види професій

Актуальність дослідження психічного здоров'я осіб, що працюють в небезпечних умовах, обумовлена частими екстремальними ситуаціями на підприємствах, низькою ефективністю існуючих терапевтичних та психопрофілактичних заходів. Аналіз тенденцій розвитку аварій та катастроф, прогноз можливих небезпек показує, що на території України на початку XXI століття зберігається високий ступінь ризику виникнення крупномасштабних надзвичайних ситуацій внаслідок збільшення антропогенного впливу на навколишнє середовище, прогресуючого зносу основних фондів, зниження загального рівня техніки безпеки і виробничої дисципліни.

У зв'язку з цим на перший план виступає необхідність дослідження причин та особливостей психічної патології у працівників небезпечних видів професій за умов надзвичайної ситуації. Психосоматичний підхід є набагато ширшим, ніж сучасна традиційна медицина, він спирається на біопсихосоціальне розуміння тілесних захворювань та розладів, займає проміжне положення між соматичною медициною та психіатрією. Саме тому збільшується кількість досліджень в цієї галузі.

На сьогодні сформувалося багато теорій та моделей виникнення психосоматичних захворювань та способів їх класифікації. Особистісно орієнтована теорія Гіппократа, психоаналітична концепція Зігмунда Фрейда, теорія специфічного психодинамічного конфлікту Александера, якого вважають засновником сучасної психосоматики. Крім цих моделей існує також концепція алекситимії — нездатність до емоційного резонансу та «оперативного мислення» (конкретне мислення, свобода від сновидінь), неможливість виразити власні переживання, емоції та почуття. Алекситимія розглядається як деяка сукупність ознак, що характеризують психічний склад індивідів схильних до розвитку психосоматичних розладів.

Таким чином, незважаючи на існування великої кількості робіт в даній галузі, проблема аутоагресії, психосоматичних механізмів та відносин у працівників небезпечних видів професій зберігає свою актуальність як в теоретичному, так і в практичному аспектах, і потребує подальшого вивчення.

Врахування рівня аутоагресії в розвитку психосоматичних захворювань у даного контингенту допоможе краще зрозуміти патогенез психічних захворювань, а також може бути корисним для подальшого врахування цієї ознаки при проведенні професійного відбору, що вдосконалить профілактичні заходи та знизить ризик розвитку психосоматичних захворювань у осіб, що працюють в небезпечних умовах.

УДК 616.89

ДИСФУНКЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ РОЛЕЙ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Г. А. Пріб

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Ключові слова: обмеження життєдіяльності (ОЖ), соціальна недостатність

За даними ВООЗ 70—90 % осіб із психічними розладами мають низьку якість життя. Це обумовлено таким: 1) тяжкі психічні розлади значно знижують когнітивні, емоційні та комунікативні здатності індивіда; 2) непередбачений перебіг тяжких психічних розладів; 3) побічні ефекти психотропної терапії; 4) стигматизація по відношенню до пацієнтів; 5) стримуючі чинники, які впливають на бажання працювати — страх втратити право на соціальний захист (зниження групи інвалідності); 6) суперечливість мети різних форм реабілітаційного втручання; 7) відсутність наступності та внутрішні суперечності між лікувальними, реабілітаційними, експертними та соціальними закладами, які надають допомогу хворим. У вітчизняній психіатрії наукові дослідження з питань визначення критеріїв обмеження життєдіяльності (ОЖ) у пацієнтів переважно є теоретичними розробками та не завжди можуть бути використані у практиці. У свою чергу, розробка індивідуальної програми реабілітації не ґрунтується на визначені дисфункції соціальних ролей у суспільстві як соціальної складової ОЖ.

Мета дослідження: визначення впливу ОЖ у пацієнтів, які страждають на психічні розлади, що призводить до розвитку соціальної недостатності.

Завдання дослідження: проаналізувати складові, які ОЖ хворих призводять до дисфункції виконання соціальних ролей у суспільстві.

Обстежено 327 пацієнтів (досліджувана група) та 211 пацієнтів (група порівняння), які перебували на стаціонарному лікуванні у Київській міській клінічній психоневрологічній лікарні № 1.

Методи дослідження: метод структурованого інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Встановлено, що у 6,1 % пацієнтів досліджуваної групи до проведення реабілітаційних заходів соціальний статус класифікувався як «без дисфункції», після реабілітації такий статус виявлено у 24,5 % хворих. У групі порівняння відповідно — 6,5 % та 11,3 % ($p < 0,05$). З мінімальною дисфункцією відповідно спостерігалось 7,5 % та 22,2 % пацієнтів у досліджуваній групі й 8,1 % та 12,8 % — у групі порівняння ($p < 0,05$). Перерозподіл пацієнтів у підгрупу з мінімальною або відсутньою дисфункцією в основному відбувався за рахунок пацієнтів з очевидною, серйозною та дуже серйозною дисфункцією. Причому у групі порівняння процес відновлення втрачених функцій був значно повільнішим та з менш ефективним. Зниження дисфункції в усіх соціальних ролях у пацієнтів досліджуваної групі свідчить, що реабілітаційні заходи необхідно спрямовувати на «проблемні» соціальні ролі. Дані ролі не мають «стійкого дефекту » при їх виконанні. «Порушення», які спостерігаються при їх виконанні, обумовлені лише однією зі складових медичного критерію, який обмежує життєдіяльність — загостренням клініко-психологічної симптоматики. Розробка алгоритму реабілітаційної тактики дозволяє спрямувати зусилля на відновлення саме збережених соціальних ролей на стадії «порушення» та попередити їх повну або часткову «втрату», яка призводить до соціальної недостатності.

Встановлено, що реабілітаційні заходи, побудовані на міжнародних принципах, дозволяють значно підвищити якість життя пацієнтів та виконання ними соціальних ролей у суспільстві. Доведено, що реальне відновлення соціального функціонування хворих у різних сферах суспільства можливо лише при розробленні реабілітаційних заходів, які уже на етапі планування спрямовані на так звані «проблемні» соціальні ролі. Розробка схеми реабілітаційних заходів дозволяє спрямувати зусилля на відновлення збережених соціальних ролей на стадії «порушення» та попередити їх повну або часткову «втрату», яка призводить до соціальної недостатності.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДХОДЫ К АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

Т. Ю. Проскурина, Е. А. Михайлова, Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская, В. С. Кудь, Н. А. Шаповалова, Е. П. Исаева, Я. В. Беспалова

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: депрессия, патогенез, дети, терапия

Депрессивные расстройства являются наиболее распространенной психической патологией в детско-подростковом возрасте. Многие исследователи отмечают трудности раннего распознавания и клинической оценки детских депрессий. Это касается клинического полиморфизма симптомов депрессии, рудиментарности, незавершенности и их сопряженности с поведенческими и вегетативными нарушениями, что и определяет актуальность и социальную значимость исследований в данном направлении.

Цель работы: усовершенствовать систему психопрофилактики депрессивных состояний у детей 7—11 лет на основе изучения механизмов их формирования.

Исследованиями установлено, что практически для всех обследованных были характерны боязливость, неуверенность, незаинтересованность в обучении и в играх, плаксивость и чувство безрадостности существования, нарушения сна, утомляемость, раздражительность. Суицидальное поведение регистрировано у 2 из 43 детей. У всех детей выявлены хронические сочетанные психогении.

Стабильные депрессивные признаки выявлены у 76,7 % детей и, согласно МКБ-10, были квалифицированы как депрессивное расстройство поведения. При изучении роли биологических, социально-психологических факторов было установлено, что наиболее значимыми в формировании депрессии у детей являются нарушения в системе «мать — дитя», нарушение типов привязанности в раннем детстве, искаженный тип семейных отношений, фактор неполной семьи, наличие церебрально-органической недостаточности.

Полученные данные являются предпосылкой для разработки эффективных программ диагностики и лечения депрессии у детей.

УДК 616.89-008.441.1-053.6

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ

Т. Ю. Проскурина, Е. А. Михайлова, Т. Н. Матковская, Д. А. Мителев, В. С. Кудь, Н. А. Шаповалова, Е. П. Исаева, Я. В. Беспалова

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: тревожно-фобическое расстройство, клиника, динамика, прогноз, подростки

Тревожно-фобическое расстройство (ТФР) является актуальным и малоизученным направлением подростковой психиатрии.

Цель исследования: изучение клинико-психопатологической феноменологии ТФР и выделение диагностических и прогностических критериев у подростков.

Было обследовано 83 подростка с ТФР, которые находились на стационарном лечении в отделении психиатрии ГУ «ИОЗДП АМН Украины». В основу изучения ТФР был положен многоосевой принцип анализа невротической болезни: клинико-психопатологический как этап статики, психосоциальный как причинный фактор, личностно-динамический как этап динамики заболевания и социального функционирования, вероятностный прогноз.

Дизайн исследования: клинико-психопатологический метод; тесты Люшера, Р. Кеттелла, тест оценки интегративного показателя качества жизни; вопросник оценки влияния травматического события.

Установлено, что у подростков с ТФР максимальную интенсивность имели симптомы: напряженность, беспокойство и опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере школьной жизни, истощаемость внимания, нарушение ритма «сна — бодрствования». Феноменология пароксизмальных состояний была представлена тревожным (58,8 %), фобическим (21,6 %) и аффективным (19,6 %) типами. Касаясь возрастной и гендерной характеристики фобий у подростков, следует констатировать максимальное нарастание социального страха у старших подростков, тогда как у младших подростков доминировали природные страхи. Психогении затрагивали все области функционирования личности подростка, включая сферу социального взаимодействия с доминированием проекции в витальном фокусе (R = 0,71). Психологические корреляты представлены высоким уровнем тревоги и стресса (88,2 %), средним уровнем депрессии (61,1 %). У всех подростков младшего возраста регистрировано сочетание тревоги с частичной дезорганизацией психической деятельности без ригидности, характеризующей аутохтонный вариант ТФР. Вектор тревоги у подростков старшего возраста имел преимущественную направленность на собственное «Я» с неспособностью модулировать негативные эмоции, что формировало преимущественно ригидный вариант ТФР.

Для выделения критериев прогноза течения ТФР у подростков был разработан прогностический алгоритм. В перечень анализируемых прогностических признаков были включены следующие блоки: клинико-психопатологический симптомокомплекс (клиническая матрица ТФР); характеристика невротического конфликта с определением зон действия психотравмирующих факторов; тип семейной социограммы; блок коморбидной соматоневрологической патологии; психологические корреляты — (уровень стресса, тревоги, депрессии, тип акцентуации характера), ЭЭГ-паттерны дисфункции мозга. Выделены и систематизированы признаки, информативные в прогнозе развития благоприятных и неблагоприятных форм ТФР у подростков, что существенно для программ терапевтического вмешательства и прогноза социальной адаптации.

УДК 614.253:616.89

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПРОЦЕСУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНОХВОРИХ

Н. Г. Пшук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Ключові слова: психічні розлади, психосоціальна реабілітація

Повсякденна клінічна практика свідчить про необхідність розвитку та удосконалення системи психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади. Остання є одним з важливих компонентів психіатричної допомоги, завдяки якій хвора особистість має змогу задовольнити власні потреби, отримати соціальну підтримку, підвищити рівень соціального функціонування. Враховуючи біопсихосоціальну модель розвитку психічних розладів, виникає нагальна потреба при дослідження стану психологічної адаптації пацієнтів враховувати не лише їх базисні потреби, але й їх життєві події, особливості копінг-процесу, тип сім'ї, її соціально-психологічні особливості.

Задоволення всіх потреб пацієнтів, які страждають на психічні розлади, стало можливим завдяки багатогранним психосоціальним впливам, які можуть змінюватись в залежності від особистісних установок пацієнтів, культурного та соціально-економічного стану соціуму, в якому перебуває пацієнт. Як необхідну умову надання психосоціальної допомоги все частіше використовують холістичний підхід, який має на меті проведення комплексних заходів на різних рівнях впливу — індивідуальному, сімейному, інституційному, фінансовому. Тобто, не лише пацієнт є споживачем психосоціального втручання, але й широке коло немедичних факторів. Таким чином, в процесі психосоціальної реабілітації беруть участь внутрішні (особистісні) та зовнішні (соціально-середовищні) чинники, а процес психосоціальної реабілітації, загалом, вміщує соціальні, психологічні та економічні аспекти. Кінцевою метою такого процесу є підвищення якості життя хворого, покращання соціального функціонування хворих та їх сімей, економічна захищеність.

Яким чином можна оцінити та підвищити ресурсну базу пацієнта, який задіяний у реабілітаційному процесі? Алгоритм є таким: зменшення вираженості симптомів хвороби завдяки використанню найновіших розробок психофарміндустрії; підвищення соціальної компетентності хворих та їх соціальної захищеності; динамічне медико-психологічне консультування пацієнта та членів його родини з метою підвищення самооцінки, урегулювання поведінкових патернів, виокремлення психологічного особистісного комунікативного ресурсу, спрямованого на реадаптацію хворого у суспільстві та посилення мотиваційно-діяльнісного компонента його соціальної взаємодії з метою адаптації до економічних умов; дестигматизація.

Стає зрозумілим, що такий процес може бути врегульованим лише завдяки формуванню комплексного бригадного підходу у наданні психіатричної допомоги. В зв'язку з цим стає актуальним питання підготовки лікарів-психологів у вищих медичних закладах освіти на додипломному етапі та удосконалення тематичних знань з медичної психології на післядипломному етапі; питання ефективної взаємодії лікаря-психолога та лікаря-психіатра як в стаціонарі, так і на етапі амбулаторної допомоги; психологічне консультування сімей, в яких проживає психічнохворий та за необхідності надання її членам психотерапевтичної допомоги; розвиток служб соціальної підтримки психічнохворих.

УДК 616.895.4 616-071 616.89 615.851 615

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СУДИННОГО ҐЕНЕЗУ

Н. Г. Пшук, О. В. Мазур

Вінницький Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова; Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка

Ключові слова: депресивні розлади судинного ґенезу, психотерапевтична корекція

За останні роки цереброваскулярна патологія виходить на перше місце в структурі неврологічних захворювань і призводить до значних негативних біопсихосоціальних наслідків. Фізичне і психологічне неблагополуччя пацієнта, який страждає на цереброваскулярну хворобу, надзвичайно негативно відбивається на якості життя. Психологічне неблагополуччя значною мірою залежить від супутньої цереброваскулярному захворюванню депресії.

Нами було проведене дослідження 50 хворих на судинні депресії, які перебували на стаціонарному лікуванні в Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка протягом 2008—2009 років. З урахуванням домінуючого компонента в клінічній картині судинних депресій у пацієнтів було виділено чотири синдромальних варіанти, які спостерігались з різною частотою: тривожний — 42 %, астенічний — 36 %, дисфорічний — 12 %, апато-адинамічний — 10 %.

Виявлені синдромальні варіанти судинної депресії характеризують її сучасний патоморфоз та визначають напрямки патогенетичного лікування, що наряду з психофармакологічними втручаннями повинно включати психо-

терапевтичну корекцію, що обумовлено як особливостями депресивної організації особистості, комунікативними порушеннями, так і структурою судинної депресії та особистісно-психологічними чинниками осіб літнього віку.

Для проведення психотерапевтичної роботи з пацієнтами була розроблена спеціальна комплексна програма психотерапевтичної корекції з урахуванням особливостей клініко-психопатологічних проявів та типології судинних депресій, психологічних чинників, порушень комунікативних функцій, показників якості життя.

Комплексна психотерапевтична корекція, що була проведена 25 пацієнтам, дозволила підвищити ефективність лікування депресивного розладу судинного ґенезу (8 балів в основній групі та 17 балів в групі порівняння за шкалою депресії Гамільтона), поліпшити комунікативну установку пацієнтів (30 балів в основній групі і 44 бали в групі порівняння за методикою діагностики комунікативної установки В. В. Бойко), поліпшити якість життя пацієнтів (найбільш значимо в порівнянні за шкалами соціальне функціонування, емоційне функціонування, психологічне здоров'я опитувальника якості життя SF-36).

УДК: 616.89-085.214.22

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕКСЕТИНОМ

Р. И. Рудницкий, В. В. Калуцкий, С. М. Хмелькова

Буковинский государственный медицинский университет, Областная психиатрическая больница, г. Черновцы

Ключевые слова: депрессия, тревога, лечение, рексетин, эффективность

Необходимо современное лечение депрессивных и тревожных расстройств, которыми страдает каждый 10-й пациент из обращавшихся к врачу терапевтического профиля, т. е. хотя бы 1—2 больных с тревогой и 1—2 больных с депрессией, а в соматических стационарах удельный вес этих пациентов еще выше. Коморбидность с психосоматическими заболеваниями (язвенная болезнь, артериальная гипертензия, ревматоидный полиартрит и др.) составляют 1/3 причины временной нетрудоспособности. 80—90 % больных направляются на ненужные обследования, получают неэффективное лечение, часто попадают в категорию «диагностически неясных», «конфликтных», «малокурабельных больных». Им ставят «обтекаемые» диагнозы: вегетососудистая дистония, нейроциркуляторная дистония, астено-невротический синдром и др., что является источником к срабатыванию механизма «ничейных» пациентов. Это часто измученные, разочарованные во врачах и медицине в целом молодые люди в возрасте 20—30 лет, среди которых женщин в 2—3 раза больше, чем мужчин, больные нередко со вторичной депрессией, зависимостью от бензодиазепинов, алкоголя и барбитуратов.

По современным международным стандартам, к числу препаратов первого выбора при лечении тревожных и депрессивных расстройств относятся препараты нового III поколения антидепрессантов: флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин. Наилучший эффект нами был получен от применения рексетина компании «Гедеон Рихтер». На протяжении трехлетнего исследования и применения рексетина в амбулаторной практике в группу наблюдения и лечения входило 24 человека. Из них: 16 женщин и 8 мужчин возрастом 22—36 лет — 18 чел., 45—55 лет — 4 чел., после 60 лет — 2 чел. По роду занятий: 7 человек — частные предприниматели, 3 — жители сельской местности, 7— из сферы услуг, 2 — технические профессии, 3 — преподаватели, 2—пенсионеры. По структуре проявлений тревожных расстройств пациенты распределились таким образом: 5 — с паническими расстройствами, 8 — с социальными тревожными расстройствами, 6 — с обсессивно-компульсивными расстройствами, 2 — с посттравматическим стрессом, 3 — с генерализованным тревожным расстройством.

Лечение начинали с 10 мг/сутки рексетина в утренний прием на протяжении недели, в комбинации с гидазепамом или эглонилом, а на 7—10 день переходили на монотерапию рексетином, повышая дозу до 20 мг. При отсутствии эффекта на протяжении 4—6 недель увеличивали дозу до 40—60 мг. Эффект от 20 мг на 4—6 неделе наступал у пациентов с генерализованным тревожным расстройством и социальными фобиями в половине случаев, а у второй половины доза составляла 40 мг. Оптимальная лечебная доза с паническими расстройствами была 40 мг и результат проявлялся на 8—10-й неделе. Труднее всего поддавались лечению обсессивно-компульсивные расстройства, т. к. пациенты были со «стажем» болезни от 4—10 до 20 лет. Здесь дозу приходилось увеличивать до 40—60 мг и значительное улучшение наступало на 12—14 неделе. Результат лечения: 11 больных после поддерживающей терапии в течение 1 года вернулись к полноценной жизни и работе, 10 пациентов продолжают прием рексетина в дозе 20 мг на протяжении от 6 мес. до 1 года, 3 пациента находятся на поддерживающем лечении от 2 до 3 лет в дозе 20 мг. Побочный эффект наблюдался у одной 60-летней пациентки, который проявился тошнотой, нарушением сна, сердечного ритма и она отказалась от приема рексетина.

Препаратом выбора в амбулаторной практике является рексетин, обладающий высокой клинической эффективностью при хорошей переносимости, не приводящий к изменению социальной активности и профессиональным ограничениям, не вызывающий зависимости и доступный каждому пациенту.

УДК 616.89-053.7-084-08

АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ДОПРИЗОВНОГО І ПРИЗОВНОГО ВІКУ

С. М. Русіна, С. О. Деревенко

Буковинський державний медичний університет, Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: психічні розлади, підлітки, організація допомоги

Виконуючи наказ Міністра оборони України № 402 щодо призову юнаків на строкову службу, військкомати області щорічно направляють на обстеження у Чернівецьку обласну психіатричну лікарню (ЧОПЛ) до 2 тисяч осіб допризовного і призовного віку з різноманітною психічною і неврологічною патологією. Раніше такі особи направлялися у підліткове відділення ЧОПЛ. Це призводило до нераціонального використання ліжка, до необґрунтованих витрат бюджетних коштів, перевантаження відділення.

З метою раціонального й оперативного дослідження, зменшення кількості госпіталізацій, не знижуючи якості обстеження, наказом Управління охорони здоров'я державної адміністрації Чернівецької області у 1996 році було створено спеціалізовану лікувально-консультативну комісію (ЛКК) при диспансерному відділенні лікарні.

Нами проаналізовані медичні висновки ЛКК за 5 років (2005—2009 рр.). За цей період ЛКК оглянуто 7680 осіб з психічними і неврологічними розладами. Серед них 4374 особи страждали на психічні розлади (психотичні і непсихотичні), що складає 57 % від загальної кількості обстежених. Діагностика психічних розладів базувалась на критеріях МКХ-10. Обстежено амбулаторно з оформленням актів — 1885 осіб. Прийнято рішення направити на стаціонарне обстеження у 53 % випадків.

Аналізуючи медичні документи, встановлено, що серед осіб, оглянутих ЛКК впродовж п'яти років, найчастіше спостерігається розумова відсталість — у 1269 (16,5 %) випадків. Щорічно діагностується біля 200 випадків. На другій позиції знаходяться невротичні розлади — 881 (11,5 %) особа. Серед невротичних розладів досить часто спостерігаються соматоформні розлади, логоневроз, обсесивно-компульсивні розлади, посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації. Наслідки органічного ураження головного мозку з психічними розладами діагностовано у 1084 (14,1 %) обстежених. Судомний синдром виявлено у 371 (4,84 %) юнаків. Особи, що страждають на психотичні розлади, складають лише 21 (0,27 %) випадки.

Загальна кількість випадків розумової відсталості у осіб допризовного і призовного віку відображає зростаюче поширення цієї патології в Україні і, зокрема, у Чернівецькій

області, що складає 3 % населення краю і корелює зі світовими показниками серед чоловічого населення за даними ВООЗ. Показник непсихотичних психічних розладів органічно зумовлених серед досліджуваних юнаків відображає тенденцію зростання непсихотичних психічних розладів у загальній популяції.

Таким чином, створення спеціалізованої ЛКК по обстеженню юнаків допризовного і призовного віку покращило надання психіатричної допомоги, сприяло зменшенню завантаженості лікарняного ліжка у відділенні, зменшенню витрат бюджетних коштів. Наведені нами дані свідчать про високу питому вагу психічних розладів різного ґенезу у найбільш уразливому біологічному віці, коли організм схильний до нейрогуморальної, нейроендокринної і психологічної перебудови і, саме в цей період є найбільший ризик декомпенсації резидуально-органічної патології. У цих вікових групах емоційна депривація і фрустрація основних потреб призводить до формування різних за глибиною і за структурою психічних станів.

Отже, отримані дані свідчать про необхідність удосконалення системи психопрофілактики впродовж дитячого, підліткового і юнацького віку та організації психореабілітаційних заходів, що значно покращить психічне здоров'я підростаючого покоління українців.

УДК 616.895.8

ДО ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

С. М. Русіна, С. О. Деревенко, Р. А. Русіна
Буковинський державний медичний університет;
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: шизофренія, денний стаціонар, якість життя

На виконання п. 2. Постанови Кабінету Міністрів України від 12.05.07 р. № 716 «Про затвердження державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 р.» на базі денного стаціонару Чернівецької обласної психіатричної лікарні створений та функціонує Центр реабілітації та соціальної адаптації психічнохворих осіб з розумовою відсталістю.

Досліджувані хворі на шизофренію (50 осіб) склали 60 % контингенту пацієнтів денного стаціонару. Розподіл за нозологічною формою шизофренії, з урахуванням МКХ-10: параноїдна форма — 43 особи (10 жінок і 37 чоловіків); проста форма — 1 особа чоловічої статі; гебефренічна форма — 2 особи чоловічої статі. Серед хворих чоловіків було 80 %, жінок — 20 %. За віком хворі розподілились таким чином: I група (20—30 років) — 24 %; II група (31—40 років) — 46 %; III група (41—50 років) — 20 %; IV група — (51—60 років) — 10 %. За сімейним станом: одружених було 10 %, неодружених, які проживають з батьками — 78 % і самотніх — 12 % осіб. Серед досліджуваних пацієнтів непрацюючі інваліди II групи склали 54 %; інваліди III групи — 26 %, серед яких 2 особи працюють; 3 чоловіки працюють епізодично і 8 осіб не працюють. Без групи інвалідності у денному стаціонарі лікувалися 10 осіб, серед яких працюючих було 2 особи, 5 — працювали епізодично та 3 особи не працювали впродовж тривалого часу.

У денний стаціонар хворі надходили після виписки з психіатричних відділень ЧОПЛ у кількості 66 % осіб (2 жін. і 31 чол.) з рекомендаціями продовження лікування. Через амбулаторну ланку надійшли 34 % осіб (8 жін. і 9 чол.) у співвідношенні між виписаними і направленими через диспансер як 1,9:1. Лікування даних хворих проводилося відповідно до протоколів надання психіатричної допомоги у повному обсязі у 18 чоловік та 32 особи перебували на підтримуючому лікуванні після виписки із застосуванням пролонгованих нейролептиків.

З пацієнтами денного стаціонару проводив роботу медичний психолог. Залучалися до психотерапевтичної корекції постійно 22 % осіб (6 жін. і 5 чол.); нетривало, епізодично відвідували психолога 16 % осіб (3 жін. і 5 чол.) та відмовлялися від психологічної допомоги 62 % осіб (1 жін. і 30 чол.).

До трудової реабілітації добровільно залучалися 42 % (8 жін. і 13 чол.); примусово включалися у трудові процеси 52 % пацієнтів (2 жін. і 24 чол.) і категорично відмовлялися від праці 3 чоловіка з простою та гебефренічної формою шизофренії.

Нами оцінювалася тривалість перебування хворих в денному стаціонарі, яка склала: 2 місяці — 60 % (1 жін. і 29 чол.); 1 місяць — 16 % (7 жін. і 1 чол.); 14 днів — 14 % (1 жін. і 6 чол.) та 10 днів — 10 % (1 жін. і 4 чол.).

Отже, якість життя хворих на шизофренію до лікування оцінювалося як хороша у 0 %, після лікування — у 18 % осіб; задовільна — до лікування у 22 %, а після лікування — у 70 % осіб; незадовільна якість життя до лікування спостерігалася у 78 %, після лікування — у 12 % осіб.

Таким чином, якість життя хворих на шизофренію покращилася як хороша в 9 раз, задовільна — в 3,1 рази, а незадовільна зменшилася в 6,5 разів завдяки постійному спостереженню та лікуванню, що покращило комунікативні навички та ресоціалізацію пацієнтів.

УДК 616.895.8-08-039.76

РАННЯЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т. Л. Ряполова
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: манифестный приступ шизофрении, психосоциальная реабилитация

Развитие форм помощи, основанных на психосоциальных вмешательствах, входит в число приоритетов Европейской декларации и Европейского Плана действий по охране психического здоровья. В докладе ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (2001) указывалось, что психосоциальная реабилитация становится не просто методом, а всеобъемлющим процессом.

Разработанная нами интегративная модель психосоциальной реабилитации больных с манифестным эпизодом шизофрении предусматривала создание в отделениях медико-социальной реабилитации терапевтической среды, организацию бригадного (полипрофессионального) обслуживания пациентов, использование интегративного подхода к использованию индивидуальных и групповых методов, включая психообразование, тренинг социальных навыков и навыков совладания, когнитивную терапию, комплайенс терапию, терапию занятостью, превенцию и коррекцию стигматизации и аутостигматизации, семейную терапию. Основным критерием отбора реабилитационных методов являлись объективно зафиксированные в виде функционального реабилитационного диагноза индивидуальные уровни функционального дефицита, реабилитационных ресурсов и семейной поддержки пациента. При этом направленность раннего реабилитационного вмешательства предполагала не столько восстановление, сколько сохранение и развитие функциональных психосоциальных возможностей больных.

УДК 616.89

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ

А. А. Савин, Л. Н. Гуменюк
КРУ «Психиатрическая больница № 5»;
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь»

Ключевые слова: адаптация, шизофрения, первый эпизод

Цель исследования: изучить особенности адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией с первыми психотическими эпизодами.

Обследовано 45 человек, страдающих параноидной шизофренией, в возрасте от 18 до 50 лет, находившихся на

стационарном лечении в КРУ ПБ № 5. Критериями включения пациентов в исследование были: соответствие выявленной у них клинической картины параноидной шизофрении, продолжительность заболевания не более 5 лет, количество приступов (эпизодов) не более трех. Для оценки частоты использования и выраженности копинг-механизмов применяли методику «Копинг-тест (R. Lazarus, S. Folkman, 1984); для диагностики механизмов психологической защиты — методику «Индекс жизненного стиля» (Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б., 1999).

Средний возраст обследованных составил 32,3 ± 2,4 года. Дебют заболевания наблюдался в 26,7 ± 1,2 года. Длительность болезни 3,6 ± 1,5 года. В клинической картине у пациентов преобладали параноидный (34,5 ± 4,7 %) и галлюцинаторно-параноидный (56,7 ± 4,5 %) синдромы. Доминирующими видами копинг-стратегий у исследованных были: планирование (76,79 %), самоконтроль (74,18 %), принятие (73,3 %), положительная переоценка (72,8 %), дистанцирование (70,99 %), поиск социальной поддержки (67,41 %), конфронтация (53,9 %), бегство (53,89 %). Преобладающими механизмами социальной защиты являлись: отрицание (61,48 %), интеллектуализация (55,37 %), проекция (51,28 %), рационализация (45,33 %), регрессия (43,33 %).

Анализ частоты использования и выраженности копинг-стратегий и механизмов психологической защиты позволил выделить следующие их дезадаптивные сочетания, характерные для обследованного контингента: поиск социальной поддержки — проекция; бегство — избегание; принятие ответственности — интеллектуализация; планирование, поиск социальной поддержки — отрицание; принятие ответственности, самоконтроль — регрессия.

При разработке реабилитационных программ для больных параноидной формой шизофрении с первыми психотическими эпизодами необходимо учитывать индивидуальный адаптационно-компенсаторный потенциал пациентов, что позволит более обоснованно выбрать мишени для психотерапевтической коррекции и повысить адаптивные возможности больных.

УДК 616.895.8:616.89-008.454-085

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСІЇ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

С. Д. Савка

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: шизофренія, депресія, діагностика, лікування

Афективні розлади займають вагоме місце в клінічній картині шизофренії. Розповсюдженість депресивних розладів серед всіх пацієнтів, що страждають на шизофренію, складає за даними різних авторів від 30 до 70 % у психотичному періоді, після редукції психозу — біля 25 % і в стані між нападами — від 15 до 33 %. Важливим є вчасне виявлення симптомів депресії при шизофренії у зв'язку з тим, що вони не тільки підсилюють страждання, але й погіршують психосоціальне функціонування і передують суїцидальним спробам.

Афективні розлади розпізнаються вчасно далеко не завжди. Це пов'язано з тим, що на перший план у клінічній картині виходять порушення мислення, галюцинаторно-маячні та негативні симптоми, а сама депресія має атиповий перебіг. Депресія при шизофренії може мати певні особливості: відсутність добового коливання настрою, переважання апатоабулічних проявів, відсутність суттєвої рухової загальмованості, символізм і безглуздість у змісті депресивних ідей, відсутність міміко-пантомімічних та інтонаційних проявів депресивного афекту, амбівалентність, деяка неадекватність емоційних реакцій.

З метою покращання діагностики депресії при шизофренії рекомендовано проводити пацієнтам експериментально-психологічні дослідження з використанням шкали Гамільтона (HDRS), шкали оцінки позитивних та негативних синдромів (PANS).

Депресія може виникати на різних етапах перебігу шизофренічного процесу. Афективні симптоми, що представлені депресивним настроєм, відносять до числа найбільш характерних проявів продрому шизофренії (у вигляді невротичної або соматизованої депресії), а також можуть виступати як дебют шизофренії. Депресії, що розвиваються на протязі захворювання, визначають клінічну картину психогенно провокованих приступів. На післяприступних етапах перебігу шизофренії можна виділити два варіанти депресії: постпсихотичну (нейролептичну) і постшизофренічну.

Важливе значення для своєчасної і адекватної корекції комплексного лікування хворого має правильне визначення і клінічна оцінка симптомів депресії. Для переривання депресивних приступів ендогенного типу застосовують психофармакологічні засоби, хоча раніше надавали перевагу інсулінокоматозній, електросудомній та симптоматичній терапії. На теперішній час з цією метою використовують нейролептики в поєднанні з циклічними антидепресантами (меліпрамін, амітриптилін) та селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну, а також нейролептики з антидепресивним ефектом (хлорпротиксен, френолон, сонапакс). При призначенні трициклічних антидепресантів є ризик підсилення продуктивної психопатологічної симптоматики.

Альтернативним підходом до лікування депресії та негативних симптомів при шизофренії є монотерапія атиповими антипсихотичними препаратами. Рисполепт більш ефективний при афективно-маячних та афективно-галюцинаторних розладах, а також при переважанні апатичної та анергічної симптоматики (у малих дозах має стимулюючий ефект), зіпразидон, оланзапін та соліан (амісульприд) зменшують відчуття безпорадності, депресію та схильність до самогубств.

У поєднанні із призначенням психотропних препаратів важливе значення має проведення фізіотерапії, психотерапії (когнітивної, сімейної та арт-терапії), трудотерапії та забезпечення соціальної підтримки хворих.

Отже, раннє виявлення ознак депресії при шизофренії дозволяє вчасно провести комплексне лікування із застосуванням сучасних психотропних препаратів, що покращує перебіг захворювання, скорочує тривалість лікування та полегшує соціальну адаптацію пацієнтів.

УДК 616.89-008.454

ЗАСОБИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ДОПОМОГИ ХВОРИМ У ВИБОРІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ПІДХОДІВ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

С. О. Сазонов

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

Ключові слова: лікування, допомога, хворі, депресія

Актуальність вивчення проблеми депресивних розладів важко недооцінити. Так, без лікування депресивні розлади призводять до передчасної смертності від соматичних хвороб, суїцидів. Непрацездатність, а також скорочення внаслідок депресії років активного життя є також надзвичайно значущими. Згідно з прогнозом ВООЗ на 2020 рік уніполярна депресія опанує друге місце серед захворювань, що спричиняють непрацездатність у Європі та Північній Америці (Н. Сарторіус, 2009 р.). Можна стверджувати, що такі тенденції в Україні, зважаючи на організаційні особливості, згодом вплинуть і на демографічну ситуацію.

Існуючі, зокрема на пострадянському просторі рекомендації щодо лікування депресивних розладів (Мосолов С. Н., 1995; Смулевич А. Б., 2001, 2003; Краснов В. Н., Корнетов Н. А., 2009) традиційно недостатньо враховують, що лікування депресії є послугою обслуговування, а психічнохворий на депресивні розлади пацієнт є споживачем медичних послуг.

Тести та шкали для верифікації депресії та оцінки ступеня її важкості, що традиційно застосовуються в клініці (HDRS, Hamilton, 1967; HADS, Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983; MADRS, Montgomery S. A., Asberg M., 1979, та інші), навіть ті, що призначені для самооцінки симптоматики (Zung W. K., Durham N. C., 1965, та інші) орієнтовані переважно на отримання даних для лікаря, фахівця, а не пацієнта — споживача послуг.

Водночас у рамках проекту «Міжнародне співробітництво щодо стандартів у сфері заходів підтримки прийняття рішень пацієнтами (IPDAS)» ведеться збір та аналіз даних щодо полегшення процедури вибору методу терапії для хворого, у тому числі з депресивними розладами.

У зв'язку з великою розповсюдженістю депресивних розладів, доцільно оцінити якість допомоги при них з позицій задоволеності споживачів, та стандартизувати принципи лікування депресивних розладів за процедурою Міжнародної організації стандартизації (International Organization for Standardization — ISO).

Депресивні розлади є одними з найбільш поширених розладів як здоров'я взагалі, так і, зокрема, серед психічних розладів. Водночас вони є одними із найбільш курабельних в своїй масі. Ці дві обставини дозволяють обрати саме депресивні розлади як модель для розробки стандартів та нормативів лікування в психіатрії.

УДК 616.895-079.4-08-084-037

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ І ТИПУ

О. І. Сєрікова

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: предиктори, перебіг, біполярний розлад

У проблемі біполярного афективного розладу І типу існує низка нерозв'язаних питань, зокрема: немає загальновизнаної типології варіантів перебігу захворювання, не вирішена проблема персистуючих та резидуальних симптомів у структурі ремісій.

Дослідження було проведено на підставі вивчення 430 історій хвороб 293 пацієнтів з діагнозами маніакально-депресивного психозу 296.0, 296.1 за МКХ-9, біполярного афективного розладу (F 31 за МКХ-10) та циклотимії (296.81 за МКХ-9 та F 34.0 за МКХ-10), що перебували на лікуванні в 1 п/о ДУ «ІНПН АМН України» за період з 1983 по 2010 рік. В дослідження не були включені ті історії хвороби, в яких не вистачало необхідних даних про перебіг захворювання, або якщо строк спостереження за хворими був менший за 5 років. Остаточно до дослідження увійшли 137 пацієнтів (78 жінок та 59 чоловіків — співвідношення 1,32 : 1). Вік маніфестації захворювання був (25,5 ± 1,5) років, а тривалість хвороби — (15,9 ± 2,1) років. В середньому ці хворі перенесли по (5,50 ± 0,84) афективні фази. Депресивні епізоди, порівняно з маніакальними, в середньому мали більшу тривалість (7,38 ± 0,92 та 5,07 ± 0,44 місяців відповідно, $p < 0,05$), та коротшу ремісію після себе (3,30 ± 0,81 та 11,28 ± 1,09 місяців відповідно, $p < 0,05$). У хворих з сприятливим перебігом на його віддалених етапах структура депресивних фаз трансформується від меланхолійної до змішаної, а кількість і структура маніакальних фаз майже не змінюється. Клінічними предикторами несприятливого перебігу біполярного афективного розладу є виникнення атипових та змішаних фаз та порушення регулярності сезонного ритму, а на віддалених етапах збільшується питома вага маніакальних та змішаних фаз, структура фаз спрощується.

УДК 616.89-036.12

ПОГЛЯДИ НА СОЦІАЛЬНЕ СТАНОВИЩЕ ДУШЕВНОХВОРИХ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

О. С. Серікова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Ключові слова: соціальний стан, душевнохворі, ставлення, студент-медик

Стереотипи сприйняття «безумності» виробляються в дитинстві і поступово закріплюються, у процесі звичайних соціальних взаємодій. Засоби масової інформації відіграють головну роль у створенні стереотипів, оскільки люди невірно інформуються уже протягом десятиліть.

Метою роботи стало вивчення чинників, які формують ставлення у студентів-медиків, які пройшли курс психіатрії, до проблеми взаємовідносин з душевнохворими людьми.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі задачі дослідження: 1) з'ясування ставлення до душевнохворих людей студентів-медиків; 2) виявлення наявності стигматизації психічнохворих серед студентів.

Проведено за спеціальною анонімною анкетою-опитувальником (для дослідження громадської думки стосовно проблеми душевнохворих людей) вивчення ставлення 70 студентів медичного факультету Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна до різноманітних аспектів проблеми взаємовідносин з душевнохворими людьми. Серед них було 55 жінок і 15 чоловіків. Середній вік опитуваних складав (22,0 ± 2) роки. Встановлено, що серед студентів-медиків є достатньо обґрунтоване, але не завжди доброзичливе ставлення до колишніх і нинішніх пацієнтів психіатричних закладів. Переважна більшість студентів вважають недостатнім освітлення в газетах, теле- і радіопередачах стану психічного здоров'я населення.

УДК 616.895.8-008.9-08

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

В. М. Сінайко[1], ***О. В. Земляніцина***[2]

[1] *Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків;* [2] *ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського АМН України», м. Харків*

Ключові слова: шизофренія, метаболічний синдром, лікування

Уявлення про якість надання медичної допомоги хворим на шизофренію традиційно асоціюється із тривалістю та якістю ремісій, можливістю відновлення соціальних зв'язків та рівня працездатності пацієнтів. В той же час значно менше уваги лікарі-психіатри приділяють виявленню та лікуванню соматичних захворювань, виникнення яких пов'язано із основним психічним захворюванням. В останні десятиріччя дослідники приділяють увагу таким проявам метаболічного синдрому як цукровий діабет 2 типу, підвищення маси тіла та ожиріння. Встановлено, що ці розлади значно частіше, ніж у загальній популяції, спостерігаються у пацієнтів із психічними захворюваннями, що може свідчити про їх патогенетичну поєднаність. Насамперед слід думати про негативний вплив на метаболічні процеси психотропних препаратів (типових та атипових нейролептиків), проте не слід відкидати й можливість виникнення змін у головному мозку при деяких психічних захворюваннях, які самі по собі можуть призводити до формування порушень обміну вуглеводів, незалежно від стереотипу харчування, фізичної активності та прийому антипсихотиків.

Результати наших досліджень показали підвищений ризик виникнення у хворих на шизофренію абдомінального ожиріння, дисліпідемії, а нерідко й дисфункції β-клітин підшлункової залози, що властиві метаболічному синдрому та цукровому діабету 2 типу.

Таким чином, дія психотропних препаратів на вуглеводний та ліпідний метаболізм неоднозначна, що свідчить про необхідність та доцільність визначення взаємозв'язку між метаболічними порушеннями та психічними розладами, вивчення впливу психотропних препаратів на метаболічні показники, а також розробки профілактичних та лікувальних заходів у хворих на шизофренію.

Корекція метаболічних порушень у хворих на шизофренію повинна включати дієтотерапію, оптимальну рухову активність, спрямовані на зниження маси тіла та перерозподіл жирової тканини, при неефективності цих заходів призначають препарати, спрямовані на зниження інсулінорезистентності.

Важливим компонентом лікування є терапевтичне навчання пацієнтів, спрямоване на формування свідомої мотивації на тривале лікування та самоконтроль, поступовий перехід на правильне харчування, збільшення фізичної активності у сполученні зі зміною образу життя.

Зважаючи на розвиток у хворих, які отримували терапію тільки нейролептиками, ожиріння, частіше абдомінального характеру, поряд із дієтою, збільшенням фізичного навантаження рекомендується призначати препарати групи бігуанідів (метформін). Ці препарати не тільки сприяють зниженню маси тіла, але й впливають на інсулінорезистентність шляхом підвищення чутливості до інсуліну периферичних тканин, мають опосередковану гіпоглікемічну та гіполіпідемічну дію.

Хворим із дисліпідемією, що не піддається корекції дієтотерапією, призначають гіполіпідемічні засоби (статини, фібрати). Критерієм призначення медикаментозного лікування дисліпідемії слід вважати збереження дисліпідемічних порушень після трьох-шести місяців дієтотерапії.

УДК 616.891.2:616-009.1

ДИССОЦИАЦИЯ, КОНВЕРСИЯ, ИСТЕРИЯ — ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ?

В. З. Скоробреха, А. Н. Стоянов

Городская клиническая больница № 10 г. Одессы;
Одесский государственный медицинский университет

Ключевые слова: терминология, диссоциация, истерия, конверсия

Традиционно термин «конверсия» связывают с именем З. Фрейда. Нами проведено исследование трудов З. Фрейда 2-го издания серии «Мастера психологии» (2004). В работе «О психоанализе» автор рассматривает превращение аффектов «… в необычные телесные иннервации и задержки, которые представляли собой телесные симптомы данного случая. Для этого последнего процесса мы стали использовать термин «истерическая конверсия» (с. 314).

Термин «диссоциация» З. Фрейд позаимствовал у П. Жане, который рассматривал истерию как следствие врожденного дегенеративного изменения нервной системы и слабости психического синтеза, но в отличие от П. Жане «… я скоро пришел к другому выводу на происхождение истерической диссоциации (расщепления сознания)…» (с. 317).

Таким образом, приписываемый З. Фрейду термин «конверсия» в современном виде не есть фрейдовский. Примечательно, терминология рассмотрена З. Фрейдом с позиций клинической философии — причинно-следственных отношений: истерия — причина, конверсия — следствие, а не наоборот. Конверсия не может быть причиной истерии или другого невроза. Этот принцип был соблюден в МКБ-9 (300.11. Истерический невроз). «Невротическое расстройство, при котором нарушения вегетативных, сенсорных и моторных функций («конверсионная форма») возникают по типу условной приятности и желательности. При конверсионной форме главный симптом — психогенное расстройство функций какой-либо части тела. В диссоциативной разновидности наиболее яркой чертой является сужение сознания, … могут иметь место выраженные изменения поведения. Это поведение может имитировать психоз».

В новой классификации (МКБ-10) диссоциативные и конверсионные расстройства отождествлены в рубрике F-44. Истерия включена в эту же рубрику, утратив тем самым свою нозологическую принадлежность.

Нововведение неоднозначно воспринято в научных кругах отечественной неврозологии. Многочисленные публикации последнего десятилетия демонстрируют разноречивые, иногда, биполярные мнения по указанной проблеме. Одни авторы [В. И. Гарбузов (2001), Б. В. Михайлов (2002, 2007), В. Н. Шток (2006)] рассматривают истерию с прежних позиций, другие — [Ю. А. Александровский (2002, 2004), Л. М. Юрьева (2005), М. Виктор, А. Х. Роппер (2006), А. Б. Смулевич (2009)] отождествляют последнюю с конверсией и диссоциацией.

Отождествление диссоциативных и конверсионных расстройств МКБ-10 не совсем корректно.

В повседневной медицинской практике более приемлемо разъяснение МКБ-9.

Истерические синдромы требуют дальнейшего глубокого анализа, накопленный клинический и научный материал позволяет синтезировать современную концепцию неврозов.

УДК 616.895.8-085:006.015.5

РЕСУРС СІМЕЙНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТА З ШИЗОФРЕНІЄЮ ЯК КРИТЕРІЙ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В. В. Сотніченко

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ

Ключові слова: якість допомоги, шизофренія, клініко-психологічні критерії, сімейна підтримка

Актуальною проблемою клінічної та соціальної психіатрії залишається наукове обґрунтування та практичні заходи щодо забезпечення якості психіатричної допомоги хворим на шизофренію. Одночасно надається все більше уваги взаємозв'язку соматобіологічних та психосоціальних факторів у виникненні, формуванні та розвитку психічної патології. Вирішення цих задач неодмінно торкається сімейного контексту. Адже не викликає сумніву, що сім'я, в якій один з її членів має психічний розлад, страждає через стан свого родича. В той же час встановлено, що сприятливий клінічний та соціальний прогноз при шизофренії (особливо на ініціальному етапі) значною мірою залежить від ступеня інтеграції пацієнта в сім'ю, куди він повертається після лікування.

Було опитано 30 родичів хворих на шизофренію за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта». В цьому опитувальнику наведено 20 тверджень щодо готовності членів сім'ї надавати допомогу та підтримку родичу з психічним розладом. Сімейна підтримка визначається як комплекс допомоги в різних сферах життєдіяльності. Розглядаються питання економічних витрат сім'ї, емоційних реакцій на хворобу близької людини, порушення звичного режиму соціальної та трудової активності, стресу.

З 30 опитаних 19 (63,4 %) є батьками хворого, 6 (20,0 %) — жінкою або чоловіком, 5 (16,6 %) — сестрами чи братами. Тривалість захворювання, що прямо пропорційно корелює з тривалістю догляду за пацієнтом, розподілилася таким чином: до 1-го року — 4 пацієнти (13,3 %), від 1-го до 5-ти років — 13 (43,3 %), від 5-ти до 10-ти років — 8 пацієнтів (26,6 %), більше 10-ти років — 5 осіб (16,6 %).

Встановлено, що ресурс сімейної підтримки у 15 (50,0 %) опитаних виявився обмежений (14—27 балів). В таких сім'ях знижені зацікавленість, мотивація та реальні можливості для надання повноцінної підтримки хворого. У 9 (30,0 %)опитаних визначено значний дисбаланс між потребами здорових членів сім'ї та необхідністю піклуватися про хворого. Рівень сімейної підтримки у таких сім'ях низький (28—40 балів). У меншості опитаних (6 — 20,0 %) встановлено емоційну, соціальну та економічну готовність підтримки хворого родича, визнання реальних меж своїх можливостей, що відповідає високому рівню ресурсу сімейної підтримки (1—13 балів).

Виявлено чітку зворотно пропорційну залежність між тривалістю захворювання (відповідно, тривалістю догляду за пацієнтом) та рівнем ресурсу сімейної підтримки. В цілому, для сестер та братів (сібсів) характерна більша готовність до конструктивного рішення повсякденних задач хворого та сімейного навантаження, в той час як батьки були гіперпротективні, мали ілюзорний характер очікувань. Дружини і чоловіки виявили значне емоційне дистанціювання та сумніви у можливості повноцінних відносин з хворим родичем (5 — 83,3 %). Більшість опитаних (26 — 86,6 %) були впевнені, що не обізнані в повному обсязі про належну допомогу, яку необхідно надавати хворому родичу.

Отримані дані свідчать про наявність значного ряду емоційно-соціальних проблем в сім'ях, в яких один з членів хворий на шизофренію. Більшість респондентів виявили низький або обмежений ресурс сімейної підтримки пацієнта, що значною мірою впливає на подальшу соціально-психологічну адаптацію родича та клінічний прогноз захворювання. Такий додатковий, непрямий критерій більш точно розкриває зв'язок динаміки психопатологічних розладів з наданою допомогою, зокрема, медико-психологічною та інформаційною.

УДК 616.89.02 613.86.70

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

И. Н. Стрельникова

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: эпилепсия, депрессивные расстройства

Целью настоящего исследования явилась разработка комплексной системы коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией.

Нами с позиций системного подхода проведено комплексное обследование 65 больных в возрасте 17 — 35 лет, обоего пола, с установленным диагнозом «эпилепсия», уточненной локализацией очага и сроком заболевания, не превышающим 10 лет, у которых имелись депрессивные расстройства.

Анализ результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследования позволил выделить следующие клинические варианты депрессивных расстройств у больных эпилепсией: тоскливые, адинамические, ипохондрические, тревожные симптомокомплексы, а также депрессии с деперсонализационными нарушениями. Поскольку основной задачей нашего исследования явился подбор оптимальной монотерапии, терапии не только судорожных приступов, но и депрессивных расстройств, в нашей работе мы использовали препарат Латригил. На фоне применения Латригила отмечена редукция депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, различного рода страхов, нормализация фона настроения. Повышалась восприимчивость к психотерапевтическим методам воздействия. Происходило повышение психофизической активности, увеличение уверенности в собственных силах и возможностях, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим. К концу 9-й недели заметно улучшились когнитивные показатели. Все вышеперечисленное способствовало более успешной психосоциальной адаптации больных.

УДК 616.885-008.442

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ СРЕДИ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ РАЗНОГО ТИПА

К. Р. Субаева

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: расстройства, адаптация, правонарушители

Лишение свободы, что является одним из видов криминального наказания, переносится осуждёнными как ситуация жизненного кризиса. Реакция на длительную социальную изоляцию с жёсткой регламентацией поведения может выходить за рамки «нормальной», психологически обусловленной реакции и приобретать характер дистресса. В МКБ-10 выделены под шифром F43.2 расстройства адаптации (РА) как кратковременные реакции с простой (субсиндромальной) психопатологической структурой. Вместе с тем, по отношению к ряду расстройств категории F 41 рекомендуется (в соответствующих случаях) также использовать шифр F 43.2. Оговоренные в этом плане единицы F 41.2 и F 41.3 отчасти соответствуют признакам и критериям РА (F 43.2), однако при учете всей широты картины (сложная клинико-психопатологическая структура, динамика формирования и длительность проявления), они по существу представляют собой невротические состояния и именно в этом качестве могут относиться к группе аффективных нарушений адаптации. Данное сообщение касается исключительно тех случаев, которые изначально соответствуют критериям РА (F 43.2).

Обследовано 552 осуждённых молодого возраста (18—28 лет), которые находились в исправительных колониях (ИК) разного типа содержания, из них в колонии строгого режима (КСР) — 224 человека, в колонии общего режима (КОР) — 162 человека и в колонии-поселении (КП) — 166 человек. Выявлено 148 случаев РА (26,81 %). По отношению к числу обследуемых в каждой из ИК, количество лиц с РА значительно отличалось: в КСР установлен 31 случай (13,84 %), в КОР — 23 случая (14,20 %), а в КП наибольшее — 94 случая (56,62 %).

РА проявлялись в рамках следующих клинико-психопатологических вариантов: кратковременные депрессивные реакции (КДР — F 43.20), которые длились не более 2—3 недель и проявлялись в виде легкой меланхолии или мягкой депрессии на фоне астении или же тоскливо-враждебного настроения; пролонгированные депрессивные реакции (ПДР — F 43.21) выражались в меланхолическом настроении с апатическими чертами и продолжались до 3—6 месяцев; смешанные тревожные и депрессивные реакции (СТДР — F 43.22), которые соответствовали известным характеристикам тревожной депрессии, длились до 3—5 месяцев; тревога с преобладанием других эмоций (ТПДЭ — F 43.23) наблюдалась в виде реакций устойчивой ситуационной тревожности с периодическим нарастанием внутренней напряженности и выраженной раздражительности, иногда с дисфорическим оттенком.

Показатели различных вариантов РА проявлялись в следующем нисходящем порядке: СТДР — 75 случаев (50,58 %), ТПДЭ — 52 случая (35,13 %), КДР — 18 случаев (12,16 %) и ПДР — 3 случая (2,03 %). Частота клинико-психопатологических вариантов РА существенно отличалась в каждом из типов ИК. В КСР определись одиночные ПДР — 3 случая (1,34 %) и СТДР — 4 (1,79 %) при значительно большей численности ТПДЭ — 24 (10,71 %) и отсутствии КДР. В КОР не зафиксированы КДР и ПДР при приблизительной равности случаев ТПДЭ — 10 (6,17 %) и СТДР — 13 (8,03 %). В КП значительно преобладали СТДР — 58 случаев (34,94 %) при равном количестве КДР и ТПДЭ — по 18 случаев (по 10,84 %) и отсутствии ПДР.

Сопоставление полученных данных (взятых по каждой ИК в отдельности) указывает на следующие тенденции: во-первых, РА (F 43.2) в каждой ИК имеют индивидуальное соотношение вариантов их проявления; во-вторых, тревожный вариант (ТПДЭ) в ИК всех типов проявляется относительно близкими и умеренными показателями (до 10 %); в-третьих, тревожно-депрессивные реакции наиболее характерны для КП и в значительно меньшей мере для КОР; в-четвертых кратковременные легкие депрессии выявлялись только в КП; в-пятых, длительные мягкие депрессии практически не встречаются (1 %) в рамках РА. Важно подчеркнуть, что высокий удельный вес РА в КП (то есть в колонии с наиболее мягким режимом содержания) не следует рассматривать в негативном плане без учета частоты выявления аффективных нарушений адаптации невротического типа во всех ИК, что выходит за рамки данного сообщения.

Приведенные показатели РА важны для освещения большого массива адаптационных аффективных расстройств в их клинико-психопатологически дифференцированном разнообразии, которое следует учитывать при планировании психопрофилактической работы в ИК различного типа содержания осужденных.

УДК 616-003.96: 362.9

ПЕНИТЕНЦИАРНЫЕ НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОСУЖДЁННЫХ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА

К. Р. Субаева

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: исправительная колония, адаптация, тревога, депрессия

Особенности адаптации осужденных к условиям длительной социальной изоляции и строгой регламентации поведения остаются малоизученными.

Цель данного исследования: выявление и изучение аффективных (тревожных и депрессивных) нарушений адаптации (АНА) среди осужденных мужчин в возрасте 18—28 лет.

В работе использованы следующие методы: скрининговый, клинико-психопатологический, анамнестический, психодиагностический и статистический.

Обследовано 552 правонарушителя в ИК различного типа: 224 — в колонии строгого режима (КСР), 166 — в колонии общего режима (КОР) и 166 — в колонии-поселении (КП). Частота выявления АНА (по отношению к числу обследованных в каждой ИК) распределилась следующим образом: КСР — 173 случая (32,59 %), КОР — 101 сл. (62,35 %), КП — 113 сл. (68,07 %), то есть, наибольшее количество АНА выявлено в КП и КОР, а двукратно меньшее — в КСР.

Ориентируясь на осевую аффективную симптоматику, выделены три психопатологических варианта АНА: тревожный — 112 сл., тревожно-депрессивный — 154 сл., депрессивный — 21 сл. В каждой из отдельно взятой ИК установлены следующие показатели — тревожный вариант: КСР — 19,20 %, КОР — 24,08 %, КП — 18,07 %; тревожно-депрессивный вариант: КСР — 12,05 %, КОР — 38,27 %, КП — 39,16 %; депрессивный вариант: КСР — 1,34 %, КОР — не выявлен, КП — 10,84 %. Как видно, тревожный вариант выявлялся в ИК всех трех типов с очень близкими относительными значениями. Показатели тревожно-депрессивного варианта в КОР и КП втрое большие, чем в КСР. Депрессивный вариант АНА отличался особым разнообразием: в КОР депрессивные расстройства не выявлены, в КСР — случаи единичные, но в КП — его величина достаточно существенна.

Важно указать, что выделенные психопатологические варианты АНА имели различную степень выраженности тревоги и депрессии (от легкой до выраженной) и различную длительность проявления (от нескольких недель до полугода). Аффективные нарушения сочетались с разнообразным диапазоном вегетативных расстройств. В части случаев клиническая картина включала отдельные проявления соматоформных и ипохондрических нарушений.

Выявленные АНА в клинико-психопатологическом плане представляли две классификационные категории: F 43 (F 43.20 — 23) и F 41 (F 41.1 — 3). Случаи отнесенные к категории F 43 являлись кратковременными реакциями субсиндромального типа (АНА-ССТ), а отнесенные к F 41 имели характерные признаки состояний невротического типа (АНА-НТ).

Наибольшее количество АНА-ССТ (по отношению к числу обследованных в каждой ИК) приходится на КП (53,62 %) при существенно более низких показателях в КОР и КСР (14,20 % и 13,84 %, соответственно). Наибольшая численность АНА-НТ выявилась в КОР (48,15 %) при значительно более низких показателях в КСР и КП (18,75 %, 11,74 %, соответственно). Соотношение численности АНА-ССТ и АНА-НТ составляло в КСР 1 : 1,4, в КОР — 1 : 2,1, в КП — 1 : 0,25.

Таким образом, анализ показал, что несмотря на общее преобладание в КП удельного веса АНА по сравнению с другими ИК (включая значительный процент тревожно-депрессивного и депрессивного вариантов), в ней установлено существенно (вчетверо) большее количество АНА-ССТ, чем АНА-НТ. Наибольшие показатели АНА-НТ (включая тревожно-депрессивный и тревожный варианты) выявлены в КОР. В КСР показатели АНА-ССТ и АНА-НТ относительно низкие и близкие, что значительным образом связанно как с особенностями контингента ИК данного типа, так и с условиями их содержания. Полученные результаты можно рассматривать как индикаторы качества жизни осужденных и использовать при создании программ своевременного выявления, терапии, коррекции и профилактики АНА применительно к ИК различного типа.

УДК 616.89-008.19-08:159.92

ДЕЯКІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ВИБОРУ МЕТОДІВ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ З ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ

В. І. Сухоруков, Н. М. Привалова, Л. І. Лавинська
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: енцефалопатії, емоційні розлади, нейропсихологічні критерії, методи корекції

Метою нашого дослідження було вивчення характеру емоційних розладів у хворих на енцефалопатії в залежності від характеру нейропсихологічного синдрому, в структурі якого формуються емоційні порушення.

Об'єктом дослідження були 53 хворих на енцефалопатії різного ґенезу, у яких в клінічній картині захворювання спостерігалися емоційні розлади (F 06 за МКБ-10) віком від 25 до 68 років. Всім хворим було проведено нейропсихологічне обстеження з додаванням спеціальних методів дослідження емоційної сфери (Е. Д. Хомская, Н. Я. Батова,1992), а також обстеження за допомогою опитувальників SCL-90-R та Бека.

За результатами нейропсихологічного обстеження всі хворі були поділені на 3 групи в залежності від характеру порушень довільної регуляції психічної діяльності, наявність яких свідчить про той або інший ступінь зацікавленості чолових відділів мозку. Так, у хворих 1 групи відповідні порушення були визначені тільки в ланці контролю за виконанням діяльності, у хворих 2 групи виявлялися значні порушення програмування та регулювання у вигляді проявів імпульсивності або інертності, хворі 3 групи займали проміжне положення: в них порушення програмування та регулювання діяльності могли бути скомпенсовані при використанні допоміжних засобів організації діяльності. Результати дослідження особливостей емоційних розладів свідчать про найбільшу виразність проявів тривоги, депресії (з акцентом на її когнітивно-афективні компоненти), агресії у хворих 1 групи, дещо менше — у хворих 3 групи, тоді як у хворих 2 групи домінують соматичні прояви депресії. Навпаки, самооцінка власного стану (включно з емоційною) була більш диференційованою та об'єктивною у хворих 1 групи, тоді як у хворих двох інших груп на самооцінку власних симптомів значно впливав наявний емоційний стан. Здатність адекватної кваліфікації емоційних стимулів за знаком та інтенсивністю також була більшою у хворих 1 групи.

Таким чином, емоційні порушення у вигляді розладів фонових станів, або емоційного реагування при більшій збереженості критичного ставлення до свого емоційного дефекту у хворих 1 групи, або розлади всіх типів емоційних явищ (емоційного стану, емоційного реагування та емоційно-особистісних якостей) у хворих двох інших груп зумовлені в великій мірі ступенем та характером участі у патологічному процесі чолових відділів мозку. Ми вважаємо, що ці емоційні розлади потребують принципіально різних підходів до їх клінічної корекції з урахуванням ролі чолових відділів мозку як у формуванні цих порушень, так і в забезпеченні процесів їх компенсації.

УДК 616.89-008.19:616.831-002

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМОГЕНЕЗУ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ЕНЦЕФАЛОПАТІЯМИ

В. І. Сухоруков, І. А. Назарчук, Ю. В. Бовт, О. М. Біневська
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: енцефалопатія, емоційний розлад

Емоційні розлади у хворих з енцефалопатіями є поширеними і, набуваючи свого розвитку, досить часто стають провідними клінічними синдромами цих захворювань і, певною мірою, визначають їх подальший перебіг.

Метою дослідження було вивчення клінічних особливостей синдромогенезу емоційних розладів у хворих з енцефалопатіями.

Під нашим спостереженням перебували 214 хворих віком від 26 до 68 років (89 чоловіків і 125 жінок) з енцефалопатіями різного ґенезу і емоційними порушеннями: інфекційно-алергічними — 40, дисциркуляторними атеросклеротичного, гіпертонічного ґенезу (ДЕ) I, I—II та II стадій — 103 і змішаними (інфекційно-алергічними, судинними, посттравматичними) — 71 хворий відповідно. Обстеження передбачало клініко-анамнестичний, клініко-неврологічний, клініко-психопатологічний методи дослідження.

Клініко-неврологічна симптоматика у обстежених хворих була поліморфною, серед якої при ДЕ провідними неврологічними синдромами були астенічний ($p < 0,01$), лікворна гіпертензія і лікворно-венозна дисциркуляція ($p < 0,01$), екстрапірамідні ($p < 0,05$), вестибулоатактичні і осередкові порушення; при енцефалопатіях інфекційно-алергічного і змішаного ґенезу переважали астенічний синдром ($p < 0,01$), лікворна гіпертензія і лікворно-венозна дисциркуляція ($p < 0,05$, $p < 0,01$), вегетативні порушення і вегетативні кризи ($p < 0,05$), спостерігалися також і прості фокальні епілептичні напади.

Емоційні порушення характеризувалися переважанням тривожних, депресивних, агрипничних, емоційно-лабільних проявів ($p < 0,01$), поряд з якими спостерігались іпохондричні, фобічні симптоми. Вони мали певні особливості за виразністю, стійкістю і характером розвитку при різних типах енцефалопатій. Хворі з інфекційно-алергічними енцефалопатіями мали високий рівень особистісної і реактивної тривожності ($p < 0,05$, $p < 0,01$), клінічно виразні тривожні і депресивні емоційні розлади ($p < 0,01$), які розвивалися в структурі патогенезу основного захворювання і були міцно пов'язані із його перебігом і дією етіологічних чинників. Особливостями хворих з ДЕ були висока особистісна тривожність ($p < 0,05$), помірна і низька реактивна тривожність ($p < 0,05$). При ДЕ емоційні розлади розвивалися внаслідок органічного дефекту або в структурі патогенезу енцефалопатій, були міцно пов'язані із їх перебігом і дією етіологічних факторів. Клінічна картина емоційних розладів при ДЕ залежала, з одного боку, від наявності органічного дефекту і його локалізації, з іншого — збереження системи формування емоцій і емоційного реагування. При ДЕ I ст. емоційні порушення були переважно клінічно виразними, малосимптомними і лабільними, при ДЕ II ст. — різними за ступенем виразності і клінічними проявами, більш стійкими, ніж при ДЕ I ст. Хворі з енцефалопатіями змішаного ґенезу за особливостями формування і характером емоційних розладів займали «проміжне» положення між групами з іншими типами енцефалопатій.

Таким чином, емоційні розлади у хворих з енцефалопатіями є складовою клінічного синдромокомплексу. Формування емоційних розладів визначається недостатністю функцій головного мозку і локалізацією уражень, особливостями етіопатогенезу енцефалопатій і, зокрема, їх впливом на функціонування емоціогенних структур головного мозку.

УДК 616.895.4-079-008.441-44

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

А. В. Харченко, М. М. Денисенко

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

Ключові слова: суїцидальна спроба, рекурентний депресивний розлад, психодіагностика

Дослідження було проведено у 35 хворих на рекурентні депресивні розлади.

Мета дослідження — вивчення психодіагностичних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на рекурентний депресивний розлад для удосконалення критеріїв діагностики та прогнозування суїцидів.

При вивченні клінічної картини за допомогою шкали Гамільтона у даній групі хворих отримані результати: наявність суїцидальних тенденцій виявлена у 57,14 % осіб, вони мали вищі показники за такими симптомами: депресія, почуття вини, суїцидальна ідеація, рання інсомнія, збудження, тривожність, загальносоматичні симптоми, зменшення маси тіла фактичне, симптоми дереалізації та деперсоналізації, середній бал складав 27,1. У хворих на рекурентний депресивний розлад з відсутністю суїцидальних тенденцій (42,86 %) за шкалою Гамільтона були виявлені вищі показники за такими симптомами: депресія, інсомнія, втрата інтересу до роботи, втрата лібідо, втрата критики, середній бал — 20,1. Дослідження за допомогою методики «Способу оцінки самосвідомості смерті» (СОСС) дозволило виявити такі особливості: переважаючими факторами для хворих на рекурентний депресивний розлад були думки про власну смерть (1,20 бали), страх смерті (1,83 бали), бажання смерті (1,36 бали), вид суїцидальних намірів (2,29 бали), сни про смерть (0,66 балів), відношення до релігії (1,62 бали). Лише у 31,4 % хворих був визначений низький рівень самосвідомості смерті, що може бути проявом схильності до скоєння аутодеструктивних дій, самогубства. Кількість набраних балів (21,40) за методикою СОСС свідчить про високий рівень самосвідомості смерті у групі хворих на рекурентний депресивний розлад. Суїцидальні думки були виявлені у 46,7 % хворих лише при додатковому розпиті (думки про нікчемне життя, песимістичне та безперспективне майбутнє, відчуття безвиході, але більша половина з них не втрачала бажання боротися за життя). Оцінка обстежених за допомогою методики «Спосіб визначення суїцидального ризику» (СВСР) дозволила виявити такі особливості: у 51,4 % хворих на рекурентний депресивний розлад був виявлений високий ризик аутодеструктивних дій (середній бал склав 29,7), хоча у групі, взагалі, середній бал дорівнював 27,80. Відповідно, 49,6 % хворих цієї групи мали нижчі показники, що свідчило про менший ризик у них аутодеструктивних дій. Для визначення пресуїцидального періоду ми використовували тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (СВАП). За шкалами аутоагресії, імпульсивності та відвертості у хворих на рекурентний депресивний розлад оцінювані показники були низькими. За шкалами агресії, імпульсивності, афективних порушень, звуження і розладів когнітивних функцій, вегетативних розладів підвищення показників спостерігається до рівня помірних. Показники шкали звуження і розладів міжособистісних контактів були вираженими.

Для хворих з рекурентними депресивними розладами з високим суїцидальним ризиком було характерно: високий рівень суїцидального ризику і знижений рівень показника самосвідомості смерті, що відображає наявність реальних аутоагресивних тенденцій, переважаючим видом аутоагресії є почуття провини, яке спрямовано на особистість хворого та відчуття тягаря для оточуючих; за шкалою Гамільтона виявлено високий ризик аутоагресивної поведінки.

УДК 616.895.4-008.47-008.441-44

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

А. В. Харченко, Н. А. Малихіна

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

Ключові слова: суїцидальна спроба, рекурентний депресивний розлад

Щорічно в світі реєструється більше 500 тисяч завершених самогубств, суїцидальних спроб — в 5—10 разів більше, а суїцидальний ризик у хворих на депресивні розлади у 20—100 разів вищий у порівнянні з суїцидальним ризиком у загальній популяції.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-психопатологічних предикторів у хворих на рекурентні депресивні розлади (F 33) з суїцидальною поведінкою.

Нами було проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 35 хворих на рекурентні депресивні

розлади. У даній групі жінки складали 80,0 %, чоловіки — 20,0 %. Середній вік обстежених складав 35 років. Депресія у хворих на рекурентний депресивний розлад маніфестувала у віці 30—32 роки. Перші фази за звичай мали ознаки реактивності. «Світлі проміжки» складали 1,0—2,5 року. Синдромологічна картина хвороби носила складний, мінливий характер. У 41,3 % спостерігалися тривожно-фобічні, у 18,9 % — сенесто-іпохондричні та 39,8 % — соматовегетативні прояви. У пацієнтів більш похилого віку (з 50 до 63 років) поряд із типовими симптомами — пригніченість, зменшення ініціативи, відчуття провини, розлади нічного сну, зменшення маси тіла, спостерігалася тривожна іпохондрія. В усіх обстежених на протязі катамнестичного спостереження мала місце нестабільність клінічної картини захворювання.

Були виділені три варіанти депресії: тривожно-тужлива (48,2 %), істеро-депресивна (23,2 %) та депресія з моторною загальмованістю (38,6 %). Ідея самогубства з самого початку виникнення депресії розглядалася пацієнтами як прийнятний вихід з ситуації. Але думки про смерть мали нестійкий, епізодичний характер. Посилення тривожності пов'язане із посиленням суїцидальних думок і рішення накласти на себе руки відчувається як єдино можливий вихід. Думки про самогубство набувають все більш окреслених рис і стають суїцидальними намірами. При істеро-депресивній формі депресія супроводжувалася яскравими образними рисами поведінки, суїцидальні думки за звичай не приховувалися (41,1 %). Пацієнт «вагався» між життям та смертю та чекав на дію зовнішнього фактору, що мав бути вирішальним. Клінічно спостерігалася астенічна депресія, сльозливість, млявість. Виникала втома від життя, безперспективність існування, суїцидальні наміри детально пророблялися. Їх тяжкість часто напряму залежала від наявності соматичної обтяженості хворого.

Найменше суїцидальних думок та суїцидальних намірів виявлено у хворих із моторною загальмованістю — у пацієнтів, що знаходяться у вираженому депресивному стані.

Були з'ясовані клініко-психопатологічні особливості у хворих на рекурентні депресивні розлади з суїцидальною поведінкою: виражена депресія (пригнічений настрій, відчуття повної безвихідності та безнадійності), відчуття вини та тягаря для оточуючих, з чим були й пов'язані суїцидальні думки; висока ідеаторна та моторна розгальмованість; тривожність з соматичними симптомами; добові коливання стану — поліпшення ввечері після 18 години.

УДК 615.851-005

НАПРЯМКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

***О. О. Хаустова*[1], *В. Г. Безшейко*[2]**

[1] *Національний Медичний Університет ім. О. О. Богомольця;*
[2] *Київська міська клінічна наркологічна лікарня «Соціотерапія»*

Ключові слова: психотерапія, інтеграція, контент-аналіз, класифікація

Останніми роками покращилась якість лікування пацієнтів з розладами психіки і поведінки, введені сучасні методи діагностики, постійно розробляються та оновлюються клінічні рекомендації. Разом з тим, ще недостатньо розроблена науково-практична база лікування пацієнтів з пограничними та субклінічними розладами психіки, особливо в первинній мережі. Причому, з одного боку, розроблені докладні клінічні рекомендації щодо психофармокотерапії, принципів психотерапії і соціальної підтримки, з іншого боку, — існує понад 400 психотерапевтичних методів, кожен з яких має право на існування, але не визнаний доказовою медициною (за A. E. Bergin et al., 1994). На тлі плюралізму психотерапевтичних методів та технік актуалізувалось питання уніфікації та інтеграції розрізнених психотерапевтичних шкіл, що за даними контент-аналізу наукових першоджерел отримує своє вирішення у декількох основних напрямах. Перший напрямок спрямований на визначення ефективності певних видів психотерапії стосовно лікування визначених захворювань: КБТ є ефективною для лікування депресивних розладів (A. Murphy, 1986; S. Hollon, 1992), тривожних розладів (K. Clark, 1996), ОКР (M. Franklin, 2002), СФР (G. Simon, 2002), адикцій (M. Epsein, 2003); системна (сімейна) психотерапія — для лікування алкогольної залежності (D. Edwards, 1995), для зменшення ймовірності рецидивів у хворих на шизофренію (A. Barbato, 2000).

Другий напрямок роботи орієнтований на пошук спільних факторів дії: у 1986 році T. Karasu дійшов висновку, що арсенал психотерапії складається лише з трьох окремих механізмів дії: індукція афекту, когнітивний контроль, регуляція поведінки. Надалі цей перелік значно розширили: M. Lambert, A. Bergin (1994) виявили спільні фактори дії (катарсис, терапевтичний альянс, емпатія), навчаючі (порада, афективний досвід, когнітивне навчання, корекція емоційного досвіду, інсайт) та спрямовані на дію (регуляція поведінки, конфронтація зі страхом, моделювання, практика).

Третій напрямок спрямований на пошуки способів інтеграції: M. Schottenbauer (2005) представив класифікацію методів інтеграції психотерапевтичних шкіл, а саме — асимілятивна (просте об'єднання технік та теорій), послідовна та паралельно-конкуруюча (певний вид психотерапії в певний період часу з певною лікувальною метою), теоретично представлена інтеграція (створення універсальної метатеорії) та технічний еклектизм (об'єднання без теоретичної основи, з урахуванням досліджень ефективності). Останній підхід стосується об'єднання психотерапії з іншими нейронауками (нейроімуноендокринологією, психофізіологією та ін.), що дозволяє з позицій доказової медицини визначити ефективність психотерапевтичного втручання. Так, за даними нейрофізіології, транквілізатори діють тільки на усвідомлені емоційні реакції та потяги і майже не діють на неусвідомлені (Э. А. Костандов, 1994). Відповідно, щоб покращити лікувальний ефект, необхідно психотерапевтично підвищити усвідомлення.

Інтеграція перелічених підходів дозволила нам запропонувати таку класифікацію спільних факторів дії на основі нейрофізіологічного механізму впливу психотерапевтичних методів на організм людини: безпосереднє научіння (прямий вплив на дезадаптивні патерни поведінки, методи протиобумовлення, десенсибілізації, стимульний контроль); опосередковане научіння (методи підвищення усвідомлення, інсайт); фактори покращання научіння (катарсис, емпатія, психотерапевтичний альянс, фармакотерапія, соматичний стан пацієнта). Комплексний підхід до факторів дії дає можливість розробити раціональний інтегративний підхід до лікування пограничних та субклінічних розладів психіки, особливо в первинній мережі.

УДК 616.379-008.64:616.1:615.85

ФЕНОМЕН ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЇ ЯК ОБЛІГАТНИЙ СИМПТОМ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З МСХ

О. О Хаустова., І. В Лазебник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Ключові слова: психосоматичні розлади, тривожні розлади, метаболічний синдром Х, серцево-судинні захворювання

Гіпервентиляція, тривожні розлади та метаболічний синдром *Х* клінічно пов'язані між собою. Метою нашого дослідження було виявлення прихованих симптомів тривожних розладів та пов'язаних з ними вегетовісцеральних симптомів. Ми обстежили 183 пацієнти з тривожними розладами, з них пацієнти з метаболічним синдромом *Х* (97 осіб — основна група), пацієнти без метаболічного синдрому *Х* (86 осіб — контрольна група) з використанням гіпервентиляційної проби за такою методикою — 2-разове виконання такого навантаження: десять швидких, форсованих, глибоких вдихів-видихів з наступною затримкою

дихання на десятому повному, глибокому вдохові до появи бажання дихати (заявка на патент № u 2010 04106 від 08.04.2010). За нашими спостереженнями, зазвичай симптоми з'являлись на 8—10 вдиху і перших 15—25 секундах затримки дихання (тривога, паніка, відчуття задухи, запаморочення та ін.).

При проведенні гіпервентиляційної проби у пацієнтів з метаболічним синдромом *X* поряд з соматичними ознаками гіпероксигенації (які мали дуже широкий спектр та інтенсивність) виникали панічні атаки в 83,5 %, у пацієнтів загальної популяції вони виникали в 10,5 %, соматичні прояви були також менш виражені та відрізнялись меншим спектром проявів. Так, у пацієнтів основної групи психічні симптоми були представлені тривогою — 97 осіб (100 %), неспокоєм — 97 осіб (100 %), збудженням — 68 осіб (70,1 %), дереалізацією — 55 осіб (56,7 %), деперсоналізацією — 56 осіб (57,7 %), страхами — 81 особа (83,5 %), зниженням концентрації уваги — 90 осіб (92,8 %), погіршенням пам'яті — 74 особи (76,4 %), звуженням свідомості — 17 осіб (17,5 %), плаксивістю — 28 осіб (28,9 %).

Більшість пацієнтів, яким проводилась гіпервентиляційна проба, відмічали покращання свого самопочуття через 5—15 хвилин після виконання гіпервентиляційної проби (85 осіб — 87,6 % з метаболічним синдромом *X* та 64 особи — 74,4 % контрольної групи), зниження напруги та рівня тривоги, супутніх соматичних симптомів в порівнянні із своїм станом до виконання гіпервентиляційної проби. Механізм покращання — умовно-рефлекторне підвищення стійкості до гіпероксігенації та гіпокапнії, що пов'язані з розвитком тривоги. Ми рекомендували пацієнтам виконувати дихальні вправи на зразок виконаної ними гіпервентиляційної проби двічі в день (вранці та ввечері), пацієнтам з панічними розладами рекомендувалось зупиняти розвиток нападу аналогічними дихальними вправами. Вже через 2 тижні — місяць вони відмічали зникнення чи значне ослаблення психічних та вегетовісцеральних проявів під час виконання ними гіпервентиляційної проби. Найбільш ефективною проба показала себе при тривожно-фобічних розладах, панічних розладах, посттравматичному стресовому розладі, розладах адаптації, органічному тривожному розладі. В усіх випадках було відмічено високу діагностичну ефективність, яка дозволяє виявити приховану тривогу та пов'язані з нею вісцеро-вегетативні симптоми. Спосіб простий, швидкій у виконанні та не потребує додаткового обладнання.

На нашу думку, застосування комплексної психолого-психіатричної діагностики, раннє психотерапевтичне лікування з використанням дихальних вправ на гіпервентиляцію, когнітивно-біхевіоральної, гіпносуггестивної та умовно-рефлекторної психотерапії не тільки має підвищити швидкість та якість одужання, але й сприятиме суб'єктивному задоволенню пацієнтів якістю лікування та життя.

УДК 616.895.8-058

СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З АНГЕДОНІЄЮ

О. О. Хаустова, Н. М. Орлова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: шизофренія, постпсихотична депресія, депресивний розлад, ангедонія, якість життя

Вплив ангедонії та негативного афекту на соціальне функціонування хворих з шизофренією залишається однією з актуальних проблем сучасної психіатрії. Неможливість виконувати повсякденну діяльність способом та в об'ємі, звичайних для людини, створює перешкоди у соціальному середовищі, ставить хворого в незручне становище порівняно зі здоровими та проявляється обмеженням життєдіяльності і призводить до соціальної дезадаптації, — виявляється нездатність людини виконувати звичайну для її становища роль у суспільстві.

Метою дослідження було виявлення впливу ангедонії на рівень непрацездатності та соціального функціонування, визначення якості життя хворих на шизофренію з переважанням негативної симптоматики (НШ) та на постпсихотичну депресію (ППД) в порівнянні з показниками хворих на депресивний розлад (ДР). Для визначення рівня ангедонії використовували шкалу ангедонії Чапмана. Для оцінки рівня недієздатності застосовували шкалу недієздатності Шихана. Шкалу GAF використовували для загальної оцінки когнітивних функцій та соціального функціонування

Було обстежено 272 особи, визначено 2 основних і контрольну групи (115 хворих на параноїдну шизофренію з переважанням негативної симптоматики, 90 хворих з постпсихотичною депресією, 67 хворих з депресивним синдромом в структурі афективних розладів). Кількість чоловіків — 59,19 %, жінок — 40,81 %, середній вік всіх респондентів склав 34,98 ± 0,64 років. У 57,72 % хворих спостерігалась ангедонія. Загальний рівень ангедонії в усіх групах сягав легкого ступеня (31,13 ± 1,54). В усіх групах недієздатність сягала високого рівня. В групі НШ з ангедонією рівень недієздатності мав достовірну різницю ($p \le 0,05$) та позитивно корелював з контрольною групою хворих з ангедонією (R =0,343). В групі НШ у пацієнтів з ангедонією спостерігались значні порушення функціонування в когнітивній сфері (робота/навчання) та сфері «спілкування з іншими людьми», в порівнянні з хворими без ангедонії. У цих хворих спостерігались порушення помірного ступеня. В сфері «сімейне життя/домашні обов'язки» в усіх пацієнтів спостерігалось помірне порушення. Проте слід зауважити, що була достовірною різниця показників у пацієнтів з ангедонією в сфері «спілкування з іншими людьми» ($p < 0,05$; $r = 0,329$) та сімейне життя/домашні обов'язки ($p < 0,01$; $r = 0,385$). В групі хворих з ППД з ангедонією спостерігалося більш виражене порушення в усіх трьох сферах. Найбільш вразливою була когнітивна сфера (робота/навчання) — значний ступень порушення. В сфері «спілкування з людьми» ($p < 0,01$; $r = 0,428$) та «сімейне життя/домашні обов'язки» ($p < 0,01$; $r = 0,598$) виявлені помірні порушення, однак ці порушення мали достовірну різницю проти пацієнтів цієї групи без ангедонії. У пацієнтів без ангедонії спостерігалися помірні порушення в усіх сферах життєдіяльності. В групах ППД та НШ спостерігалось значне зниження виконання когнітивних функцій стосовно до освіти та соціально-економічного статусу. Спостерігалися важки когнітивні порушення, що заважали активності в різних областях соціальної та професійної діяльності або навчанню. Тобто пацієнти потребували допомоги в побуті вдома або в закладах по догляду за хворими. Проте в контрольній групі спостерігалися виражені когнітивні порушення та виражені порушення соціальної та професійної діяльності, але пацієнти були здатні до самостійного життя, з деякою допомогою в побуті. Тривале перебування в лікарні майже в усіх хворих супроводжувалось почуттям безпорадності, як стосовно безпосереднього оточення та медичного персоналу, так стосовно себе. Найбільш негативний вплив на загальне враження від перебування в лікарні робила ізоляція, неможливість самореалізації, задоволення загальнолюдських потреб, відчути свою належність до будь-якого товариства.

Отримані результати, виявили погану якість життя у пацієнтів з ангедонією в усіх трьох групах дослідження. В групі хворих з НШ якість життя була достовірно більш вираженою ($p \le 0,05$; $r = -0,282$) ніж у контрольній групі. Проте у пацієнтів без ангедонії в усіх трьох групах спостерігалася задовільна якість життя.

Таким чином, проаналізувавши отримані результати, можна зробити висновок про те, що наявність ангедонії в клінічній картині шизофренії робить сприятливим підґрунтя для погіршення когнітивних показників, порушення спілкування та нездатність виконувати свої домашні та сімейні обов'язки, та погіршує якість життя хворих.

УДК 616.8-008.64:616.89-008.441.44-08

ПРОБЛЕМАТИКА ВОПРОСОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ И ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

М. А. Хоменко

Городской психоневрологический диспансер № 3, г. Харьков

Ключевые слова: суицидальное поведение, депрессивные расстройства, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, профилактика суицида литием, когнитивно-поведенческая терапия

В последние годы вопрос эффективного и безопасного лечения депрессии и профилактики суицидального поведения остается открытым, несмотря на множество публикаций по данным аспектам.

Препаратами первой линии выбора для лечения депрессивных расстройств считают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Препараты данного фармакологического класса имеют значительно лучший профиль переносимости и безопасности по сравнению с трициклическими антидепрессантами (ТЦА) и ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО). Однако существует ряд исследований, иллюстрирующих данные о том, что первые недели лечения СИОЗС связаны с повышенным риском суицидального поведения. Кроме того, многие авторы указывают на отсутствие прямых доказательств снижения суицидальной активности на фоне длительной антидепрессивной терапии, что ставит много вопросов об эффективности терапевтических мер, однако данный вопрос является довольно дискутабельным и требует более глубоких исследований. С целью предотвращения суицидальных тенденций в первые недели лечения антидепрессантом необходимо проводить разъяснительную информативную беседу с пациентами, их опекунами и родственниками, чтобы пациенты имели возможность делать осознанный выбор и получать соответствующий контроль со стороны родных, особенно это касается пациентов подросткового возраста, у которых отмечается достоверное преобладание устойчивости суицидальных тенденций и высокая распространенность психических и поведенческих расстройств непсихотического регистра. При назначении антидепрессанта пациенту с суицидальной готовностью следует помнить, что частым выбором способа суицида является самоотравление антидепрессантами. В этом случае назначение СИОЗС имеет также и превентивный характер, так как препараты данной группы имеют низкую токсичность, по сравнению с ТЦА и ИМАО.

Ряд исследований показал высокую эффективность лития в предотвращении случаев суицида и преднамеренного самоповреждения у пациентов с расстройствами настроения.

Также по данным исследований эффективным решением в терапии депрессивных расстройств является когнитивно-поведенческая терапия. Авторы отмечают, что при использовании данного метода показатели клинической эффективности лечения и уровня качества жизни были довольно высокими. На данный момент эти программы активно используются в Англии, Уэльсе, Северной Ирландии и Нидерландах.

Особый упор в вопросах профилактики суицидальной активности и депрессивных расстройств суицидологи делают на методы превентивного характера. Проводимые исследования показали, что меры, направленные на устранение факторов риска, имеют высокий результат в профилактике депрессии и суицидальной активности. Активно обсуждается роль никотиновой зависимости и алкоголизации в развитии депрессий и суицидальных тенденций. Так, суицидальные попытки довольно часто совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Кроме того, данные эпидемиологических исследований показывают, что курение часто сопутствует депрессии.

Вопросы терапевтических и превентивных мер для депрессивных расстройств и суицидальных тенденций активно изучаются и имеют широкую дискуссию в научно-практических кругах мира.

УДК 615.85:159.96:616.1

ПОЕТАПНА СИСТЕМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХОДІВ В ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

О. С. Чабан[2], *О. О.*[1]*Хаустова*[2], *Н. М. Степанова*[2], *О. Ю. Жабенко*[2]

[1]*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця;*
[2] *Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*

Ключові слова: непсихотичні тривожно-депресивні розлади, серцево-судинні захворювання, медико-психологічні заходи, ефективність

В межах НДР «Медико-психологічні аспекти розвитку і перебігу хвороб системи кровообігу» на базі Інституту кардіології ім. Н. Д. Стражеско АМН України нами була розроблена та впроваджена поетапна 5-крокова ***система медико-психологічних заходів*** терапії непсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектра при гострому інфаркті міокарду та артеріальній гіпертензії. Вона складалася з чотирьох етапів стаціонарного лікування та одного етапу амбулаторного лікування і реабілітації. За цим алгоритмом нами було проліковано 246 пацієнтів. Ефективність терапевтичного комплексу підтверджена: покращанням фізичного та соціального функціонування за GAF на 28,1 %; зниженням кількості виникнення тривожно-депресивних розладів на 32,4 % у порівнянні з контрольною групою впродовж першого року програми; зниженням смертності в групі за даними трьохрічного катамнезу на 46,2 %, в порівнянні з тими, хто не пройшов реабілітацію, що корелює з даними аналогічних іноземних літературних джерел.

Седативно-адаптуючий (I етап) перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (до 7 днів) — характеризувався короткостроковою психотерапевтичною інтервенцією зі сполученим застосуванням методів «малої» і «великої» психотерапії (раціональної, сімейної) з включенням в психотерапевтичний процес медичного персоналу загальної медичної практики, спрямований на формування комплайєнсу та профілактику ятрогеній.

Психодіагностичний (II етап) перебування у відділенні реабілітації інфаркту міокарду (до 2 днів) — визначення «мішеній» психотерапевтичного впливу.

Лікувально-коригуючий (III етап) перебування у відділенні реабілітації інфаркту міокарду (до 12 днів) характеризувався досягненням позитивної динаміки емоційного стану хворих; усвідомленням хворими зв'язку чинників і проявів розладів адаптації з особливостями їх особистості та поведінки, конфліктами, невирішеними емоційними проблемами; корекцією масштабу переживання хвороби, її соціальної значущості; перебудовою особистості хворого, системи його відносин, реадаптацією в макро- та мікросоціальному середовищі за допомогою активної психотерапевтичної інтервенції (індивідуальна (та групова ПТ) за допомогою казуальної, сімейної та когнітивно-біхевіоральної психотерапії (КБТ)) спрямованої на створення умов до зміни життєвої стратегії.

Профілактично-підготовчий (IV етап) перебування в відділенні реабілітації інфаркту міокарду (до 2 днів) забезпечував закріплення досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції, скоригованої системи життєвих цілей, цінностей, ставлення до захворювання, свого «Я» та оточуючого середовища. Включав індивідуальну (1 сеанс) та групову ПТ (1 сеанс). Спрямований на супровід зміни життєвої стратегії тим же психотерапевтичним інструментарієм.

Реабілітаційний (V етап) в режимі амбулаторного лікування (на протязі не менш одного року) забезпечував закріплення досягнутого терапевтичного результату. Включав індивідуальну ПТ (не менш 12 сеансів). Спрямований на покращання стану здоров'я та якості життя пацієнтів при зміні життєвої стратегії, використовуючи той же психотерапевтичний інструментарій.

УДК 616.895.8: 57.02: 616-092.4+ 616-07

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С. А. Чижова, И. В. Илиади, А. В. Ежов

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Ключевые слова: методы, психосоциальная реабилитация, шизофрения

Необходимость совершенствования психотерапевтических программ для пациентов обусловлена наличием значительного круга социально-психологических проблем современного общества, высокой долей явных и латентных психических расстройств. В современных условиях возможно применение широкого спектра психотерапевтических методик, в частности арт-терапии, в виде психодрамы, работы с глиной, песком, изотерапии, библиотерапии, сказкотерапии, маскотерапии и других форм. Анализ современных исследований по терапии искусством показывает, что арт-терапия является способом эмоциональной разрядки, ускоряет прогресс в терапии, дает основания для интерпретаций и диагностической работы в процессе терапии, помогает укрепить терапевтическое взаимоотношение, способствует возникновению чувства внутреннего контроля и порядка, развивает внимание к чувствам, усиливает ощущение собственной личностной ценности.

В соответствии с современными подходами к проблеме лечения психических заболеваний именно реабилитация должна стать одним из главных звеньев в общей структуре комплексной психиатрической помощи. В связи с этим необходим переход от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальной, на которой и базируется современная реабилитация.

Основу научной работы составили клинико-психопатологические, этологические, психологические, патопсихологические методы. В структуре клинико-психопатологического анализа состояния пациентов использовались методики психиатрического интервьюирования, а также критерии диагностики в соответствии с МКБ-10. Этологический анализ по методике В. П. Самохвалова охватывал регистрацию основных компонентов невербального проявления эмоций.

Эффективность применения арт-терапевтических техник в структуре комплексной реабилитации, а также психический статус пациентов оценивали при помощи «Краткой психиатрической оценочной шкалы — BPRS», шкалы «Gottfries-Bråne-Steen — GBS, шкалы качества жизни «SF-36».

Объект исследования составили 60 больных шизофренией: 30 больных (15 мужчин и 15 женщин), принимающих только фармакотерапию, и 30 (15 мужчин и 15 женщин) пациентов, получающих комплексную биопсихосоциальную помощь (фармакотерапия, арт-терапия, психосоциальная реабилитация). Обе группы сопоставимы по клиническим диагнозам, длительности заболевания, полу, возрасту, дозировкам медикаментозных средств.

Полученные в ходе начального исследования данные показывают целесообразность применения арт-терапевтических методов в структуре лечебно-реабилитационной схемы — выявляется положительное влияние использованных техник на стабилизацию психического состояния, мобилизацию когнитивных функций и личностных ресурсов пациентов, преодоление негативных последствий болезни, связанных с «синдромом госпитализма», потерей трудоспособности и ограничением социальных контактов, отмечена позитивная динамика в коммуникативной, познавательной и эмоционально-волевой сферах.

УДК 616.89-08:362.853

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

І. В. Шалашова, Л. І. Дьяченко, О. В. Сергієнко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: тенденції, розвиток, охорона, психічне здоров'я

Психічне здоров'я є найважливішою складовою високого рівня якості життя. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим чинником соціальної єдності, продуктивності праці, суспільного спокою, що сприяє підвищенню благополуччя та економічного розвитку суспільства. На жаль, на долю психічних розладів припадає практично 12 % глобального тягаря хвороб. До 2020 р. можна чекати, що на їх частку припадатиме близько 15 % років життя втрачених внаслідок інвалідності (за розрахунками за допомогою індексу DALY). Встановлено, що максимальний тягар психічних розладів доводиться нести людям молодого віку, найбільш продуктивній групі населення. У найближчі десятиліття країни, що розвиваються, швидше за все, зіткнуться з непропорційно різким збільшенням числа психічних розладів. Але поряд з цим, в усіх частинах світу люди, що страждають на психічні захворювання, стикаються із стигматизацією і дискримінацією.

Також спостерігається значний розрив між тягарем психічних розладів і ресурсами, що виділяються на охорону психічного здоров'я. Повсюдно спостерігаються проблеми з недостатнім фінансуванням служб охорони психічного здоров'я, що особливо помітно в країнах, що розвиваються. Економічні і соціальні витрати, пов'язані з психічними розладами, падають на плечі суспільства в цілому, уряду, самих пацієнтів, членів їх сімей і осіб що забезпечують догляд. Найбільш очевидним економічним тягарем будуть прямі витрати на лікування. Багато психічних розладів мають хронічний перебіг або рецидивуючий характер. А це вимагає тривалого лікування і догляду або курсів терапії, що повторюються.

Як правило, в більшості країн, що розвиваються, психіатричні послуги досить дефіцитні, охоплюють невелику частку населення, а служби стикаються з гострою нестачею фінансових і кадрових ресурсів. Також існує комплексний двосторонній взаємозв'язок між психічними і фізичними порушеннями. Неліковані психічні розлади можуть призводити до несприятливих результатів супутніх хвороб фізичного тіла. Особи з психічними розладами схильні до підвищеного ризику соматичних розладів внаслідок зниження імунітету, недбалого ставлення до свого здоров'я, недотримання призначених схем лікування і бар'єрів до отримання необхідного лікування порушень фізичного здоров'я. Люди з хронічними соматичними порушеннями значно більше інших людей схильні до розвитку психічних розладів. Таким чином, одним з ключових завдань для країн, що розвиваються, стає розширення охоплення послугами в галузі психічного здоров'я значної частки населення, чому сприятиме інтеграція подібних послуг до установ первинної ланки системи охорони здоров'я.

Тому основними положеннями реформи охорони психічного здоров'я має бути: поглиблення обізнаності населення з питань охорони здоров'я; вдосконалення допомоги хворим на психічні розлади, методичних документів; розробка і адаптація сучасних протоколів надання психіатричної допомоги та перегляд існуючих, доповнення штатного розкладу закладів; інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему загальної охорони здоров'я для забезпечення доступності психіатричної допомоги; залучення пацієнтів та їх родичів, громадських організацій пацієнтів та осіб, що ними опікуються, до надання психіатричної допомоги; збільшення долі фінансування системи охорони здоров'я, що виділяються на психічне здоров'я, відповідно до тягаря психічних розладів.

УДК 616.89-057-85:615.214

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У ЛІКАРІВ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: терапевтичний альянс, медичний заклад психоневрологічного профілю, реабілітація, лікувальний процес, лікарі

В теперішній час лікувально-реабілітаційний процес в психіатрії та неврології незалежно від його конкретного змісту і специфіки є не тільки медичним, але і складним психосоціальним процесом. В цьому контексті набуває особливої важливості необхідність враховувати значущі психологічні характеристики всіх учасників лікувального процесу, в тому числі особливості взаємовідносин та взаємодій лікаря і пацієнта. Тому однією з актуальних задач є дослідження терапевтичного альянсу (ТА), якість якого значною мірою впливає на успішність всього лікувально-реабілітаційного процесу.

У дослідженні застосовували авторську методику для оцінки типу ТА, а також анкету, спрямовану на вивчення відносин «лікар — пацієнт».

Обстежено 28 лікарів, з них 13 неврологів та 15 психіатрів.

У результаті дослідження було визначено основні типи терапевтичного альянсу, а саме — партнерський, регламентуючий, емпатійний та формальний. Показано, що за оцінками як неврологів, так і психіатрів в характері стосунків «лікар —пацієнт» домінують риси партнерського (79,55 ± 16,42 та 84,28 ± 16,11 балів) та регламентуючого (75,55 ± 12,40 і 70,78 ± 16,18) типів терапевтичного альянсу. Слід зазначити, що риси емпатійного типу ТА переважають у психіатрів (69,00 ± 12,42) порівняно з неврологами (60,07 ± 11,15), $p < 0,05$.

На наш погляд, терапевтичний альянс — динамічна, складноорганізована система міжособистісних взаємовідносин та взаємодій лікаря і пацієнта, що складається в ході лікувально-реабілітаційного процесу та впливає на його ефективність і включає поведінкову, мотиваційну та емоційну складові. В структурі ТА лікарів більш сформованою є поведінкова складова, тобто як неврологи, так і психіатри більш схильні до власної поведінкової активності в спілкуванні з хворими. Однак на рівні установок лікарі припускають можливість власної активності хворих в умовах лікувального процесу. Показники емоційної складової ТА свідчать, що в стосунках з пацієнтами лікарі рівною мірою переживають як позитивні, так і негативні емоції.

Таким чином, за оцінками всіх лікарів, що працюють в медичному закладі психоневрологічного профілю, у терапевтичному альянсі переважають риси партнерського та регламентуючого типів. В стосунках з пацієнтами для лікарів характерна висока власна поведінкова активність, а також широкий діапазон емоційного реагування.

УДК 616-085:616.8-091.93:615.86

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ЗА ОЦІНКАМИ ХВОРИХ НА ОСНОВНІ НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: терапевтичний альянс, медичний заклад психоневрологічного профілю, реабілітація, лікувальний процес, хворі

На сучасному етапі розвитку медицини необхідно розглядати хворого не тільки як суб'єкта хвороби, але і як суб'єкта лікувального процесу, що бере участь в ньому, переживає його і впливає на його ефективність. Необхідним є новий погляд на реалії психологічних процесів, які відбуваються під час лікування. Тому однією з актуальних задач сучасної медичної психології є дослідження та оптимізація психологічних факторів лікувального процесу, зокрема терапевтичного альянсу (ТА).

У дослідженні застосовували авторську методику для оцінки типу ТА, а також анкету, спрямовану на вивчення відносин «лікар — пацієнт».

Було обстежено 35 хворих, з них 19 на неврологічні розлади (НР) та 16 хворих на психічні розлади (ПР).

Визначено основні типи терапевтичного альянсу, а саме — партнерський, регламентуючий, емпатійний та формальний. За результатами дослідження, хворі оцінюють терапевтичний альянс з лікарем переважно як партнерський, причому дана оцінка достовірно переважає у хворих на психічні розлади (75,00 ± 30,89 балів та 93,33 ± 10,32 відповідно ($p < 0,05$)). В найменшому ступені хворі відмічали риси формального типу ТА у відносинах «лікар — пацієнт», однак у хворих на ПР дана оцінка зустрічається достовірно частіше в порівнянні з хворими на НР (28,33 ± 19,92 та 43,33 ± 19,66 відповідно ($p < 0,05$)).

На наш погляд, терапевтичний альянс є складною системою взаємовідносин та взаємодій лікаря і пацієнта в лікувально-реабілітаційному процесі, що впливає на його ефективність і включає поведінкову, мотиваційну та емоційну складові. В структурі ТА у хворих на ПР поведінкова складова є достовірно менш вираженою у порівнянні з хворими на НР (42,00 ± 18,35 та 61,76 ± 21,84 відповідно ($p < 0,05$)), тобто в стосунках з лікарем хворі на психічні розлади більшою мірою проявляють пасивність, очікуючи активної поведінки і допомоги від лікаря. Установки на активну поведінку в ході лікувального процесу також дещо переважають у хворих на НР. Показники емоційної складової ТА свідчать, що в стосунках з лікарями всі хворі проявляють як позитивні, так і негативні емоційні реакції.

Визначено, що в усіх хворих існує позитивна кореляція між емоційною та поведінковою складовою ТА ($r = 0,665$, $p < 0,01$), тобто чим більш емоційно позитивними є стосунки з лікарем, тим активніше в процесі лікування поводяться пацієнти. Також зі збільшенням кількості госпіталізацій у хворих спостерігається тенденція до підвищення мотивації власної активної поведінки в рамках стосунків «лікар — пацієнт» ($r = 0,467$, $p < 0,05$).

Таким чином, за оцінками хворих на основні неврологічні та психічні розлади в стосунках «лікар — пацієнт» мають місце ознаки всіх типів терапевтичного альянсу, проте в цілому переважають риси партнерського типу. В ході лікувального процесу для всіх груп хворих характерним є середній рівень власної поведінкової активності в стосунках з лікарем в сполученні з емоційними реакціями як позитивного, так і негативного спектра.

УДК 616.853-055.1:616.89-008.442

СЕКСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА СІМЕЙНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЧОЛОВІКІВ З ЕПІЛЕПТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ

В. В. Шиндер
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: сексуальна дисфункція, сімейна дезадаптація, епілепсія

Епілепсія та епілептичні синдроми є одними з найпоширеніших захворювань в клініці психіатричного та неврологічного профілю, що призводять до розвитку сексуальної дисфункції, знижують якість життя, спричиняють соціальну дезадаптацію та дисгармонію подружнього життя.

На сьогодні спектр проявів епілепсії активно досліджується фахівцями, що дозволило розширити розуміння цієї хвороби як проблеми.

Метою нашої роботи було дослідження рівня сімейної дезадаптації у чоловіків з епілепсією.

Обстежено 32 хворих на епілептичну хворобу, всі чоловіки, віком від 21 до 59 років. Дослідження проводили анонімно за допомогою клініко-анамнестичного, патопсихологічного методів обстеження з використанням сексологічних карток-опитувальників. Пацієнти були поділені на 2 групи: перша група — 22 чоловіка (68,7 %), які не були одруженими, друга група— 10 (31,3 %) пацієнтів, що перебували у шлюбних відносинах.

Нами встановлено, що у чоловіків першої групи статеві контакти характеризувалися переважно проміскуїтарним характером, в другій групі на фоні шлюбного життя у переважної більшості чоловіків відмічалися асинхронії статевої взаємодії з дисгармонією міжособистісних відносин.

Таким чином, епілептична хвороба у чоловіків впливає на розвиток сексуальної дисфункції, призводить до розладу міжособистісних відносин, сприяє розвитку сімейної дезадаптації та соціальної взаємодії.

УДК 616.127-005.0:616.8

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИПІВ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ ТА СУБ'ЄКТИВНИХ СКАРГ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

О. С. Юрценюк, О. Ю. Поліщук, О. М. Пендерецька

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: типи реагування на хворобу, ішемічна хвороба серця (ІХС)

Робота базується на обстеженні 130 хворих (70 чоловіків та 60 жінок), що перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагнозом ішемічна хвороба серця, «гострий інфаркт міокарда», стенокардія напруги II—IV ФК, післяінфарктний кардіосклероз

Ретельно проводився збір анамнезу. При цьому, крім наявності в минулому кардіологічних захворювань, враховували такі скарги як головний біль, серцебиття, запаморочення, похитування при ходьбі, втомлюваність, пітливість, зниження апетиту, запори, порушення сну та пам'яті. Для визначення типів реагування на хворобу використовували тест для виявлення невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич).

З урахуванням типів реагування на хворобу встановлено, що пацієнти з тривожним типом реагування на хворобу найчастіше скаржились на серцебиття (81,8 %), порушення сну (86,3 %), підвищену втомлюваність (77,2 %) та пітливість (63,6 %), в той час як найбільша різниця між значенням здоров'я та нездоров'я відмічалася у таких скаргах як погіршення пам'яті, серцебиття, пітливість. Задишку відзначали у себе 70 % опитаних. При істеричному типі реагування на хворобу найбільш характерними скаргами були підвищена втомлюваність (90 %), зниження працездатності (90 %), порушення сну (75 %) та похитування при ходьбі (75 %); запаморочення, погіршення пам'яті та підвищена пітливість відповідно — 65 %, 45 %, 60 %. Для людей з невротично-депресивним типом реагування на хворобу найбільш характерні такі скарги як серцебиття (90,4 %), зниження працездатності (90,4 %), порушення сну (85,7 %), виражений головний біль (80,9 %), пітливість (61,9 %), в той час як зниження апетиту відмічали у себе 38 %, запаморочення 57,1 % та порушення пам'яті — 42,8 %. При обсесивно-фобічних розладах найчастішими скаргами є зниження працездатності, порушення сну та підвищена втомлюваність — 83,3 % опитаних. На запаморочення та підвищену пітливість скаржились 61,1 %. У пацієнтів з астенічним типом реагування на хворобу бувають такі скарги: підвищена втомлюваність (90,9 %), порушення сну (86,3 %), зниження працездатності (81,8 %), серцебиття (81,8 %), похитування при ходьбі (71,2 %). Пітливість та погіршення пам'яті спостерігали у себе відповідно 63,6 % та 36,3 % хворих.

Усі типи реакцій на хворобу супроводжувались різноманітними вегетативними розладами, які були характерні як для жінок, так і для чоловіків. Більшість опитаних скаржились на підвищену втомлюваність та зниження працездатності (89,4 %), задишку та серцебиття (84,2 %), запаморочення (73,6 %), порушення сну (68,4 %), запори (36,8 %), пронос (15,7 %).

Визначення типу реакції на хворобу у пацієнтів з ІХС дозволяє правильно оцінити суб'єктивні прояви основного захворювання та відмежувати скарги, які обумовлені психологічними чинниками та характерологічними особливостями пацієнта.

УДК: 616.89-008.454:616.127-005.8]-085

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНОСТІ, НАСТРОЮ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

О. С. Юрценюк, С. С. Ротар, І. Ю. Блажіна

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: самопочуття, активність, настрій, тривожність, ішемічна хвороба серця

Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда належать до психосоматичної патології. Це означає, що соматичне захворювання розвивається за постійної та безпосередньої участі психічного фактору.

Дана робота базується на обстеженні 78 хворих (39 чоловіків та 39 жінок), що перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагнозом «Ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда».

Рівень особистісної та ситуативної тривожності встановлювали за відомою методикою Чарльза Спілбергера (з двох шкал — запитання з 1 по 40). Для виявлення рівня самопочуття, активності та настрою користувалися тестом «САН», що складається з 30 полярних суджень стосовно стану пацієнта на момент опитування. Оцінку результатів проводили відповідно до норм: для самопочуття — 5,4; для активності — 5,0; для настрою — 5,1

Встановлено, що серед хворих на інфаркт міокарда більшість складають особи з високим рівнем особистісної тривожності — 61,53 %, пацієнтів з середнім рівнем особистісної тривожності було 38,47 % , низький рівень тривожності в обстежених хворих не виявлений взагалі. За статевим розподілом у чоловіків частки пацієнтів з високим та середнім рівнем тривожності були практично однаковими (47,37 % пацієнтів з високим рівнем та 52,63 % з середнім), на відміну від жінок, в групі яких переважали особи з високим рівнем тривожності (71,43 % проти 28,57 %). Примітно, що в підгрупах з високим та середнім рівнем тривожності абсолютні значення також були вищими у жінок, ніж у чоловіків — 56,73 ± 4,38 проти 49,33 ± 3,74 балів ($p < 0,05$) для високого рівня тривожності, та 38,66 ± 4,15 проти 38,0 ± 3,54 ($p < 0,05$) для середнього рівня.

За результатами тестування осіб з високим рівнем особистісної тривожності за методикою САН встановлено, що знижений настрій був у 85,45 % хворих (3,56 ± 1,08 бали), знижене самопочуття та активність відповідно у 87,55 % (3,9 ± 0,78 бали) та 86 % (4,11 ± 0,98 бали), отримані результати були дещо вищими у осіб з середнім рівнем особистісної тривожності: знижений настрій 85,4 % (6,29 ± 1,40 бали), самопочуття 83,3 % (3,53 ± 1,08 бали) та активність 77,05 % (3,7 ± 1,20 бали).

Високий рівень особистісної тривожності є більш характерним для жінок, на відміну від чоловіків, у яких при меншому рівні особистісної тривожності значно переважає тривожність ситуативна. Рівень особистісної тривожності є впливовим чинником розвитку інфаркту міокарда і може розцінюватись як підсилююча компонента традиційних факторів ризику. Провідним чинником ризику виникнення інфаркту у таких осіб є емоційне перенапруження.

НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

БЛОКАТОРЫ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ И СТАНДАРТНЫЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

А. С. Авраменко, И. В. Линский

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

Ключевые слова: опиоиды, зависимость, рецидив, профилактика, реабилитация, блокаторы опиатных рецепторов

Цель исследования — сравнительная оценка противорецидивной эффективности блокаторов опиатных рецепторов длительного действия (БОР-ДД) на основе налтрексона гидрохлорида и стандартных безмедикаментозных реабилитационных программ (БРП).

Сравнение проводилось на протяжении 12 месяцев в двух параллельных группах пациентов, зависимых от опиоидов, прошедших детоксикацию. Члены группы I (n = 8) получали с периодичностью 2 месяца подкожные имплантации БОР-ДД с короткими психотерапевтическими интервенциями по программе BRENDA, а члены группы II (n = 9) направлялись в реабилитационные центры (РЦ) Германии, работающие по БРП «12 шагов» (альтернатива тюремному заключению, как дополнительный мотивационный стимул).

К концу 12-го месяца: в группе I, состоящей из 8 чел.: 5 — не принимали наркотики, а оставшиеся 3 — отказались от лечения на имплантациях № 2, № 3 и № 4, соответственно (т. е. через 2, 4 и 6 мес. после начала терапии); в группе II из 9 чел.: 2 — не принимали наркотики (в т. ч. — 1 находившийся в тюрьме), остальные продолжали употреблять их, невзирая на «закрытый» режим в РЦ.

Вывод: использование блокаторов опиатных рецепторов длительного действия у лиц, зависимых от опиоидов, эффективнее, чем безмедикаментозных реабилитационных программ в условиях реабилитационных центров.

УДК 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ЛИПОПРОТЕИНОВ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ КАК МАРКЕРЫ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

А. А. Артемчук

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

Ключевые слова: алкогольная зависимость, липопротеины, ремиссия

Изучение динамики показателей обмена липопротеинов (ЛП) у больных с алкогольной зависимостью (АЗ) на этапах становления терапевтической ремиссии (I иссл. — алкогольная интоксикация; II иссл. — острое состояние лишения алкоголя; III иссл. — купированный синдром отмены алкоголя; IV иссл. — ранний постабстинентный период; V — длительная ремиссия) после применения специально созданного фармакотерапевтического препарата адаптационно-метаболического действия «Композит» и стрессопсихотерапии по методу А. Р. Довженко выявили существенные изменения их содержания в сыворотке при III, IV и V исследованиях, что имеет важное прогностическое и клиническое значение.

Большой разброс в содержании хиломикронов (ХМ), липопротеинов промежуточной и низкой плотности (ЛПП, ЛНП (т. е. апоВ-содержащих ЛП) в сыворотке крови больных АЗ (по отношению к уровню при I иссл.) отражает состояние неустойчивого клинического и метаболического равновесия в раннем постабстинентном периоде (IV иссл.). В ремиссии (V иссл.) происходит относительная нормализация обмена ЛП, что выражается в уменьшении выраженности разброса уровней ХМ, ЛПП, ЛНП и ЛОНП (ЛП очень низкой плотности) в нативной и инкубированной сыворотке крови и отображает восстановление безалкогольного липопротеинового гомеостаза. Степень нормализации указанных параметров является объективным критерием произошедшего саногенеза и качества возникшей терапевтической ремиссии.

При анализе динамики уровней апоА-содержащих ЛП высокой плотности (подфракции 2в, 2а, 3) отмечается их неуклонное и достоверное увеличение от I до V иссл., что также является объективным отражением процессов саногенеза.

УДК 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

ПРОБЛЕМА АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

А. Ф. Артемчук

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

Ключевые слова: аддикция, адаптация, экология

Вопросы возникновения и лечения аддиктивных расстройств, в т. ч. состояний зависимости, представляют актуальную проблему современной медицины, психологии и социологии. Они, как правило, манифестируют в возрасте полового созревания, сохраняясь и развиваясь на протяжении жизни.

В числе основных характеристик аддиктивного поведения следует подчеркнуть такие:

- его тесную связь с личностью: аддикция, зависимость не является чем-то чуждым для данной личности; человек живёт с этим; аддикция входит в систему его ценностей, образ жизни и привычное поведение;
- проблема аддиктивных расстройств состоит не столько в том, что они есть, а прежде всего, в том, что у данного субъекта недостаточно выражены, не развиты нормальные влечения, которые отвечают за гармоничное поведение;
- аддикция представляет собой динамическую попытку определённого субъекта адаптироваться к условиям жизни, но не через механизмы здоровья, а через болезнь;
- наличие тесной связи аддиктивного поведения с недостаточным развитием четырёх врождённых программ-инстинктов, четырёх мощных природных влечений — полового, пищевого, самосохранительного и творчества; патология приобретённого поведения во многом определяется аномалиями основополагающих биологических врождённых программ;
- аддикции часто принимают форму психического расстройства и расстройства поведения, сверхценной идеи, навязчивого состояния, болезненного влечения, болезненной зависимости, образа жизни;
- в большинстве случаев аддиктивные расстройства носят сочетанный характер, т. е. различные формы зависимого поведения, болезненных влечений связаны между собой и легко переходят одно в другое.

Все аддиктивные расстройства можно разделить на: врождённые и приобретённые; сексуальные, пищевые, самосохранительные, «творческие»; химические и нехимические; психические, личностные, поведенческие и т. д.; социально-приемлемые и неприемлемые и т. д. Они могут иметь различную степень выраженности (патогенности): слабо выраженные, средне выраженные и сильно выраженные.

Каждую из выделенных форм вышеотмеченных психических расстройств и нарушений поведения можно детализировать. Химические аддикции могут принять характер алкогольной, никотиновой, наркотической и другой зависимости; нехимические аддикции можно разделить на игровые, сексуальные, криминальные, суицидальные и т. д.; пищевые аддикции включают поедание несъедобных

веществ, избыточный аппетит и вес, булимию, невротический отказ от приёма пищи, копрофагию, алкоголизм, никотинизм, наркоманию и т. д.; сексуальные аддикции имеют широкий спектр проявлений — садизм, мазохизм, оральная сексуальность, анальная сексуальность, зоофилия, некрофилия, асексуальность и т. д.; криминальные аддикции могут приобретать характер пиромании, клептомании, серийных убийств, дромомании и т. д. Все психические аддикции можно разделить на невротические, психопатические и психотические.

В современных условиях, с учётом существенных негативных изменений природной среды, действия многочисленных производственных вредностей, патогенных последствий нарушений экологии семьи, экологии периода внутриутробного развития, родов и экологии жизни, в целом, при лечении любых заболеваний, в т. ч. аддиктивных расстройств, главенствующее значение придаётся немедикаментозным методам, целительным народным технологиям, фитотерапии, гомеопатии, психотерапии, в частности экзистенциально- и духовно-ориентированной психотерапии, стрессопсихотерапии.

УДК 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЗАВЕРШАЮЩЕГО ПРОТИВОАЛКОГОЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

К. А. Артемчук, И. В. Линский

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

Ключевые слова: алкогольная зависимость, сенсибилизирующее лечение, психотерапия

Задачей нашего исследования была сравнительная оценка эффективности и безопасности применения препаратов дисульфирам — 15 чел. (I группа), цианамид (Колме) — 15 чел. (II группа) и стрессопсихотерапии — 15 чел. (III группа) на завершающем этапе лечения больных алкогольной зависимостью (АЗ). Пациенты всех групп в течение первых 10 дней получали стандартную комплексную фармакотерапию синдрома отмены алкоголя (СОА). Общая продолжительность исследования пациентов составила 90 дней, в течение которого они сделали 11 визитов к врачу.

В числе методов исследования: клинико-психопатологический (оценка интенсивности и структуры патологического влечения к алкоголю — глоссарий Н. В. Чередниченко, В. Б. Альтшулера), оценка тяжести синдрома отмены алкоголя (шкала «CIWA — Ar»), оценка динамики аффективного статуса на протяжении лечения (уровень реактивной и личностной тревоги по Спилбергеру — Ханину) и др.

Большинство пациентов вошли в возрастную группу 31—55 лет. Различий в возрастном, клиническом и социально-профессиональном аспектах между группами нет.

На одиннадцатые сутки с момента начала лечения в группах сравнения стандартная фармакотерапия прекратилась и пациенты I группы начали получать дисульфирам (по 250 мг 2 раза в день в течение 20 дней, затем по 250 мг 1 раз в день — ещё 60 дней). Пациенты II группы сравнения получали Колме (по 20 капель или 60 мг на полстакана воды 2 раза в день в течение 20 дней, затем по 20 капель 1 раз в день в течение 60 дней). Обследованные III группы проходили сеанс стрессопсихотерапии.

На протяжении первых 10 дней исследования клинических различий между пациентами в группах сравнения практически не было.

Оценка динамики алкогольных эксцессов на фоне проводимой сенсибилизирующей терапии дисульфирамом и Колме вызвало в I и II группах два особо опасных периода: с 5 по 40 день и с 55 по 90 день. После стрессопсихотерапии (III группа сравнения) пациенты полностью прекратили прием спиртного и срыв ремиссии в течение 11—90 дней имел место только в одном случае (у 6,7 %). Следовательно стрессопсихотерапия может быть эффективным заключительным этапом лечения после снятия СОА. Стрессопсихотерапия обеспечивает почти стопроцентное снятие влечения к алкоголю, причем без применения вредных для здоровья препаратов. Исследованием установлено также, что редукция патологического влечения к алкоголю происходит при приеме Колме быстрее, чем при лечении дисульфирамом (на 38,25 %). Щадящий эффект сенсибилизирующего действия Колме обеспечивает в 2,5 раза лучший результат, чем дисульфирам. Применение Колме не сопровождалось нежелательными явлениями.

УДК 616. 89-008.441.13-08-036.66

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ СТАНІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

О. В. Бараненко

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

Ключові слова: алкогольна залежність, протирецидивна терапія, налтрексон, цитопротектори

Одним з найбільш актуальних питань у сучасній наркології є розробка методів, що допомагають пацієнту уникнути рецидиву зловживання алкоголем після проходження дезінтоксикації. Як правило, не всі пацієнти згодні на тривалий прийом сенсибілізуючих до алкоголю засобів, внаслідок занепокоєння з приводу їх імовірної токсичності та небажаних ефектів у разі «випадкового» прийому алкоголю.

Нами запропонована методика протирецидивної терапії, що базується на застосуванні комплексної дії психотерапії для формування достатнього комплайєнсу та фармакотерапії цитопротектором триметилгідразінію пропіонатом та блокатором опіатних рецепторів налтрексона гідрохлоридом, які пригнічують патологічний потяг до вживання алкоголю, що дає можливість попереджувати зрив ремісії та рецидив і, відповідно, підвищити ефективність лікування (Патент № 44752 від 12.10.2009).

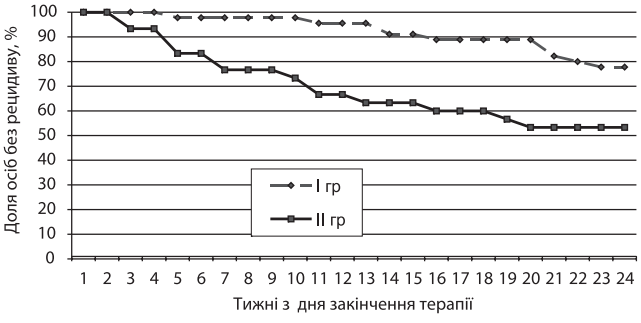
Мета роботи: розробити нові підходи до протирецидивної терапії та оцінити їх ефективність.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний; схильність до терапії за Каплан — Мейером, статистичні методи.

Усіх обстежених було поділено на дві групи: ті, що отримували додаткову підтримуючу терапію на фоні стандартного лікування (I гр., $n = 30$) та особи, що отримували стандартну терапію (II гр., $n = 30$). Спостереження для оцінки прихильності до терапії проводили на протязі 24 тижнів.

На клінічному рівні особи, що складали першу групу обстежених, відмічали меншу вираженість патологічного потягу до алкоголю, що проявлявся у вигляді нав'язливих думок про алкоголь, алкогольних сновидінь, а також дисфорічних проявів та негативізму щодо лікування. Також у першій групі було відмічено менше скарг на астенічні та астенодепресивні прояви.

Дані вивчення прихильності до терапії серед обстежених наведено на рисунку.



Дані вивчення прихильності до терапії за Каплан — Мейером

Як можна побачити, вже починаючи з п'ятого тижня спостереження почали проявлятися розходження у схильності до терапії між обстеженими першої та другої груп — у першій групі частка осіб без рецидиву склала 97,78 %; у другій підгрупі — 76,67 % ($p < 0,05$). На 11 тиждень спостереження частка осіб без рецидиву у першій та другій групах зменшилася до 95,58 % та 66,67 % відповідно ($p < 0,05$). На момент закінчення спостереження частка осіб без рецидиву була у першій групі, де обстежені отримували додаткову терапію 77,78 %, серед осіб з другої групи — 53,33 %, що достовірно менше, ніж у першій групі ($p < 0,05$).

Підтримуюча терапія, яка базувалася на комбінованому використанні антагоністів оплатних рецепторів та цитопротекторів у поєднанні із психотерапією, може допомогти досягти попередження рецидиву вживання алкоголю на протязі шести місяців. Достовірні розбіжності із групою, де проводилася тільки стандартна протиалкогольна терапія, проявилися починаючи із п'ятого тижня спостереження і зберігалися на протязі всього терміну спостереження.

УДК 616.89-008.47-008.19-056.7

АССОЦИАЦИЯ ГЕНА HTAS2R38 С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Т. М. Воробьева*, С. А. Павлович**, Л. Н. Пайкова*, В. Ф. Безруков**, Н. Б. Филимонова**, А. Г. Плотников***

** ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков;*
*** Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко;*
**** Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3*

Ключевые слова: аддикции, социальные фобии, ФТК-тест

Известно, что генетические факторы вместе со средовыми влияют на предрасположенность к различным аддикциям. Фенотипическим маркером, ассоциированным с повышенным влечением к алкоголю, является способность ощущать горький вкус фенилтиокарбамида (ФТК). Признак наследуется по аутосомно-доминантному типу и детерминируется геном hTASR38. Гомозиготы по рецессивному аллелю не обладают способностью ощущать горький вкус ФТК (нетестеры), а гетерозиготы и гомозиготы по доминантному аллелю входят в категорию тестеров. Известны факты об ассоциации гена с психофизиологическими особенностями человека и более высоким риском возникновения психических заболеваний у носителей рецессивных аллелей.

Целью работы явился поиск ассоциации между способностью ощущать горький вкус ФТК и аддиктивным поведением, а также эмоциональными нарушениями, в том числе у лиц с социальными фобиями, проходивших лечение в отделении подростковой психиатрии.

Среди лиц с социальными фобиями выявили повышенную частоту тестеров, в сравнении с контролем (пациенты без фобий и аддикций). Больные с социальной фобией, ощущающие горький вкус ФТК, обладали повышенной чувствительностью: отмечали горечь с первых секунд. Среди лиц с алкогольной зависимостью (АЗ) и у подростков с различными аддикциями частота нетестеров была выше, чем в контроле.

Полученные данные согласуются с данными зарубежных исследователей, свидетельствующими о повышенной частоте нетестеров среди лиц с АЗ, и о повышенной частоте тестеров среди лиц с эмоциональными нарушениями.

УДК 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТА AUDIT ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

О. В. Выглазова, И. В. Линский

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

Ключевые слова: периодические наркологические осмотры, тест AUDIT, адекватность применения

Для обычного (неанонимного) наркологического профилактического осмотра (НПО) граждан Украины, в условиях амбулаторного приема, в течение последних лет, применяется тест AUDIT. Тест достаточно краток и удобен в применении, однако он оставляет испытуемому возможности скрыть реальный уровень проблем, связанных с употреблением алкоголя. Биохимические лабораторные исследования, сопровождающие НПО (активность γ-глютамилтранспептидазы в сыворотке крови), недостаточно специфичны для выявления зависимости от алкоголя (ЗА).

По результатам собственных предварительных исследований можно судить о том, что при прохождении неанонимного НПО испытуемые часто скрывают достоверные сведения о частоте и количестве употребляемого алкоголя. В пользу этого свидетельствует несоответствие между объективными клиническими признаками ЗА и данными AUDIT. Кроме того, исследование с помощью той же методики, проведенное в условиях анонимности, выявляет значительно больший процент лиц с ЗА.

Вероятно, назрела необходимость рассмотрения вопроса о целесообразности применения теста AUDIT в неанонимных условиях, а также о разработке и внедрении в амбулаторную практику профилактических осмотров дополнительных объективных показателей зависимости от алкоголя: активности алкогольдегидрогеназы, изоферментов креатинкиназы и др.

УДК 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ АНТРОПОМЕТРИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УВОЛЕННЫХ В ЗАПАС, И ГРАЖДАНСКИХ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

А. В. Гайдабрус, И. В. Линский

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

Ключевые слова: военнослужащие, уволенные в запас, зависимость от алкоголя, данные антропометрии

Цель работы — повышение эффективности профилактики зависимости от алкоголя (ЗА) среди военных пенсионеров, их лечения и реабилитации на основе исследования факторов риска формирования данного расстройства и клинико-психопатологических особенностей его течения у пациентов, принадлежащих к указанному контингенту.

Проанализировано 104 истории болезни военнослужащих, уволенных в запас (ВУЗ), и 40 историй болезни гражданских лиц (ГЛ) сопоставимого возраста с ЗА. На данном этапе исследования проводился сравнительный анализ основных витальных признаков, доступных при физикальном осмотре. Установлено, что среднеарифметические значения роста среди ВУЗ и ГЛ достоверно не различаются (176,31 ± 1,2 см и 176,18 ± 0,89 см соответственно), однако минимальный рост в группе ВУЗ значительно меньше, чем в группе ГЛ (154 см и 165см, соответственно). Также не различаются средние значения массы тела (75,79 ± 2,32 кг и 74,85 ± 1,55 кг у ВУЗ и ГЛ, соответственно), однако минимальные показатели массы тела в группе ГЛ были ниже, чем в группе ВУЗ (48 кг и 58 кг, соответственно).

Большая дисперсия рассмотренных показателей в группе ВУЗ по сравнению с группой ГЛ может свидетельствовать

о несбалансированности режима питания ВУЗ, что может оказывать влияние, как на течение зависимости от алкоголя, так и на эффективность лечения, а также на качество дальнейшей жизни этих пациентов.

УДК 616.89-008.441.13-037-084

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМ ДЕЛИРИЕМ

В. В. Гегешко, А. И. Минко

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

Ключевые слова: синдром отмены, делирий, прогноз

Понимание причин формирования психических и поведенческих расстройств в настоящее время основано на биопсихосоциальном подходе, который и определяет поиск путей минимизации негативной роли этих составляющих, а также разработки подходов к более оптимальной терапии и реабилитации с учетом факторов как биологического, так и психосоциального характера. В Украине сохраняется высокий уровень среднедушевого потребления алкоголя и продолжается рост количества алкогольных психозов. Директор ВОЗ М. Чан заявила, что число психических расстройств и уровень употребления алкоголя значительно вырастут из-за мирового финансового кризиса.

Синдром отмены алкоголя (СОА) является наиболее ярким проявлением синдрома зависимости (СЗА). Проявления СОА состоят из двух компонентов — специфических признаков патологического влечения к алкоголю и разнообразных неспецифических расстройств, возникающих в результате токсического действия алкоголя в сочетании с другими патогенными факторами и определяющих индивидуальные особенности СОА. Алкогольный делирий — одно из наиболее серьезных осложнений СОА. Его трансформация в острую энцефалопатию Гайе — Вернике — наиболее частая причина смерти при алкогольной болезни. Развитие СОА с делирием определяется сложным взаимодействием нескольких факторов: сформированный СЗА, состояние его отмены, токсические свойства алкоголя и связанная с ними органическая патология ЦНС и внутренних органов, соматическая и неврологическая патология, прямо не связанная с токсическим воздействием спиртных напитков. Поиск причин возникновения СОА с делирием ведется также и в направлении изучения генетической предрасположенности. Ведущими в патогенезе острых алкогольных делириев считаются нарушения обменных процессов и возникновение нейровегетативных расстройств. Поражение печени приводит к нарушению ее антитоксической и метаболической (белковой, жировой) функций, что приводит к токсическому поражению ЦНС, прежде всего ее диэнцефальных отделов и срыву нейрогуморальных компенсаторных механизмов. Нарушение антитоксической функции печени обеспечивает нарушение и замедление процессов окисления алкоголя. Кроме того, гиповитаминоз, прежде всего витаминов группы В, вызывает нарушение обмена аминокислот, в частности, глютаминовой кислоты, что приводит к повышению возбудимости нервной системы. Наибольшее значение имеют нарушения нейромедиации, прежде всего гиперпродукция дофамина, гипервозбудимость ЦНС, прежде всего, за счет активизации симпатической нервной системы и повышенного уровня катехоламинов в моче и плазме. Повышение концентрации дофамина вдвое сопровождается картиной тяжелого СОА, а при превышении ее втрое развивается делирий. В развитии изменений сознания при делириях важную роль играют расстройства кровообращения, обусловленные нарушениями центральной регуляции гемодинамики. Кроме того, развитие психоза провоцируют соматические заболевания и черепно-мозговые травмы.

Таким образом, многие аспекты этиопатогенеза СОА с первично возникшим делирием, установление главных из них, а также возможности влиять на них сегодня остаются далекими от своего разрешения. Несмотря на обилие выявленных факторов риска развития алкогольного делирия, неясно — какие являются ведущими, не определено — какие носят динамический, какие — статический характер, какова технология возможного влияния на динамические факторы прогноза для минимизации их отрицательного влияния.

УДК 616.89-008.441.13-092:616.015

ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ХВОРИХ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

Л. В. Животовська

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: алкогольна залежність, вуглеводний обмін

Численні дослідження дозволяють виокремити чинники, що відіграють ключову роль у розвитку алкогольного абстинентного синдрому та алкогольних психозів, серед яких важливе місце посідають ендогенна інтоксикація та клітинний енергодефіцит, метаболічною передумовою яких є порушення аеробного метаболізму глюкози. Враховуючи особливе значення обміну глюкози для діяльності мозку, викликані етанолом порушення його гомеостазу відіграють важливу патогенетичну роль у механізмах алкогольного ушкодження нервової тканини. Вагомим внеском у проблему діагностики складних патогенетичних механізмів алкогольної залежності є визначення стану вуглеводного обміну та його гормональної регуляції.

Вивчення порушень вуглеводного обміну на моделі функціонального стану піруватдегідрогеназної (ПДГ) системи проводили у 200 хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю (ППРА), всі чоловіки, віком від 20 до 61 років, з тривалістю зловживання алкоголем від 3 до 25 років, у порівнянні з контрольною групою — 60 осіб.

Виявлено, що приховані та потенційні порушення вуглеводного обміну не залежать від віку формування алкогольної залежності. Загальна динаміка функціонування ПДГ-системи характеризувалася повільним її виснаженням, що клінічно проявлялося посиленням та ускладненням афективних розладів, а в подальшому призводило до посилення недостатності функціонування ПДГ-системи та дезінтеграції процесів гліколізу та глюконеогенезу. Встановлено зв'язок між виявленими біохімічними порушеннями та такими клінічними характеристиками алкогольної залежності, як тривалість алкоголізації, швидкість зростання толерантності та вираженість когнітивних порушень.

УДК 616.89-008.441.13-008.447

ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ — НОВЫЕ АРГУМЕНТЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ

В. В. Задорожный

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

Ключевые слова: острая алкогольная энцефалопатия, неврологические проявления

Острая алкогольная энцефалопатия (ОАЭ), с точки зрения психиатра-нарколога, развивается у длительно злоупотребляющих алкоголем лиц и имеет те особенности, что психоз развивается без наличия как такового факта отмены алкоголя, во время продолжающегося злоупотребления спиртным, приобретает сразу тяжелый, нередко атипичный характер клинического течения («мусситирующий делирий», «профессиональный делирий»), с рано проявляющимися признаками аменции, длительным, затяжным течением и, нередко — неблагоприятным исходом. Обязательным проявлением ОАЭ некоторые специалисты считают развитие

отека мозга. С ОАЭ ассоциирует понятие «смертельного делирия». Как классический пример — острая энцефалопатия Гайе — Вернике. Факт наличия тех или иных неврологических проявлений для постановки диагноза ОАЭ для психиатра не имеет решающего значения. Неврологические нарушения в остром периоде тяжелой белой горячки изучены недостаточно.

Нами исследованы неврологические расстройства у 440 больных с тяжелыми формами алкогольного делирия. Перечень этих проявлений представлен в таблице.

Представленность неврологических проявлений у больных тяжелой формой белой горячки

N п/п	Название симптома	Представленность симптома
1	Птоз век	28 %
2	Миастеноподобное нарастание птоза век	7,2 %
3	Узкий зрачок	25 %
4	Широкий зрачок	6 %
5	Анизокория	7 %
6	Наружный офтальмопарез	71,4 %
7	Наружная отальмоплегия	7,7 %
8	Косоглазие	5,4 %
9	Нистагм	55 %
10	Отек языка	51 %
11	Снижение рефлексов с рук	40 %
12	Повышение рефлексов с рук	40,5 %
13	Снижение или выпадение коленных рефлексов	52 %
14	Повышение коленных рефлексов	20 %
15	Судорожный синдром	57 %
16	Снижение мышечного тонуса	37 %
17	Мышечная дистония	40 %
18	Мышечная ригидность	23 %
19	Прикус языка	27 %
20	Особые мышечные феномены (миофасциальные подергивания, «перебирание простыни» и др.)	4,3 %
21	Бессонница	47 %
22	Гиперкинезы	38 %
23	Менингеальный синдром	27,5 %
24	Летальность	19 %

Данная симптоматика является фоном для протекания белой горячки, остро возникает в ее дебюте и постепенно уходит вслед за редукцией патопсихологических нарушений. Выраженность и разнообразие неврологических симптомов свидетельствует о закономерности и большой тяжести поражения головного мозга.

Нам представляется обоснованным называть ОАЭ, в точном смысле этого термина, совокупностью неврологических расстройств, облигатно сопровождающих алкогольный делирий и во многом определяющих его исход. Эту точку зрения достаточно давно в качестве предположения высказывал Г. В. Морозов (1983), отмечая что «… острые алкогольные энцефалопатии встречаются намного чаще, чем принято считать, так как они остаются нераспознанными. Вместо них обычно диагностируются тяжелые делирии…». Многообразные варианты описанных в литературе ОАЭ, по нашему мнению, являются особыми или осложненными вариантами типичной ОАЭ.

УДК 616.89-02:547.262-071

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕЛОЙ ГОРЯЧКИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

В. В. Задорожный, Н. П. Юрченко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков; Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3

Ключевые слова: белая горячка, неврологические проявления, типы алкоголизма

Обследованы 277 больных с тяжелой формой белой горячки. У 182 из них имела место запойная форма злоупотребления алкоголем (I группа), у 95 — постоянная (II группа). Средний возраст больных I группы был около 43 лет, II группы — около 45 лет. У больных I группы случаи перенесенной белой горячки в анамнезе были несколько чаще. Выявлена статистически значимая разница в длительности течения психоза, у больных II группы он протекал существенно дольше. Отмечена явная тенденция к большей представленности гиперкинеза в виде тремора языка, конечностей, а также вегетативных проявлений у больных I группы. Проявления наружного офтальмопареза более выражены у больных II группы. Представленность нистагма в обеих группах оказалась равной. Достоверное различие в размерах зрачка — у больных I группы его размеры близки к средним, у больных II группы он чаще был узким. Выраженность рефлексов с конечностей у больных II группы оказалась заметно ниже. Представленность менингеального и судорожного синдромов, бессонницы, а также выраженность отека языка в сравниваемых группах достоверно не различались. У больных II группы сопутствующая полиневропатия чаще сопровождалась симптомами выпадения функций и двигательными расстройствами, а также более выражена атрофия мышц. Достоверно различается показатель больничной летальности в изученных группах: в I группе она составляет около 10 %, во II — около 30 %.

Таким образом, форма злоупотребления алкоголем оказывает влияние на патопсихологические и неврологические проявления белой горячки, сопутствующие неврологические синдромы, обуславливая существенную разницу в тяжести состояния больных и исходе заболевания.

УДК 616.89:614.279

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИТИНОВЫХ ПСИХОЗОВ ТИАПРИДОМ

А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, Н. Е. Матеева, И. Н. Кононенко, Е. В. Медведева, Е. Г. Закревская

Донецкий областной наркологический диспансер

Ключевые слова: зависимость, психостимуляторы, психоз, тиаприд

Под наблюдением находилось 16 мужчин и 1 женщина в возрасте от 20 до 35 лет, страдающих зависимостью от первитина. В 8-ми случаях прием первитина сочетался с употреблением транквилизаторов, опиатов и алкоголя. Пациенты разделены на три группы: обследованные I группы ($n = 3$) с I стадией зависимости употребляли только первитин, II группа ($n = 11$) пациентов со II стадией зависимости состояла из 4-х пациентов, употреблявших только первитин, и 7-ми — сочетавших первитин с другими психоактивными веществами. Статус пациентов III группы ($n = 3$) расценен как III стадия зависимости. Один пациент употреблял только первитин, а два — первитин в сочетании с димедролом, транквилизаторами, алкоголем, опиоидами.

На момент госпитализации все пациенты со II и III стадией зависимости ($n = 14$) находились в состоянии отмены первитина с психотическими расстройствами. Особенностью течения психозов, вызванных сочетанием первитина с алкоголем, димедролом, транквилизаторами, опиоидами, было наличие более грубых и тяжелых психопатологических расстройств,

выраженных нарушений мышления, галлюцинаторно-бредовых переживаний и грубых поведенческих нарушений в сочетании с тяжелой астенией и когнитивными нарушениями. Психопатологические проявления носили мозаичный характер, изменялись на протяжении суток.

Для коррекции абстинентных проявлений всем пациентам проводили электрохимическую детоксикацию в сочетании с лекарственной терапией. Первые два-три дня электрохимическая детоксикация назначалась дважды в день 500—600 мг/л с интервалом в 8—10 часов. В качестве антипсихотического средства использовали нейролептик тиаприд в дозе 400—1200 мг в сутки. На 4-е сутки уменьшали дозу до 400—600 мг в сутки на ночь в/м. В дальнейшем суточная доза тиаприда составляла 300—600 мг в 2—3 приема в течение 2-х месяцев.

В результате лечения у пациентов на протяжении первых двух суток купировались психомоторное возбуждение, расстройство поведения, снижался болевой синдром. К 3-му дню терапии происходило существенное уменьшение выраженности ведущих симптомов абстиненции, а к 7-му дню удалось практически полностью купировать его основные проявления: уменьшалась тревожность, выраженность депрессивных расстройств и галлюциноторно-бредовой симптоматики. В последующие дни нормализовалось общее самочувствие больных, исчезали жалобы на слабость и повышенную утомляемость, вялость, редуцировалась эмоциональная лабильность, психический и физический дискомфорт. Эти симптомы сменялись чувством успокоенности, уверенности в себе, снижалась интенсивность влечения к первитину, происходила окончательная нормализация сна и аппетита, стабилизация основных гомеостатических параметров.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод об эффективности использования гипохлорита натрия и тиаприда при лечении больных с зависимостью от первитина. Проведенная терапия не только способствует быстрому купированию синдрома отмены и психотических расстройств, связанных с ним, но и позволяет сократить сроки лечения пациентов. Прием тиаприда в дозе 100—300 мг в течение 4—6-х месяцев способствует достижению полной ремиссии. Это позволяет рекомендовать использование гипохлорита натрия и тиаприда в сочетании с общепринятыми методиками для лечения зависимости, обусловленной злоупотреблением психостимуляторами.

УДК 616.89-008.441.13-053.9:614.273

АКТОВЕГИН В СТАНОВЛЕНИИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, И. Н. Кононенко, Е. В. Медведева, Н. Е. Матеева

Донецкий областной наркологический диспансер

Ключевые слова: зависимость, алкоголь, когнитивные расстройства

Под наблюдением находилось 15 больных в возрасте от 53 до 70 лет с синдромом зависимости от алкоголя в стадии ремиссии в среднем 2,1 ± 1,2 года. Основанием для обращения за помощью были жалобы на забывчивость и различные проявления астении, которые характеризовались больными как трудности запоминания или припоминания, утрата естественной легкости в подборе слов, «как будто что-то застопорилось», рассеянность, замедление сообразительности, «стало непросто собраться с мыслями», вспомнить о недавних намерениях, особенно при отвлечении внимания, но, как отмечали пациенты, они в последующем могли спонтанно припомнить необходимое, частые или постоянные головные боли, иногда только в одной половине головы, но чаще без четкой локализации, либо тяжесть в голове, «стягивание обручем» или «давление на глаза, на уши», постоянный «звон» в ушах, шум, «гул» в голове, нарушения сна.

Пациенты отмечали появление слезливой обидчивости или обостренной чувствительности. Неустойчивость настроения характеризовалась легкостью возникновения реакций раздражения, нетерпения. Склонность к пессимистической оценке обыденных явлений и жизненных событий могла сочетаться с наплывом немотивированной тревоги и утрированного беспокойства. Содержание тревожных опасений зачастую определяло появление забывчивости, сосредоточенности на заболевании в целом или отдельных нарушениях. Пациенты отмечали периодически возникающее компульсивное влечение к спиртному, мотивируя это стремлением «внести ясность в память». В психическом состоянии отмечались проявления брадипсихизма с замедленностью темпа мышления и речи, трудности концентрации внимания, его неустойчивость и истощаемость, что отчетливо обнаруживалось при тестировании и проявлялось трудностями удержания программы деятельности, отвлекаемостью, забыванием задания, замедленным темпом выполнения. При этом пациенты охотно соглашались пройти тестирование, а замечая свои ошибки или при указании на недочеты, сокрушались или грустно иронизировали по поводу ослабления памяти или сообразительности.

Для купирования указанных расстройств нами применялся антигипоксант Актовегин в дозе 200 мг (5 мл) в/м 1 раз в сутки в течение 30 дней. Положительная динамика отмечалась уже к 15-му дню лечения в виде уменьшения выраженности головных болей, головокружений, исчезновения шаткости походки, снижения тягостного ощущения шума в голове. Улучшался ночной сон, уменьшалась утомляемость и тревожность, возрастала активность и работоспособность.

Положительная динамика отмечалась и относительно когнитивного функционирования в виде улучшения концентрации внимания и уменьшения заторможенности. Ускорение темпа психической деятельности проявлялось в более быстрых ответах на вопросы, улучшении темпа деятельности при выполнении тестовых заданий. Возрастала активность и инициативность в беседе и общении, восстанавливалась повседневная деятельность, в спонтанной речи исчезали запинки и паузы, отмечалось увеличение объема запоминания.

Таким образом, применение курсового лечения Актовегином оказалось эффективным при лечении расстройств памяти, когнитивных функций церебрально-сосудистого характера у больных пожилого возраста с зависимостью от алкоголя, находящихся в состоянии ремиссии. Актовегин положительно воздействует на общее клиническое состояние и когнитивное функционирование пациентов: ассоциативное мышление, различные компоненты мнестической функции, а также на динамический праксис и произвольную регуляцию праксиса, зрительно-пространственную деятельность. Актовегин уменьшает выраженность депрессивных проявлений.

УДК 616.89-02:547.262

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ СТАТУСУ ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В ГОСТРОМУ ПСИХОТИЧНОМУ СТАНІ

В. Н. Кузьмінов, О. О. Шульга

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

Ключові слова: оцінка, алкогольна залежність, стан

Маньян В. (1874) стверджував, що важко назвати неврологічний синдром, який не спостерігається при алкоголізмі. У той же час існує думка, що той, хто знає алкоголізм, той знає психіатрію, що обумовлено різноманітністю психічних порушень у хворих із алкогольною залежністю.

Різноманітність неврологічних порушень у хворих з алкогольною залежністю обумовлена тяжким системним характером токсичного впливу на всі відділи нервової системи, вторинним ураженням нервової системи внаслідок виникнення тяжких соматичних захворювань, що пов'язані зі зловживанням алкоголю та достовірно частішою розповсюдженістю серед цієї частини популяції черепно-мозкових травм, іншої патології.

Узагальнено, психічна патологія у хворих з алкогольною залежністю обумовлена: синдромом залежності, гострою інтоксикацією (сп'янінням) — станом відміни, токсичним фактором алкоголю та пов'язаним з цим ураженням нервової системи та внутрішніх органів, наявністю соматоневрологічної та іншої патології не пов'язаної з токсичним фактором алкоголю. Оцінка стану хворого при наданні невідкладної патології хворим цієї категорії ускладнюється такими факторами: неможливістю адекватно зібрати скарги; відсутністю достовірних анамнестичних даних; поєднаною соматоневрологічною патологією; атиповою картиною гострої соматоневрологічної патології у хворих з алкогольною залежністю; маскуванням симптоматики ургентної соматоневрологічної патології гострою інтоксикацією або вегетативною бурею стану відміни.

У деяких випадках у хворих з тяжким деліріозним синдромом мають місце транзиторні афатичні розлади, дизартрія, фокальна неврологічна симптоматика тощо. Це викликає необхідність обов'язкового обстеження цієї категорії хворих лікарем неврологом для виключення гострих порушень мозкового кровообігу та іншої ургентної неврологічної та нейрохірургічної патології. В багатьох випадках диференціальна діагностика потребує проведення додаткових обстежень, таких як люмбальна пункція з дослідженням ліквору та методи нейровізуалізації.

Психотичні стани у хворих з алкогольною залежністю в більшості мають ознаки деліріозного синдрому. Трактовка деліріозного стану МКХ-10 підкреслює різноманітність причин його виникнення (гострий стан сплутаності, гострий психоорганічний синдром, гострий інфекційний психоз, гострий мозковий синдром).

Таким чином, треба зазначити поліетіологічність неврологічної та психічної патології у хворих з алкогольною залежністю. Це потребує ретельного комплексного обстеження для виключення наявності ургентної соматоневрологічної патології у хворих з алкогольною залежністю, що потребує спеціалізованої допомоги. Крім того потрібно враховувати наявність соматоневрологічної патології у хворих в стані відміни алкоголю з делірієм, яка може бути фактором летальності або пролонгації психотичного розладу. При вивченні неврологічних порушень у хворих з алкогольною залежністю треба вважати їх динамічність, як в межах циклу інтоксикація-стан відміни, так і в динаміці одного стану (наприклад, гострої алкогольної енцефалопатії), коли збудження змінюється виснаженням тощо.

УДК 616.892+616.89-02:615.212-079.4-08

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЄМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ ПЕРЕД ГОСПІТАЛІЗАЦІЄЮ

В. Н. Кузьмінов

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

Ключові слова: стан, відміна, тривалість, зловживання, алкоголь

Метою дослідження було вивчення впливу форми зловживання алкоголем (постійного, запійного, інтермітуючого) хворими з алкогольною залежністю на клінічну картину стану відміни алкоголю з делірієм.

На першому етапі дослідження було досліджено 200 хворих, які були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії (ЦНП) Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм. Було виявлено, що на момент виникнення психотичного розладу для всіх хворих було характерно постійне вживання алкоголю з неможливістю контролювати вживання алкоголю. Форма вживання нівелювалася соціальними факторами, попередніми курсами лікуваннями. Але на основі анамнестичних даних було встановлено, що форма вживання алкоголю корелювала з тривалістю постійного вживання алкоголю перед розвитком психотичного розвитку. Для запійного типу була характерна менша тривалість систематичного вживання алкоголю до розвитку психозу.

На другому етапі дослідження нами було відібрано 40 хворих з важкістю стану відміни більш 30 балів за шкалою CIWA-r для ретельного комплексного обстеження. Завданням другого етапу дослідження було вивчення впливу тривалості постійного вживання алкоголю перед розвитком психотичного розладу на клінічну картину.

Критеріями виключення були дані про ендогенні психічні захворювання (рубрики F 2, F 3 МКХ-10) в анамнезі. В усіх досліджених хворих було діагностовано синдром залежності від алкоголю F 10.2. Хворі були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії (ЦНП) Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 з діагнозом стан «відміни алкоголю з делірієм».

Пацієнти в залежності від тривалості постійного (щоденного) вживання алкоголю великих доз алкоголю (більше 5 стандартних доз алкоголю) перед госпіталізацією були поділені на 2 групи: 1 група — 18 пацієнтів зі станом відміни алкоголю з делірієм F 10.4, з періодом тяжкої алкоголізації менше 30 діб; 2 група — 22 пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F 10.4, з періодом тяжкої алкоголізації більше 30 діб.

Попередні основні результати дослідження:

1. У більшості хворих перед розвитком психотичного розладу вживання алкоголю мало постійний, некерований вольовим зусиллям характер. Розбіжності відносно форми зловживання алкоголю (запійна або постійна) нівелювалися.

2. У хворих 2-ї групи достовірно частіше спостерігалися соматоневрологічні захворювання до розвитку психотичного розладу.

3. У хворих з алкогольною залежністю з коротким періодом тяжкої алкоголізації, що мав місце перед розвитком психотичного розладу (1-ша група), були більш значні вегетативні ознаки стану відміни (тахікардія, гіпергідроз та інші).

4. У хворих 2-ї групи були більш значущими явища токсичного ураження нервової системи (поліневрит, страбізм, анізокорія, менінгізм).

5. У хворих 1-ї групи були більш значні афективні порушення: жах, тривога.

6. У хворих 2-ї групи частіше мали місце коливання афективних порушень з благодушним фоном настрою.

7. У хворих 1-ї групи була більш виразлива продуктивна симптоматика (маячня, галюцинації), яка поєднувалася з неповною орієнтировкою в обстановці.

8. Перебіг психозу у другій групі частіше був хвилеподібним — з мерехтінням симптоматики і періодичний — з повною дезорієнтировкою в обстановці.

9. Затяжний (тяжкий) перебіг психозу спостерігався в обох групах (частіше — в другій).

УДК 159.922:616.89-008.441.13:615.85

УРОВНИ КОМПЛАЙЕНСА ЛИЦ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н. Н. Лесная

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

Ключевые слова: алкогольная зависимость, комплайенс, критичность

Интерес к проблеме комплайенса в последнее время заметно вырос в связи с изменением парадигмы лечения психических заболеваний: внимание специалистов все более фокусируется не на снятии симптомов, а на предупреждении

рецидивов; происходит смещение акцента в медицинском обслуживании на амбулаторное звено.

Цель исследования: разработать психодиагностические критерии уровня комплайенса больных с алкогольной зависимостью.

С помощью специально разработанного опросника было обследовано 90 лиц с синдромом алкогольной зависимости на этапе формирования терапевтической ремиссии.

Разработаны критерии диагностики уровня комплайенса больных: 1) соблюдение схемы приема лекарственных препаратов; 2) соблюдение нелекарственных рекомендаций, направленных на поддержание режима трезвости; 3) участие в психокоррекционных занятиях. Соответственно этим критериям выделены полный (20 %), частичный (62,2 %) и низкий (17,8 %) варианты комплайенса. Полному комплайенсу соответствует прием назначенных лекарственных средств, сохранение трезвости и активное участие в психокоррекционных занятиях более чем в 80 % случаев, частичному — от 20 % до 80 % случаев и низкому — менее чем в 20 %.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения психокоррекционной работы с данной категорией пациентов, направленной на улучшение понимания целесообразности фармакологического лечения, формирование критического отношения к заболеванию и готовности сотрудничать со специалистами.

УДК 613.816:616.89-008

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ СПРИЙНЯТТЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИМИ, ЯКІ Є ЗАЛЕЖНИМИ ВІД АЛКОГОЛЮ

М. В. Маркова, Є. Я. Пшук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: копінг-поведінка, соціальна підтримка

Одним із психологічних предикторів формування копінг-поведінки у осіб, залежних від алкоголю, є процес соціальної підтримки, що формується завдяки належному функціонуванню системи соціальної мережі. Адекватне сприйняття соціальної підтримки є інтегрованим показником, що свідчить про уміння особи визначати найбільш пріоритетні стосунки з представниками соціуму (сім'я, друзі, «важливі інші») та формувати адаптивні форми поведінки подолання.

Метою дослідження стало вивчення здатності до сприйняття соціальної підтримки хворими, із залежністю від алкоголю.

Обстежено 114 осіб чоловічої статі (33,2 ± 0,7 роки), у яких діагностовано синдром залежності від алкоголю (F 10,25, F 1026 згідно з МКХ-10, основна група — А) та групу контролю (гр. В) — 55 практично здорових чоловіків (середній вік — 30,1 ± 2,8 роки). З метою дослідження здатності до сприйняття соціальної підтримки використано шкалу MSPSS (Zimet G. D.)

Показники сприйняття соціальної підтримки у хворих, залежних від алкоголю (гр. А) та здорових чоловіків (гр. В) (у балах, *M* ± *m*)

Групи / Субшкали	Гр. А	Гр. В	(*P* < АВ)
	Хворі (n = 114)	Здорові (n = 55)	
Сім'я	1,5 ± 0,7	3,4 ± 0,2	0,001
Друзі	1,3 ± 1,2	3,1 ± 0,5	0,001
Важливі інші	2,3 ± 0,1	3,1 ± 0,8	0,001
Сумарна оцінка	5,1	9,6	0,001

Як свідчать дані таблиці, обстежені хворі, як в цілому (гр. А), так і за окремими сферами мали значно більш низький показник суб'єктивного рівня сприйняття соціальної підтримки у порівнянні із здоровими чоловіками (гр. В). Показники тотальної оцінки хворих, які є залежними від алкоголю, становили 5,1 бали (42,5 % за максимальним ступенем вираженості). За субшкалою «сім'я» хворі набрали 1,5 ± 0,7 бали (29,4 %); за субшкалою «друзі» — 1,3 ± 1,2 бали (25,5 %) та за субшкалою «важливі інші» — 2,3 ± 0,1 бали (45,1 %). Результати за субшкалами «сім'я», «друзі», «важливі інші» у здорових чоловіків були розподілені рівномірно. Показник сумарної оцінки у здорових чоловіків становив 9,6 бали (або 80,0 % за максимально можливого ступеня вираженості). За субшкалою «сім'я» у обстежених осіб контрольної групи середній показник становив 3,4 ± 0,3 бали (33,3 %); за субшкалою «друзі» — 3,1 ± 0,6 бали (34,5 %); за субшкалою «важливі інші» — 3,1 ± 0,5 бали (32,2 %).

Низький показник ступеня соціальної інтеграції стає одним з найважливіших характеристик соціально-підтримуючого процесу у осіб, які є залежними від алкоголю. Порушені інтерперсональні стосунки в сім'ї пригнічують у її членів бажання надати підтримку хворому, стиль життя якого призводить до дезінтеграції та розриву сімейних стосунків. Соціальна підтримка сім'ї не відповідає запитам пацієнтів та не збігається з намірами, бажаннями, потребами. Соціальна мережа «друзі» для хворих на алкогольну залежність практично перестає існувати і заміщується неадекватною соціальною мережею партнерів по алкоголізації. Систематичне зловживання алкоголем призводить до соціальної ізоляції хворих. Мережа «важливі інші» для хворих є джерелом матеріальних надбань, завдяки яким пацієнти дозволяють собі придбати та вжити алкоголь. Обмежений досвід самостійного вирішення проблем, руйнування соціальних зв'язків, відсутність ефективності соціальної підтримки та хибне її сприйняття сприяє розвитку неадаптивних поведінкових стереотипів, які ускладнюють процес соціального функціонування хворих та перешкоджають наданню адекватної медико-психологічної допомоги.

УДК 613.84«312»

ПРОБЛЕМА ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Л. М. Маркозова

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

Ключові слова: тютюнопаління, профілактика, система охорони здоров'я

Проблема паління тютюну стає дедалі значущою в усьому світі. Останнім часом звертається увага на пренатальне паління та перинатальні її наслідки [Hamisu M. et al., 2007], та вплив антенатального тютюнопаління на подальший фізичний [Miller Anthony D. et al., 2007] та психологічний розвиток дитини [May Button Tanya Maria et al., 2007]. Відмічено незначні гендерні особливості в епідеміології тютюнопаління серед осіб молодого віку, конвергенція розповсюдженості тютюнопаління серед чоловіків та жінок. Паління, з метою експериментування, що притаманне жінкам, здатне спричиняти залежність всупереч профілактичним зусиллям органів системи охорони здоров'я [Morley Katherine I., Hall Wayne D., 2008]. У зв'язку з вищенаведеним, Всесвітньою Організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в 2009 році розроблена програма MPOWER з метою боротьби з епідемією вживання тютюну. Розглянуто «Рамочну конвенцію щодо контролю тютюну» (2009 р.) та схвалено ВООЗ посібник для урядів з питань лікування залежності від тютюну. Проведені нами дослідження [Л. М. Маркозова, 2010] встановили, що особи із залежністю до алкоголю на придбання тютюну витрачають приблизно одинадцяту частину від свого загального статку.

Проблема тютюнопаління полягає в тому, що переважна частина населення не сприймає тютюнопаління як проблему взагалі і це підтверджують отримані нами дані: лише 20 % обстежених вважають за необхідне не палити або припинити паління. Решта витрачає кошти не стільки на придбання цигарок, скільки на погіршення стану власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

УДК 616-058:616.89-008.441.13

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Л. М. Маркозова

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

Ключові слова: особистість, соціальна мотивація, алкогольна залежність, аффіліації

В основі поведінки особистості закладені певні мотиваційні чинники. Представники багатьох психологічних шкіл вивчають соціальні мотиви, тому що саме такі мотиви на практиці є найпотужнішими силами, які керують поведінкою людини. Існують три відомі концепції соціальної мотивації. Так, за «теорією трьох потреб» Макклелланда (Б. Д. Карвасарський, 2007), кожна людина має три потреби, але вираженість цих потреб у кожного індивіда різна. Виділяють: 1) потребу в досягненні певної мети, така людина вимоглива, вперта, реалістична; 2) потребу влади, коли особі подобається впливати на інших людей, контролювати їхню поведінку; 3) потребу в аффіліації, для осіб з високим її рівнем, коли найважливішим є дружба, любов з боку інших, у тому числі і співробітників [Б. Д. Карвасарский, 2007].

Обстежено 25 пацієнтів, залежних від алкоголю (середній вік — 41,36 ± 1,53 років), з метою дослідження соціальної мотивації.

Використано: клініко-психологічний, анамнестичний, статистичний методи.

Виявлено, що 16 % обстежених мали вищу освіту, 68 % — середню спеціальну, 16 % — середню загальну. Працюючих — 88 % осіб, решта — безробітні. 68 % пацієнтів одружені, 35 % з них одружені вдруге. Розлучених 24 % осіб, а 4 % ще не були у шлюбі. 60 % серед обстежених задоволені власним сімейним станом, решта пацієнтів — не задоволені. 56 % одружених вільний час проводять з сім'єю, але 16 % із них цим не задоволені; 16 % — з друзями, 40 % з них не задоволені цим; 16 % — наодинці, 12 % з них цим не задоволені, 12 % — на роботі, і від цього вони отримують задоволення. 28 % осіб не мають друзів, 8 % мають одного єдиного друга, решта — від 2 до 11 друзів. Алкоголь пацієнти вживали в середньому протягом 19,44 ± 3,0 років, а синдром відміни алкоголю у них формувався протягом 7,18 ± 1,8 років. Добова доза вживаного алкоголю становила 25,2 ± 3,83 стандартних доз. При вивченні наявності серйозних проблем у обстежених від процесів спілкування протягом життя, виявлені проблеми у стосунках із сусідами — 8 % випадків, із братом/сестрою, із друзями, колегами — у 12 % випадків, з дітьми — 16 %, з батьком — 32 %, з матір'ю — 36 % випадків, з дружиною — в 64 %. У 24 % обстежених конфліктні ситуації виникали з усіма оточуючими, у 12 % — з 3 особами (при різних варіантах стосунків).

Таким чином, у 36 % обстежених потреба в спілкуванні відповідає низькому рівню аффіліації, навіть іноді на фоні необґрунтовано високого рівня потреби влади та низької потреби в досягненні, що негативно впливає на адаптивні здібності пацієнтів з проявами залежностей.

УДК 616.89-008.441.13:615.851.13

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ НАРКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Л. М. Маркозова

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

Ключові слова: психоактивні речовини, алкогольна залежність, ремісії, якість життя

Однією з складових ефективності лікування осіб із залежністю від психоактивних речовин (ПАР) є якість надання наркологічної допомоги хворим наркопрофілю, яка, на нашу думку, оцінюється тривалістю ремісії [Л. М. Маркозова, 2008, 2009] та якістю життя (ЯЖ) пацієнта [Л. М. Маркозова, 2004]. У 2010 році почато когортне дослідження [Л. М. Маркозова, 2010] серед осіб з залежністю від алкоголю (n = 30) з використанням клініко-анамнестичного, катамнестичного, статистичного методів та шкали з визначення ЯЖ (Mezzich et al, 1999). Пацієнтів поділено на групи за тривалістю ремісії: гр. А (1—3 міс), гр. Б (6—12 міс) та гр. В (24—60 міс). Виділені середні показники ЯЖ в балах серед обстежених: фізичний комфорт відповідає 6,1 ± 1,6; емоційний комфорт — 6,1 ± 1,2; самообслуговування — 7,5 ± 0,8; працездатність — 7,6 ± 1,5; міжособистісні взаємодії — 8,1 ± 0,6; соціо-емоційна підтримка — 6,7 ± 2,5; суспільна та службова підтримка — 5,4 ± 1,0; самореалізація — 6,7 ± 1,0; духовна реалізація — 6,2 ± 0,9; загальне сприйняття ЯЖ — 6,5 ± 1,1. Встановлено, що у пацієнтів гр. А показники фізичного та емоційного комфорту, соціо-емоційна, суспільна та службова підтримка, а також загальне сприйняття ЯЖ — нижчі за середні по групі в цілому за рахунок тривалого часу зловживання алкогольними напоями (14,75 ± 1,05 років), значної добової дози алкоголю (21,13 ± 2,07 стандартної дози), порушення сімейних, соціальних та службових зв'язків. У пацієнтів гр. Б показники фізичного та емоційного комфорту, самообслуговування, духовна реалізація та сприйняття ЯЖ нижчі за середні за рахунок значної добової дози алкоголю (37,86 ± 6,79 стандартної дози), але нетривалого запійного стану (2—5 діб), негативного впливу алкоголю на організм пацієнтів. Тривалість зловживання алкогольними напоями у пацієнтів цієї групи складала 4,86 ± 1,1 років. Натомість, показники працездатності, міжособистісної взаємодії, соціо-емоційної підтримки та самореалізації — вищі за середні. У пацієнтів гр. В тривалість зловживання алкогольними напоями склала 8,0 ± 1,94 років, толерантність — 31,79 ± 3,65 стандартної дози алкоголю. У пацієнтів цієї групи спостерігалися нижчі за середні лише показники працездатності та суспільної та службової підтримки, інші, в тому числі показник загального сприйняття ЯЖ, були вищі за середні по групі.

Виявлено, що у пацієнтів усіх груп має місце високий рівень міжособистісних відносин і низький рівень суспільної та службової підтримки. Характерними для пацієнтів гр. Б та гр. В є низький рівень фізичного та емоційного комфорту, а також показник загального сприйняття ЯЖ, що, на нашу думку, пов'язано з нездатністю організму пацієнта позбавитись від негативного впливу алкоголю та відновити роботу органів та систем за досить невеликий термін. Як встановлено попередніми дослідженнями [Л. М. Маркозова, 1996], стале відновлення органів та систем у осіб з алкогольною залежністю відбувається індивідуально, але протягом більш тривалого терміну.

Таким чином, тривалість ремісії та показники ЯЖ осіб з залежністю від ПАР є надійними індикаторами якості надання наркологічної допомоги.

УДК 616.89-008/340.913

ПІДСТАВИ ПРИЗНАЧЕННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ХВОРИМ З ГОСТРИМИ АЛКОГОЛЬНИМ ПСИХОЗАМИ

А. В. Мельник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Ключові слова: алкогольні психози, суспільно небезпечні дії, профілактика

Застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) до осіб, які вчинили суспільно небезпечні дії (СНД) та визнані неосудними, можливе лише на підставі чинного кримінального законодавства України. Не можуть бути застосовані ПЗМХ до осіб, які вчинили СНД у стані неосудності, але у них психічний стан змінився настільки, що вони перестали бути суспільно небезпечними. У цьому зв'язку особливо складний та важливий законодавчий та медико-правовий аспект застосування ПЗМХ щодо осіб, які вчинили СНД у період короткочасних розладів психічної діяльності

(зокрема алкогольних психозів), та на період проведення судово-психіатричної експертизи повністю вийшли із психозу. Такий підхід на сьогодні до розгляду гострих алкогольних психозів базується лише на юридичній площині (психічний стан хворого у конкретний момент часу вчинення СНД) та надання їм нозологічної самостійності.

З медичної точки зору такі розлади психічної діяльності, як гострі алкогольні психози, не є самостійними нозологічними формами, а лише одним із клінічних (з можливим рецидивуванням) проявів перебігу алкоголізму, а вихід із психозу не означає одужання від основного захворювання (алкоголізму), а отже, і не усуває потенційної суспільної небезпеки таких осіб. Тим більше, що перебіг алкоголізму з виникненням алкогольних психозів, їх рецидивуванням є недоброякісним і не виключає вчинення ними повторних СНД під час розвитку повторних алкогольних психозів.

Безперечно, що обсяг лікувально-реабілітаційних програм цих хворих має включати медикаментозне лікування, психолого-корекційну роботу та соціальну з метою можливості їх подальшої позитивної соціальної адаптації.

УДК: 616.89-008/340.913

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ТА ДОСТАТНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ХВОРИМ З АЛКОГОЛЬНИМИ ПСИХОЗАМИ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

***В. І. Мельник*[1], *А. В. Мельник*[1], *А. М. Кушнір*[2], *І. К. Ільїна*[1]**

[1] *Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ;* [2] *Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом, м. Дніпропетровськ*

Ключові слова: алкогольні психози, суспільно небезпечні дії, примусові заходи медичного характеру

Примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) — це міра державного примусу у вигляді різних лікувально-реабілітаційних програм, які призначаються судом з метою попередження вчинення цими особами нових суспільно небезпечних дій (СНД) (ст. 92 КК України). Як виходить із результатів аналізу психічного стану хворих (75) з гострими алкогольними психозами, які перебувають у психіатричній лікарні з суворим наглядом тривалий час, у більшості з них (з часу надходження до лікарні) психотичних розладів не було. Наявні у них емоційно-вольові розлади були не психотичного рівня, а обумовлювались як головним психогенним чинником (скоєння СНД), так і тією ситуацією, у якій вони опинились. Доволі часто своєчасно подані клопотання представником психіатричного закладу до суду щодо зміни ПЗМХ судом не задовольнялись. Без сумніву, що на рішення суду в основному впливав характер (тяжкість) вчиненого СНД. Така пересторога суддів певним чином перебирає на себе обов'язки, компетентність лікарської комісії щодо оцінки психічного стану хворого, а отже і його суспільної небезпеки. Це невиправдано обумовлює подовження терміну перебування таких хворих в умовах суворого нагляду, чималі фінансові затрати на їх утримання та, за рахунок тривалого перебування хворих за межами нормального соціального середовища, знижує можливість їх адекватної соціальної адаптації після виписки із психіатричного закладу.

УДК 616-08-547.262:614.273

КУПИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ТОПИЛЕПСИНОМ

А. И. Минко, С. Д. Чугай

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

Ключевые слова: алкогольная зависимость, антиконвульсанты, влечение к алкоголю

Цель работы — изучить терапевтическую эффективность антиконвульсанта топилепсин (топирамат) при купировании патологического влечения к алкоголю (ПВА) в структуре синдрома его отмены, постабстинентном состоянии и в период формирования ремиссии. Обследовано и пролечено 45 мужчин с синдромом алкогольной зависимости. Возраст больных составил от 16 до 40 лет, средний возраст (24,47 ± 1,60) года. Длительность заболевания колебалась от 1 до 15 лет, средняя длительность (5,40 ± 1,18) года. Начало алкоголизации происходило в возрасте от 15 до 36 лет. Средний возраст начала злоупотребления составил (19,13 ± 1,48) лет.

Оценку выраженности синдрома отмены алкоголя проводили с помощью шкалы CIWA-ar. У больных отмечался гипергидроз, тремор, колебания артериального давления, тахикардия, расстройство сна, тревога. Выраженность ПВА оценивали по шкале Н. В. Чередниченко — В. В. Альтшулера.

Топилепсин (топирамат) назначали в виде единственного патогенетического средства в комплексной терапии синдрома отмены алкоголя (натрия тиосульфат, пирацетам, витамин B_1, пирогенал) с первого дня лечения. При выраженности синдрома отмены более 40 баллов дополнительно назначали бензодиазепины, а инфузионная дезинтоксикационная терапия длилась на 2—3 дня дольше обычного. Доза топилепсина составляла 50 мг в сутки в один вечерний прием. С 10-го дня проводили монотерапию топилепсином в той же дозировке. Обследование проводили в 1, 3, 7, 14 и 30-й дни лечения.

При первом исследовании отмечалась наибольшая выраженность таких симптомов как гипергидроз, тремор, тревога, тошнота, головная боль. При повторных исследованиях отмечалось статистически достоверное уменьшение выраженности указанных проявлений синдрома отмены. Оказалось также, что чем больше выраженность тошноты, тремора, гипергидроза и тревоги до начала лечения, тем меньше тактильных, зрительных и слуховых расстройств отмечается в динамике исследования. Кроме того, интересен факт нарастания коррелятивности симптомов от первого к третьему исследованию.

Наибольшая выраженность ПВА до лечения проявлялась аффективными (9,4 ± 0,34 балла) и вегетативными (6,53 ± 0,13 балла) составляющими, а именно — субдепрессией, тревогой, дисфорией, алкогольными сновидениями, отсутствием аппетита. Идеаторный компонент, выражающий прежде всего степень анозогнозии, составил 5,13 ± 0,34 балла. Через 3 дня применения топилепсина имело место достоверное снижение уровня тревоги и дисфории, улучшение сна, более критичное отношение к алкогольным сновидениям, что сопровождалось появлением адекватной оценки проводимого лечения. На 7-й день исследования достоверно нормализовались настроение и сон, снизилась тревога.

Исследование в постабстинентном состоянии (14-й день) и в период формирования терапевтической ремиссии (30-й день) подтвердили стабильность психофизиологического состояния пациентов, практическое отсутствие субъективных и объективных проявлений ПВА, факт воздержания от употребления алкоголя.

Применение топилепсина у 2-х больных сопровождалось головокружением и нарушением координации. Один больной выбыл из исследования на 20-й день вследствие возобновления употребления алкоголя и отказа от дальнейшего лечения.

УДК 616.89-008.441.13-072.87-036.8

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ

О. О. Мінко

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

Ключові слова: опіоїди, маркери, психодіагностика

Мета дослідження — встановити діагностичне значення психопатологічних проявів та психологічних особливостей у осіб з залежністю від опіоїдів.

Обстежено 130 чоловіків, у віці від 18 до 30 років, 65 з них перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом «синдром залежності від опіоїдів» відповідно до критеріїв МКХ-10 (F 11.2). 65 осіб без ознак залежності від психоактивних речовин, за виключенням нікотину, склали групу здорових осіб. Використовували: багатопрофільний опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90 R (Derogatis et. al., 1974) та опитувальник Айзенка.

Показано, що пацієнти, які залежать від опіоїдів, відрізняються від здорових осіб достовірно ($p < 0,001$) вищими рівнями практично всіх психодіагностичних ознак, що вказує на тотальний характер несприятливого психотропного впливу опіоїдів.

Встановлено, що єдиним патогномонічним (самодостатнім) маркером залежності від опіоїдів є відносно високий (більше 0,25 бали) рівень психотизму (модуль його ДК > 13). Також встановлено, що особистісні характеристики не можуть бути самодостатніми маркерами залежності від опіоїдів, в той же час, використання особистісних характеристик як маркерів залежності у сукупності з психопатологічними ознаками, оціненими за методикою Derogatis, вже набуває достатньої діагностичної цінності.

УДК 616-008.441.13-036.22:616-056.5:616.69

ЗАХОДИ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ АЛКОГОЛІЗМУ, НАРКОМАНІЙ ТА ВІДНОШЕННЯ ДО СЕКСУ ЯК ОБ'ЄКТА ЗЛОВЖИВАННЯ ТА ПРОБЛЕМНОГО ВЖИВАННЯ ЇЖІ НА ОСНОВІ МОНІТОРИНГУ ПРОЦЕСІВ ЇХНЬОГО ПОШИРЕННЯ

Г. О. Мусієнко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: залежність, зловживання, відношення до сексу, вживання їжі (дієта)

В останні роки різко падає віковий поріг початку проявів адиктивної поведінки, та збільшується частка наркотичної (з 3 % до 15 %), харчової (з 8 % до 12 %), сексуальної (з 2 % до 5 %), Інтернет-залежності (від 0 % до 2 %), гемблінгу (з 0,5 % до 6 %). За допомогою розроблених нами опитувальників (в адиктологічних термінах з відповідною бальною оцінкою) на основі тесту AUDIT обстежено більше півтори тисячі студентів обох статей (середній вік 16,47 ± 5,39 років) відносно поведінки пов'язаної з їх поглядами, ставленням до сексу, їжі, процесу і стилю харчування та проявів інших залежностей.

Мета дослідження: створення адаптованих профілактичних програм з урахуванням співвідношень взаємного потенціювання проявів залежностей різного походження.

Діагноз сексуальна залежність все частіше стає частиною широкого спектра проявів інших залежностей. Прояви захоплення/залежність від сексу потенціюють захоплення/залежність у загальній популяції обстежених такі прояви як нераціональність чи ірраціональність в процесах харчування. Наступними високими показниками індексу взаємодії (ІВ) у обстежених нами є показник захопленість/залежність від алкогольних напоїв (3,9 одиниць) в загальній популяції обстежених, та показник захопленість/залежність від тютюнопаління (ІВ — 2,7 одиниць). Слід зауважити, що за проявами захоплення/залежність алкоголь займає четверту сходинку у рейтингу адиктивних проявів у обстежених, як серед чоловічої (середній ІВ — 2,8 одиниць), так і жіночої популяції (середній ІВ — 2,3 одиниць). Неправильне сприйняття норм вживання алкогольних напоїв (особливо пива) становить розповсюджену проблему. До особливостей пивної залежності слід віднести те, що вона винятково притаманна молодіжному середовищу. При пивному алкоголізмі відсутні аверсійна реакція, важкі форми сп'яніння та отруєння. Але ця форма алкоголізму являє собою дебют більш важкого наркозахворювання — запійного пияцтва, вживання міцних спиртних напоїв, наркоманій, а також нехімічних залежностей у поєднанні з соматичною патологією та соціальною деградацією.

Показники середнього ІВ для проявів захопленість/залежність роботою (навчанням) (1,3 одиниць), а також читанням (1,5) — є найнижчими показниками у популяції обстежених. Для проявів захоплення/залежність роботою (навчанням), читанням та азартними іграми визначені показники ІВ менше 0,6 одиниць, а для показників вживання/залежність від нелегальних психоактивних речовин (ПАР) — 0,3, що свідчить про вираженість «конкуренції» даних проявів. Водночас, захопленість/залежність від роботи (навчання) має виражену «кооперацію» (ІВ — 4,2 одиниць) з проявами захопленість/залежність такого фізіологічного процесу, як харчування, та модного його різновиду — «дієта», яке серед молоді сприймається як «панацея», набуваючи негативного спрямування (шкодить здоров'ю, через низьку загальну культуру). У чоловічої популяції середній показник ІВ (9,2 одиниць) захопленість/залежність від їжі (дієти), який потенціюється захопленістю/залежністю від сексу та його проявів, у 3,2 рази вищий середнього показника ІВ (2,9) жіночої популяції обстежених. Однонаправлені нейрофізіологічні зміни у адиктів харчових та у алкогольних адиктів, які проявляються порушеннями у погодженій діяльності півкуль головного мозку та між півкульового переносу емоційно значимої інформації і домінуванням правої півкулі головного мозку на фоні дефіциту діяльності лівої півкулі, свідчать на підтримку гіпотези про єдиний ґенез адиктивних розладів.

За гендерними ознаками захоплення/залежність від сексу у осіб чоловічої статі входить до блоку, який включає в собі захопленість/залежність від нелегальних ПАР, азартних ігор, шопінгу. У жіночої популяції — захоплення/залежність від сексу входить до блоку захоплення/залежність від алкоголю, нелегальних ПАР, азартних ігор. З наступним блоком іде інтеграція у чоловічої популяції через захоплення/залежність від алкогольних напоїв, а у жіночій популяції — через блок тютюнопаління у відповідності до кластерних зв'язків такого порядку. У чоловічої популяції залежність/захоплення від тютюну стоїть окремим кластером. Такі гендерні відмінності можна пояснити особливостями психофізичних проявів кожної із статей, а також процесами «фемінізації» в осіб чоловічої статі та процесами «маскулінізації» у осіб жіночої статі.

Провідним механізмом формування залежної поведінки є порушення об'єктивних, реальних відносин. Жага до зміни свого психічного стану і як наслідок цього, залежність від нехімічних та хімічних адикцій переважно виникає у осіб з преморбідно зміненим психічним станом і в своєму загалі це явище є в наш час більше спадковим, а групами ризику є особи молодого віку, особи, що мають схильність до іншої залежності, особи із недостатньою суспільною підтримкою.

Профілактика цих станів повинна в першу чергу бути направлена на встановлені та суттєві фактори ризику та захисту. «Заміщення» одного виду адиктивної поведінки на інший, звісно, являє чималий інтерес з точки зору терапії та профілактики адиктивної поведінки та (або) вживання ПАР. ПАР діють негативно на соціальне, особистісне, психічне та фізичне здоров'я. При «витісненні»(«заміщенні») повинні враховуватися та суворо дотримуватися такі головні принципи:

— рід (вид) занять, що пропонується, не повинен бути більш деструктивним, ніж той, що є «мішенню» для терапії (профілактики);

— адиктивний потенціал нового роду (виду) занять не повинен бути більше, ніж у початкового виду адиктивної поведінки;

— ризик розвитку залежності від нового роду (виду) занять повинен бути помірно вираженим.

Звісно, що здійснення подібних заходів потребує певних затрат, у тому числі, на додаткову підготовку спеціалістів.

УДК 616.89-008.441.3

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

М. О. Овчаренко

Державний медичний університет, м. Луганськ

Ключові слова: наркотична залежність, розповсюдженість, прогноз

Усі пацієнти, які перебувають на диспансерному обліку з наркотичною залежністю (НЗ), були поділені на дві групи: I — з високою прогредієнтністю перебігу та II — з малою прогредієнтністю. До групи I включені пацієнти із терміном від першого вживання наркотичних речовин до першого звернення по наркологічну допомогу менше 1 року. Пацієнти характеризувались швидким збільшенням щоденної дози наркотику від початку вживання та швидким прогресуванням клінічних проявів залежності. До II групи включені хворі із терміном між першим вживанням психоактивних речовин до моменту звернення до наркологічної служби більше 1 ріку. Ці пацієнти мали помірні прояви наркотичної залежності, поступове збільшення дози психоактивних речовин.

При проведенні кореляційного аналізу між показниками пацієнтів з I групи з показниками розповсюдженості за даними ВБНОН була встановлена виражена вірогідна кореляційна залежність ($R = +0,857$; $P < 0,003$). При кореляційному аналізі Спірмена показників розповсюдженості малопрогредієнтного перебігу НЗ із параметрами, які були встановлені ВБНОН, було визначено помірний коефіцієнт кореляції ($R = +0,377$; $P < 0,009$).

При аналізі динаміки показників отруєння наркотичними препаратами встановлено, що з 2003 року відбувається збільшення частоти випадків отруєння: з 290 у 2003 році, що було взято за 100 %, до 115,9 % — 124,2 % — 120,2 % — 122,8 % — 127,0 % відповідно у наступних роках.

При проведенні непараметричного кореляційного аналізу між частотою отруєння наркотичними препаратами та розповсюдженістю високопрогредієнтного перебігу НЗ було встановлено вірогідний кореляційний зв'язок ($R = +0,786$; $P < 0,001$), при зіставленні із частотою малопрогредієтної НЗ мала місце помірна кореляція із коефіцієнтом ($R = +0,348$; $P < 0,006$). Крім того, проаналізовано динаміку розповсюдженості анти-HCV антитіл серед населення області. Встановлено, що частота позитивних результатів щодо виявлення анти-HCV антитіл збільшилася з 1018 випадків у 2001 р. до 4743 — в 2008 р. По відношенню до показника 2001 р., взятого за 100 %, розповсюдженість анти-HCV антитіл динамічно збільшувалася з 2002 до 2008 р. — 237,4 % — 284,5 % — 364,0 % — 363,4 % — 380,4 % — 402,5 % — 466,0 % відповідно.

Таким чином, між частотою розповсюдження малопрогредієнтного перебігу НЗ в області існують вірогідні позитивні кореляційні зв'язки із рівнем НЗ за даними ВБНОН та частотою розповсюдженості анти-HCV позитивних результатів за даними санітарно-епідеміологічної служби, що виражається множинним регресійним рівнянням: МПНЗ = 0,249*А + 0,011*В – 24,927, де МПНЗ — розповсюдженість малопрогредієнтної наркотичної залежності (на 100 тис. населення); А — розповсюдженість наркотичної залежності за даними ВБНОН (на 100 тис. населення); В — частота розповсюдженості анти-HCV позитивних результатів за даними санітарно-епідеміологічної служби. Встановлені позитивні кореляційні зв'язки між рівнем високопрогредієнтної наркозалежності і показниками ВБНОН та частотою отруєнь наркотиками. Частота малопрогредієнтної НЗ має вірогідні кореляційні зв'язки із показниками ВБНОН та рівнем розповсюдженості позитивних результатів анти-HCV в сироватці крові. При прогнозуванні динаміки розповсюдженості наркозалежності в Луганській області встановлено, що у наступні 3 роки імовірним є збільшення високопрогредієнтної наркозалежності на 6,7 ± 0,5 % та збільшення рівня малопрогредієнтної наркозалежності на 8,1 ± 0,9 %.

УДК 616.89-008.441.3

АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА МЕТОДИ ЇЇ ПРОГНОЗУВАННЯ

М. О. Овчаренко

Луганський державний медичний університет

Ключові слова: наркотична залежність, розповсюдженість, прогноз

Мета дослідження — оцінка розповсюдженості та прогнозування динаміки наркотичної залежності (НЗ) в Луганській області.

В роботі проаналізовані статистичні звіти державної наркологічної служби, обласного ВБНОН, токсикологічних відділень та епідеміологічної служби за 10 років. Для оцінки вірогідності міжгрупових відмінностей використовували тести Mann-Whitney, для проведення непараметричного кореляційного аналізу — метод Spearman, мультиваріантний регресійний аналіз.

Встановлено, що відбувалось щорічне прогресивне збільшення рівня розповсюдженості наркозалежності з 83,8 на 100 тис. населення у 1999 р. до 205,9 — у 2008 р. При визначенні рівня 1999 р. за 100 % у наступні роки спостерігалась така динаміка — 112,6 % — 127,0 % — 150,4 % — 170,2 % — 190,8 % — 206,7 % — 222,1 % — 235,0 % — 245,7 % відповідно. За даними наркослужби найбільший рівень наркозалежності спостерігався в містах Луганської області від 123,4 на 100 тис. населення у 1999 р. до 248,9 — у 2008 р. При рівні 1999 р. у 100 % показники наступних років мали такі рівні розповсюдженості — 92,7 % — 103,3 % — 123,0 % — 137,8 % — 155,7 % — 178,0 % — 181,0 % — 192,9 % — 201,7 % відповідно. Найбільше зростання відмічено в Сєвєродонецьку (625,2 на 100 тис. населення), Луганську (319,9), Рубіжному (288,0), Свердловську (266,8), Антраціті (268,1). В сільських районах мало місце більш помірне збільшення рівня наркозалежності. Так, в 1999 р. цей показник склав 36,6 випадків на 100 тис. населення В наступні роки відбувалось збільшення цього рівня по відношенню до початкових 100 % — 1999 р. до 2008 р. — 118,0 % — 145,9 % — 169,4 % — 182,5 % — 213,1 % — 233,6 % — 249,2 % — 250,5 % — 261,2 % — відповідно. Серед сільських районів поступове зростання НЗ з найбільшим рівнем розповсюдженості мало місце в Сватівському районі (238,5 на 100 тис. населення), Кременському (167,0), Слав'яносербському (96,8), Лутугінському районі (95,6). З використанням матеріалів Луганського ВБНОН за останні 10 років встановлено, що загалом в області з 1999 року показник частоти наркозалежності збільшився з 325,7 випадків на 100 тис. населення до 685,4 — у 2008 році. По відношенню до початкового значення 1999 року, що було взято за 100 %, в наступних роках з 2000 до 2008 року відбувалось поступове збільшення розповсюдження наркозалежності (109,4 % — 125,2 % — 142,8 % — 154,9 % — 175,9 % — 192,8 % — 201,2 % — 206,1 % — 210,4 % відповідно). Найбільш інтенсивне зростання рівня наркозалежності має місце в містах області. Так, за 10 років показник частоти НЗ в містах зріс з 436,5 випадків на 100 тис. населення до 758,5 випадків. При динамічному порівнянні частоти НЗ при рівні 1999 року у 100 %, в наступних роках цей показник складав: 93,1 % — 100,0 % — 114,3 % — 123,9 % — 139,0 % — 162,3 % — 160,2 % — 169,8 % — 174,0 % відповідно). Частота наркозалежності в сільських районах Луганської області мала деякі відмінності від цього показника у містах. Так, збільшення розповсюдженості НЗ відмічалось з 1999 року до 2006 року, а у 2007—2008 роках мала тенденція до зниження цього показника. При порівнянні частоти НЗ в сільських районах із рівнем 1999 року, що був взятий за 100 %, нами встановлена така динаміка показників (99,8 % — 147,6 % — 167,8 % — 171,9 % — 213,4 % — 229,6 % — 239,7 % — 216,1 % — 218,9 % відповідно). При проведенні

непараметричного кореляційного аналізу Спірмена між розповсюдженістю НЗ за даними наркологічної служби та ВБНОН нами виявлені помірні корелятивні взаємозв'язки із коефіцієнтом $R = 0,289$ ($P < 0,047$).

УДК 616-085:547.943:577.1

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ВМІСТОМ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ ТА ПОКАЗНИКАМИ ПЕРЕКИСІНДУКОВАНОЇ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

М. О. Овчаренко, І. К. Сосін, С. Є. Казакова, Л. Л. Пінський, Т. М. Овчаренко

Луганський державний медичний університет, Харківська академія післядипломної освіти

Ключові слова: опіоїдна залежність, синдром відміни, перекисне окислення ліпідів

Значна поширеність опіоїдної залежності (ОЗ), в тому числі в осіб молодого віку, стає найбільш значущою медичною і соціальною проблемою в Україні. Рання смертність, інвалідизація при цій хворобі потребує вивчення патогенетичних механізмів ураження внутрішніх органів при ОЗ. Значущим є визначення впливу прозапальних цитокінів, активації перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та їх взаємозв'язків на прогноз перебігу ОЗ в різні періоди хвороби.

Метою дослідження стало визначення міжознакових корелятивних взаємозв'язків між вмістом прозапальних цитокінів — фактору некрозу пухлини — альфа (ФНП-α) та інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) в сироватці крові хворих на ОЗ в різні періоди хвороби.

Обстежено 37 хворих на ОЗ (27 чоловіків та 10 жінок) у віці від 19 до 42 років. Крім загальноприйнятого клініколабораторного обстеження проводили динамічне визначення інтенсивності хемілюмінесценції (ХЛ) сироватки крові за Е. П. Сидорик (1989) на хемілюмінометрі «Emilite-1105» та рівня ФНП-α та ІЛ-6 в сироватці крові за допомогою сертифікованих в Україні наборів ТОВ «Укрмед-Дон» на імуноферментному аналізаторі STAT FAX 2100 (USA).

Встановлено, що у групі донорів вірогідних корелятивних зв'язків між цими ознаками встановлено не було ($R_{ФНП-α \ — \ СХЛ} = -0,141$ ($P > 0,319$); ($R_{ФНП-α \ — \ ІХЛ} = +0,151$ ($P > 0,287$); ($R_{ФНП-α \ — \ Площа \ ХЛГ} = +0,215$ ($P > 0,125$). В динаміці спостереження у хворих на ОЗ відмічається поступове зростання міжознакових корелятивних зв'язків між вмістом ФНП-α та СХЛ від $R = +216$ ($P > 0,199$) при гострій інтоксикації до $R = +0,521$ ($P < 0,0010$) в період раннього та пізнього синдрому відміни ($R = +0,880$; $P < 0,0001$). При аналізі співвідношення рівня ІХЛ, яка відображає вміст прозапальних речовин в сироватці крові, та концентрацією ФНП-α, встановлено, що найбільші міжознакові корелятивні зв'язки мають місце в ранній та пізній абстиненції ($R = +0,355$; $P < 0,0187$ та $R = +0,488$; $P < 0,0022$ відповідно). Ці вірогідні корелятивні зв'язки зберігаються у хворих на ОЗ і в періоді ремісії ($R = +0,328$; $P < 0,0475$).

За результатами непараметричного корелятивного аналізу між вмістом ФНП-α та площею хемілюмінограми (ХЛГ), яка відображає співвідношення активності ПОЛ та антиоксидантного захисту сироватки крові, встановлено, що вірогідна кореляція має місце в пізньому абстинентному періоді ($R = +0,365$; $P < 0,0265$).

Збільшення концентрації ФНП-α обумовлює підвищення вмісту прооксидантних речовин в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність в ранній ($R = +0,385$; $P < 0,0187$) та пізній абстиненції ($R = +0,488$; $P < 0,0022$) та періоді ремісії ($R = +0,328$; $P < 0,0475$), а також обумовлює збільшення інтенсивності ПОЛ в ранньому ($R = +0,521$; $P < 0,0010$) та пізньому ($R = +0,880$; $P < 0,0001$) абстинентному періодах і зсув балансу ПОЛ — АОЗ сироватки крові в бік активації ПОЛ у пізній абстиненції ($R = +0,365$; $P < 0,0265$).

Зростання концентрації ІЛ-6 в сироватці крові обумовлює збільшення вмісту прооксидантних речовин в ранньому ($R = +0,613$; $P < 0,0001$), пізньому абстинентному ($R = +0,652$; $P < 0,0001$) періодах та у ремісії ($R = +0,458$; $P < 0,0044$) у хворих на опіоїдну залежність, а також збільшення інтенсивності процесів ПОЛ у пізній абстиненції ($R = +0,380$; $P < 0,0203$) і зсув співвідношення ПОЛ — АОЗ у ранньому ($R = +0,512$; $P < 0,0011$) та пізньому ($R = +0,503$; $P < 0,0015$) абстинентному періодах.

УДК 613.816:616.89-008.447

СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНИЙ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Н. Г. Пшук, П. М. Слободянюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Ключові слова: психологічні особливості, клінічні особливості, взаємозв'язок, хворі на алкогольну залежність

З метою розробки системи інтегративної психотерапії чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), проведено дослідження їх психологічних і клініко-психопатологічних особливостей та визначення взаємного впливу між вищезазначеними параметрами, для виокремлення основних патологічних конструкцій, які формують алкогольні риси пацієнтів та впливають на функціонування алкогольної особистості.

За умови інформованої згоди, обстежено 150 пацієнтів, які відповідають діагностичним критеріям МКХ-10 — F 10.2 алкогольна залежність, різного вікового цензу в період ремісії (основна група). В групу порівняння склали 50 практично здорових осіб — чоловіків.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що в особистісному портреті у хворих на АЗ виокремлюються: високий рівень невротизації з вираженими депресивними рисами характеру ($p < 0,001$); емоційна нестійкість із частими коливаннями настрою, превалювання збудливого та дистимічного типу акцентуації характеру із зміною емоційного фону ($p < 0,001$). Складність взаємозв'язків функціонування пацієнтів у суспільстві формує множинність варіантів порушення їх соціальної адаптації та пристосування. Схильність до афективних ексцесів із агресивною поведінкою до оточуючих та непевність у собі утрудняють процес спілкування й формують низьку соціальну активність ($p < 0,001$).

Серед клінічних та психопатологічних особливостей формування АЗ провідними мотивами вживання алкоголю (МВА) виявлені соціально-психологічні, особистісно-значущі, патологічні. Найбільш уразливою є категорія пацієнтів із патологічною мотивацією ($p < 0,001$). Пацієнти із ритуально-ситуаційними МВА є більш «збережені». У пацієнтів із соціально-психологічними МВА поза загостренням АЗ алкогольні ексцеси перебігають менш виражено та брутально. Виявлено, що висока спадкоємність спостерігається по лінії батька, проте «материнський алкоголізм» формує у дитини відторгненість та замкнутість, які у майбутньому стають «особистісним підґрунтям» розвитку АЗ. На начальних етапах складність клінічних взаємозв'язків АЗ формує яскраву палітру психопатологічних розладів, яка з часом втрачає свою індивідуальну гаму, привласнюючи загальні риси захворювання.

У пацієнтів із АЗ мають місце два можливих види впливу взаємозв'язків між психологічними та клініко-психопатологічними характеристиками: вертикальний вплив взаємозв'язків, коли психологічні та клініко-психопатологічні особливості АЗ призводять до зростання їх значущості, або горизонтальний — коли вони посилюють або послабляють силу дії іншого ($p < 0,001$). Дані взаємозв'язки класифікуються нами як «збережені» та «руйновані» із «односпрямованим» та «зворотнім» взаємозв'язком посилення клінічних ознак. Для пацієнтів із соціально-психологічними МВА — «особистісні зломи» проявляються невмінням протистояти тиску оточуючих, нездатністю відмовитися від прийому алкоголю,

тривогою; для хворих із патологічними МВА — «патологічна складова» у змісті має незрілість, «афективну логіку», лабільність, легкість фрустрації, зниження самооцінки, страх оцінки, егоцентризм, невпевненість, уникнення проблем.

В цілому особистісні риси у хворих мають «переддиспозиційну» основу без досягнення патологічного рівня, «перехідну» із формуванням акцентуації та патології та «патологічну» із вираженими патологічними рисами особистості. Загальним між тяжкістю клінічної картини А3 та наявністю психологічної переддиспозиції є спадковість у матері та батька, вік дебюту А3 менш 20 р., стаж вживання алкоголю більш 10 р., середня доза у межах 151—500 мл, максимальна доза у межах 1001—1250 мл.

Ми вважаємо, що для розробки комплексних лікувальних заходів із врахуванням як медикаментозній терапії так й психотерапії, необхідно обов'язково отримувати вісь спектр об'єктивної інформації щодо життя хворого. Такий підхід надає можливість виявити та проаналізувати не лише існуючі проблеми у пацієнтів, а на наш погляд, що є більш важливішим, — встановити потребу та необхідний рівень корекції при інтегративній психотерапії.

УДК 616.89-008.441.13-036.22(477)

КОГОРТНЕ ПОПУЛЯЦІЙНО-ГЕНЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

О. С. Самойлова

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

Ключові слова: стани залежності, популяційно-генетичне дослідження

Метою цієї роботи є вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності різного походження (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманій, ігроманій тощо), механізмів їх реалізації під впливом зовнішнього середовища та для розробки нових підходів щодо профілактики терапії.

Такі дані можуть бути одержані лише шляхом лонгітудінальних (багаторічних) когортних досліджень сімей із проявами залежностей, що свого часу виконав серед родин шахтарів засновник сучасної доказової медицини A. L. Cochrane.

Протягом першого півріччя 2010 р. було обстежено 220 хворих (чоловіків) з різними видами наркотичної залежності у віці від 18 до 46 років.

Досліджували: родинний анамнез, поточний адиктивний статус та показник якості життя.

Побудову моделі успадкування буде зроблено на підставі розподілу патологічних особливостей (станів залежності різного походження), що вивчаються у поколіннях родичів пробандів.

Визначення впливу генетичної обтяженості на клінічний перебіг захворювання буде проводитись шляхом відстеження динаміки клінічних проявів залежності протягом тривалого терміну (щонайменше 10—15 років) спостереження за контингентом.

Набір первинного матеріалу триває.

УДК 616.895.4-071-08:615.214

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ

О. В. Скринник, О. С. Серікова

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», Харків

Ключові слова: біполярний афективний розлад, зловживання алкоголем, особливості перебігу

Як показали епідеміологічні дослідження, 46,2 % пацієнтів з біполярним афективним розладом (БАР) зловживають алкоголем (R. C. Kessler, 1997). Вживання алкоголю значно погіршує перебіг БАР, знижуючи ефективність традиційних схем терапії.

Метою нашого дослідження стало комплексне вивчення особливостей перебігу БАР у хворих, що зловживають алкоголем.

Було досліджено 98 історій хвороб 52 пацієнтів з БАР. Вони були поділені на 2 групи: основна — 27 хворих з БАР, що зловживали алкоголем, група зіставлення — 25 хворих з БАР, які не вживали алкоголь. Середній вік — 39,4 ± 12,6 років. Середня тривалість захворювання 11,3 ± 4,7 років. Під час дослідження аналізували особливості перебігу, частота та тривалість фаз.

Під час оцінювання перебігу БАР було виявлено, що середня кількість перенесених епізодів складала в основній групі 9,2 ± 6,8, а в групі зіставлення — 7,8 ± 4,2 ($p > 0,05$). Середня частота фаз на протязі року — 0,7 ± 0,4 в основній групі, та 0,9 ± 0,6 ($p > 0,05$) у групі зіставлення. У пацієнтів основної групи частіше спостерігалися маніакальні епізоди (8,6 ± 3,4 фази), ніж в групі порівняння — 3,5 ± 2,5 фази, $p > 0,05$). Депресивна фаза частіше була у хворих, що не зловживають алкоголем — (3,0 ± 2,53) фази в основній групі та (5,5 ± 3,3) — у групі зіставлення, $p > 0,05$).

Результати дослідження свідчать про більш несприятливий перебіг БАР у хворих, що зловживають алкоголем.

УДК 616.89-008.441.13-08-06

РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ РЕМИССИОННОГО ПЕРИОДА КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

И. М. Сквира

Гомельский государственный медицинский университет (Республика Беларусь)

Ключевые слова: алкогольная зависимость, лечение, ремиссия, рецидивоопасные клинические состояния

Современная парадигма лечения алкогольной зависимости, основанная на закономерности процессуального течения данного заболевания с невозможностью биологического излечения, предполагает необходимость соблюдения пациентами режима абсолютной трезвости, получившего определение «ремиссия», под которой подразумевается не всякое воздержание от употребления алкоголя, а только сопровождаемое ослаблением признаков болезни. Поэтому, сохраняющиеся, или вновь возникающие в ремиссии, ассоциированные с алкогольной зависимостью симптомы (влечение к алкоголю, алкогольная депрессия, псевдоабстинентный синдром и другие), ранее определенные нами как рецидивоопасные клинические состояния (РОКС), ставят под сомнение сохранение ремиссии, являются факторами высокого риска рецидива алкогольной зависимости.

Целью исследования явилось создание способа прогнозирования устойчивости терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости и разработка практических рекомендаций по лечению больных.

500 пациентов (средний возраст 39,4 ± 6,2 года) с алкогольной зависимостью (шифр по МКБ-10 F 10.2), по собственному желанию разделившиеся на две группы сравнения, в течение года наблюдения исследованы клиническим, патопсихологическим и статистическим методами. В первую группу вошли 450 пациентов, прошедших курс противоалкогольного лечения с использованием системного подхода с интегральной психотерапией, во вторую группу были включены 50 случаев формирования ремиссии после традиционного курса противоалкогольного лечения, завершенного сеансом опосредованной, ятрогенно ориентированной (на внушенном страхе перед употреблением алкоголя на фоне действия запрета) психотерапии.

Установлено, что клинически выраженные РОКС с рецидивом алкогольной зависимости на этапе становления ремиссии (до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) из 500 пациентов первой группы наблюдались у 81 (16,2 %), а из 50 пациентов второй группы — у 24 (48 %) ($p = 0,0003$). На этапе полной ремиссии (после 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) клинически

выраженные РОКС с рецидивом заболевания из 500 пациентов первой группы наблюдались у 56 (11,2 %), а из 50 пациентов второй группы — у 7 (14 %) ($p > 0,05$).

Рецидивоопасные клинические состояния на этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя) являются индикаторами качества оказания помощи пациентам с алкогольной зависимостью. Воздержание от алкоголя из-за страха за свое здоровье, в случае употребления алкоголя на фоне действия внушенного запрета при ятрогенно ориентированных методах, приводит к формированию преимущественно субкомпенсированных ремиссий с сохранением у многих пациентов клинических признаков алкогольной зависимости в виде рецидивоопасных клинических состояний. Только комплексное лечение с интегральной психотерапией, объединяющее многочисленные и многоуровневые терапевтические факторы (биологические, психологические и социальные) и активность самого пациента в преодолении его зависимости от алкоголя позволяют существенно повысить эффективность лечения алкоголизма по длительности и качеству ремиссии.

УДК 616.89-008.441.3

О НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В УКРАИНЕ

И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: алкоголь, наркотики, новые виды зависимости

Наркологическая ситуация в Украине на протяжении последних 20 лет остается стабильно напряженной. По данным статистики, количество пациентов, состоящих на учете в наркологических диспансерах, достигает 1 млн человек. В структуре зависимости от психоактивных веществ алкогольная патология продолжает оставаться доминирующей, суммарное потребление алкоголя в Украине достигло 11—12 литров абсолютного алкоголя в год на душу населения, происходит перманентный рост числа алкогольных психозов, что свидетельствует о более высокой фактической распространенности алкоголизма. Синдром алкогольной зависимости становится все более коморбидным с энцефалопатией, кардиомиопатией, полиневропатией, гепатитом, циррозом печени, гастритом, панкреатитом, эпилепсией и др. Изменилась структура потребления алкогольных напитков, по объему розничного товарооборота водка и коньяк начинают динамично уступать пиву, что внесло видоизменения в нозологическую структуру зависимости (констатация пивного алкоголизма). Наметилась повсеместная тенденция формирования алкоголизма в молодом возрасте, у лиц женского пола, у пожилых, участились атипичные формы алкогольного опьянения у лиц без проблем зависимости.

В структуре наркотизма спектр химических субстанций, потребляемых наркозависимыми, имеет совершенно отчетливую динамику постоянного обновления. Реалии современной наркологии таковы, что любой новый наркотизм обладает способностью «самоклонироваться» и молниеносно эволюционировать от локальных экзотических эпизодов до масштабов национального бедствия. Таких фактов обвальной наркотизации было предостаточно, что наглядно демонстрируется на модели препаратов «трамадол», «эффект», «трайфед», «зопиклон», «спазмолекс», «кодтерпин», «коаксил» и др. Отмечается постоянный рост контингента «аптечных» наркопотребителей. Особенно эти процессы обостряются в условиях необходимости правового ужесточения доступа к наркотическим веществам, что и происходит в настоящее время. Появление в наркогенном поле лекарственных препаратов, вызывающих зависимость, потенциально способно привести к пока еще неизвестным в клинической наркологии токсическим последствиям. Реальной проблемой является рост ингаляционных форм токсикоманий, курения шалфея, курительных смесей (искусственные каннабиноиды), расширяется распространение «рекреационных» и «клубных» наркопотребителей, которые избирательно поражают детско-подростковую популяцию и приводят к формированию тяжелых наркоассоциированных расстройств, интеллектуально-мнестических и церебральных дисфункций. Приобрела масштабный характер постоянная ротация психоактивных веществ в среде зависимых, повсеместно отмечен феномен молниеносного становления перекрестной толерантности, повышения сочетанных разовых и суточных доз приема токсикантов.

Следующей особенностью является рост нехимических видов зависимости (азартные игры, Интернет- и ПК-аддикция), а патологическое влечение отмечается во всех возрастных группах, превращаясь в гемблинг-эпидемию. Проблема гемблинга приводит к формированию тяжелых психопатологических феноменов депрессивного, астенического, обсессивно-компульсивного, паранойяльного и фобического спектра, брутальной трансформации личностных черт.

Проводимый мониторинг наркологической ситуации в Украине учитывается при построении инновационных лечебно-профилактических программ и внедрения механизмов их оценки.

УДК 616.89-008.441.13-08:615.214

ИННОВАЦИОННЫЙ ВАРИАНТ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИОИДОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ю. Ф. Чуев

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: болевой синдром, синдром отмены опиоидов, препараты нефопам, дексалгин

В целях эффективного экспресс-купирования болевого синдрома опийного генеза нами разработана и апробирована адъювантная лечебная комбинация, состоящая из двух препаратов — нефопам и дексалгин. Основой для проведения данного исследования стала научная гипотеза о синергическом, взаимнопотенцирующем действии нестероидных противовоспалительных препаратов и ненаркотических анальгетиков центрального действия. Целью стало изучение влияние данной противоболевой комбинации на алгические расстройства в клинике опийного абстинентного синдрома (героин, опий-сырец, метадон).

Нефопам является сильным и быстродействующим ненаркотическим анальгетиком. Препарат дексалгин представляет собой нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП).

В исследование были включены 18 пациентов: 9 больных с героиновой зависимостью, 6 — с зависимостью от опия-сырца, 3 — с зависимостью от метадона. Все мужчины, в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст — 22,8 ± 2,6). Диагностика осевых синдромов зависимости проводилась по МКБ-10. У всех больных была сформирована зависимость от опиоидов, длительность заболевания варьировала от 0,5 до 6 лет. Степень тяжести ОАС была квалифицирована как средняя у 14 и как тяжелая у — 4 больных. Лечение абстинентного синдрома было комплексным, включало: инфузионную терапию с применением детоксиканта реамберина, антиконвульсанты, агонисты α-2-адренорецепторов (клофелин), при выраженном влечении к наркотику, психомоторном возбуждении назначали клопиксол и рисполепт, при расстройствах сна — анданте, лексон, тизерцин. Противоболевую терапию проводили по следующей схеме: нефопам по 20—40 мг утром, днем и вечером внутримышечно, с интервалом введения в 6 часов, дексалгин по 50 мг внутривенно на изотоническом растворе 2—3 раза в сутки, с интервалом в 8—12 часов. При терапии дексалгином возможны побочные эффекты, характерные для других НПВП, поэтому при наличии выраженных проблем с желудочно-кишечным трактом (язвенная болезнь, кровотечение

в анамнезе) от данного вида терапии следует воздержаться. Общая длительность применения противоболевой комбинации не превышала 3—4 дней (при тяжелых болевых расстройствах 5—7 дней).

При внутримышечном введении адъювантной лечебной комбинации анальгезирующее действие наступало через 30—40 минут и продолжалось до 4—8 часов. Анальгетический эффект сочетанного действия данных препаратов был оценен как высокий, при умеренной болевой симптоматике купирование достигалось за 2—3 дня, при выраженных алгических проявлениях коррекция болевых расстройств происходила за 3—5 дней. В ряде наблюдений сочетанное использование двух препаратов позволяло снизить дозы каждого из них, а также уменьшить длительность их применения. При использовании лечебной комбинации не отмечалось местно-раздражающего действия, постинъекционных инфильтратов и других осложнений.

Полученные результаты позволяют рекомендовать включение адъювантной противоболевой лечебной комбинации в комплексные терапевтические программы у больных опийной наркоманией на этапе детоксикации.

УДК 616.89-008.441.13-08:616-056.3

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КЛОПИКСОЛ ПРИ КУПИРОВАНИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИОИДОВ

Е. Ю. Чуева

Харьковская областная психиатрическая больница № 1

Ключевые слова: препарат клопиксол, синдром отмены опиоидов

В клинике состояния отмены при опийной наркомании одним из ведущих синдромов является совокупность развернутых психических и поведенческих нарушений, доходящих до уровня генерализованности и требующих принятия адекватных терапевтических мер.

Целью исследования стало изучение эффективности препарата клопиксол в комплексе средств и методов купирования синдрома отмены опиоидов.

Обследовано 8 больных (все мужчины, в возрасте от 21 до 27 лет), обратившихся за медицинской помощью по поводу опийной зависимости. Длительность систематической наркотизации (кустарные опиаты, трамадол) составляла от 2 до 5 лет. Диагностику осевых синдромов опийной зависимости проводили в соответствии с критериями МКБ-10. Синдром отмены проявлялся характерными соматовегетативными, агрипническими, алгическими и психопатологическими расстройствами. Клиника синдрома отмены включала компульсивную, неодолимую формы влечения, угнетенное настроение, раздражительность, вялость, тревожность, слезящиеся глаза, чихание, насморк, слюнотечение, озноб, потливость, «гусиную кожу», зевоту, напряжение мышц спины, рук и ног. Клопиксол (зуклопентиксол) назначали при преобладании в клинической картине синдрома отмены выраженных психопатологических нарушений: психомоторного возбуждения, напряженности, дисфории, осознанного, компульсивного влечения к наркотику. Препарат применялся в форме клопиксола-акуфаз по следующей апробированной схеме: начальная доза составляла 50 мг (1,0 мл в/м), вторая инъекция производилась в той же дозе через 24 часа, и третья инъекция (50 мг в/м) — на 4 сутки терапии.

Терапия клопиксолом осуществлялась на фоне традиционного детоксикационного алгоритма терапии синдрома отмены опиоидов. У 2 пациентов были выявлены незначительные экстрапирамидные симптомы, которые были представлены в основном такими нарушениями, как скованность походки, небольшая ригидность мышц конечностей, шеи, мелкоразмашистый тремор. Указанные побочные явления носили невыраженный характер, проходили после единичного назначения корректоров в адекватных дозировках с соблюдением правил предосторожности, и повторно не возникали. При использовании формы клопиксол-акуфаз терапевтический эффект развивался через 1,5—2 часа после инъекции, проявлялся в общей седации и успокоении больного. В 4 наблюдениях после инъекции развивался длительный сон, который продолжался приблизительно 12—16 часов и более. Анализ результатов исследования позволил оценить эффективность терапии клопиксолом как высокую. Препарат быстро, уже ко 2—3 дню применения, купировал психомоторное возбуждение, дезактуализировал патологическое влечение к опиоидам, заметно снижал выраженность аффективной и дисфорической симптоматики. На фоне лечения клопиксолом больные в достаточно короткий срок становились более доступными для психотерапевтического контакта, их поведение было спокойным, упорядоченным, быстрее формировалось критическое отношение к пережитому, явлений нейролептической загруженности отмечено не было. Выявлено позитивное влияние клопиксола на нарушения поведения, агрессивность, проявления аутоагрессии. К положительным эффектам терапии клопиксолом следует отнести сравнительно небольшое количество требуемых инъекций, отсутствие местно-раздражающего действия.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты позволяют рекомендовать включение клопиксола в комплексные терапевтические программы при купировании синдрома отмены опиоидов.

УДК 616. 89-008

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ О КОНКУРЕНЦИИ/КООПЕРАЦИИ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

В. В. Шалашов, В. В. Литвиненко, А. В. Бараненко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков

Ключевые слова: зависимое поведение, психоактивные вещества, конкуренция, кооперация

Известно, что расстройства поведения, характеризующиеся патологической увлеченностью каким-либо родом деятельности, взаимосвязаны с расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ), в том числе нелегальных (НПАВ). Информация о конкуренции или кооперации между различными видами зависимого поведения и употребления ПАВ может быть использована для совершенствования мероприятий, направленных на первичную профилактику расстройств вследствие употребления НПАВ.

С помощью разработанных нами АУДИТ-подобных тестов (Свидетельства о регистрации авторских прав №№ 29594—29609 и 29681) были обследованы 200 учащихся вузов г. Харькова. На основе сопоставления частоты встречаемости различных видов аддиктивного поведения и употребления психоактивных веществ был рассчитан индекс взаимодействия (ИВ), который отображает во сколько раз увеличивается (ИВ > 1 — «кооперация») или уменьшается (ИВ < 1 — «конкуренция») риск формирования зависимости от еще одного объекта злоупотребления при наличии одного существующего (ИВ рассчитаны как средние гармоничные рисков, формирование зависимости от других объектов злоупотребления трех степеней тяжести: > 7, > 15 и > 19 баллов при наличии данной зависимости также трех степеней тяжести: > 7, > 15 и > 19 баллов).

Наиболее высокие ИВ получены для показателей употребления/зависимости от нелегальных психоактивных веществ — с проявлениями употребления алкоголя (24,8), азартными играми (13,5). ИВ, свидетельствующий о повышении вероятности формирования зависимости более чем вдвое, — табакокурением (5,2) употреблением чая/кофе (3,1). Для показателя употребления НПАР определено 5(!) показателей ИВ менее 1. Умеренная конкуренция (ИВ = 0,99—0,5) определена для таких проявлений как увлеченность Интернетом (0,7) и увлеченность компьютерными играми (0,8). Выраженная конкуренция (ИВ < 0,5) выявлена для увлеченности чтением (0,4) и работой/учебой (0,3).

Информация о кооперации между расстройствами вследствие употребления НПАР и расстройствами сексуального поведения может быть использована в виде недопустимости употребления ПАВ как способа повышения сексуальной коммуникативности.

Что касается профилактических мероприятий, направленных на использование конкуренции между различными видами зависимого поведения в отношении НПАВ, можно взять за основу следующие проявления увлеченности родом занятий: увлеченность чтением, пользованием Интернет, компьютерными играми и работой/учебой. В качестве профилактических мер, направленных на молодежную аудиторию, можно предложить следующие: периодическое размещение в периодических изданиях, ориентированных на молодежную аудиторию, научно-популярных материалов о вредных последствиях приема алкоголя и НПАР с учетом особенностей интересов, превалирующих в данной группе; создание ресурсов с антинаркотической направленностью в сети Интернет.

Увлечение работой/учебой, согласно полученным данным, может оказывать эффективное противодействие употреблению НПАР. Однако «культивировать» эту увлеченность достаточно проблематично — это требует мер на уровне государства, таких как оптимизация учебного процесса и трудоустройства молодежи.

УДК 616.89-008.441.13-08-036.66

ПРОЦЕС І РЕЗУЛЬТАТИ СЕНСИБІЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ, В СВІТЛІ КРИТЕРІЇВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

І. О. Шараневич

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

Ключові слова: алкоголь, залежність, доказова медицина, сенсибілізуюча терапія

Мета дослідження: розробити підходи щодо поліпшення якості життя хворих, залежних від алкоголю, протягом формування терапевтичної ремісії при різних варіантах сенсибілізуючого лікування.

Усього досліджено 130 хворих на алкогольну залежність (F 10.2 за МКХ-10). При цьому виділені дві однорідні групи порівняння, тотожні за провідними загальними та клінічними характеристиками.

На етапі завершення основного протиалкогольного лікування при наявності мотивації пацієнтам проводили сенсибілізуючу терапію за допомогою дисульфіраму. В основній групі 100 особам використовували ін'єкційну форму дисульфіраму пролонгованої дії — «тетлонг-250». Пацієнти групи порівняння отримували перорально дисульфірам не пролонгованої дії. Медикаментозне лікування пацієнтів обох груп супроводжувалось раціональною психотерапією.

Всі пацієнти досліджувались за стандартною схемою, двократно, у перебігу станів: І-й візит — активна алкогольна залежність, 2-й візит — через 180—200 діб (стан повної терапевтичної ремісії, або рецидив, згідно з критеріями МКХ-10). Вивчення анамнезу, скарг пацієнтів, психопатологічних та поведінкових проявів відбувалося у рамках клініко-психопатологічного методу у відповідності з діагностичними критеріями МКХ-10. При цьому використовували: клініко-психопатологічний метод з використанням оцінки залежності від алкоголю за МКХ-10, оцінку важкості алкогольної залежності за допомогою опитувальника SADQ-C. Оцінку якості життя, як основного з позицій доказової медицини показника ефективності терапії проводили за триалогом — суб'єктивна та зовнішня оцінка членів сім'ї і лікаря з використанням опитувальника Mezzich at al. Психодіагностичне дослідження проводили за допомогою шкальних методик, що дозволили одержати кількісні значення характеристик: шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханіна, шкала самооцінки депресії DEPS; методи математичної статистики, зокрема, методи дисперсійного та кореляційного аналізу.

Наведено порівняльну комплексну клініко-психопатологічну й психодіагностичну характеристику хворих в стані повної ремісії та в стані рецидиву після підтримуючого лікування пролонгом дисульфіраму. Встановлено залежність прогнозу результату терапії від тяжкості алкогольної залежності, спадковості, динаміки емоційного стану та якості життя. Визначено кореляційні зв'язки поміж різними клінічними та психодіагностичними характеристиками у хворих з позитивним результатом лікування та хворих з негативним результатом лікування. Встановлено прогностичну значущість клінічних та психодіагностичних показників та динаміки якості життя для оцінки ефективності підтримуючої терапії пролонгом дисульфіраму. Визначені основні чинники розвитку раннього рецидиву алкогольної залежності.

За результатами комплексного клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження визначено діагностичну цінність та інформативність кожної одержаної прогностичної ознаки і на цій основі створено діагностичні таблиці для прогнозування ефективності підтримуючої терапії пролонгом дисульфіраму — тетлонгом-250. Визначені динамічні фактори прогнозу рецидиву, тобто терапевтичні мішені для мінімізації імовірності негативного прогнозу. На основі аналізу ефективності підтримуючої терапії тетлонгом-250 у осіб з позитивним або негативним результатом лікування, розроблені оптимальні підходи до проведення такої терапії з метою поліпшення якості життя пацієнтів.