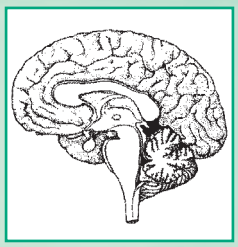
ISSN 2079-0325



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



• Том 20, випуск 3 (72), 2012
• Volume 20, issue 3 (72), 2012

Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Засновник і видавець: НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ТОВАРИСТВО НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ, ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

Головний редактор **П. В. ВОЛОШИН**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Абрамов В. А., Бітенський В. С.,
Борисов В. І., Вербенко В. А.,
Гетьман А. П., Головач К. М.,
Дубенко Є. Г., Євтушенко С. К.,
Казакова С. Є., Кожина Г. М.,
Коновалова В. О., Мартинюк В. Ю.,
Мироненко Т. В., Павлов В. О.,
Пашковський В. М., Пшук Н. Г.,
Рачкаускас Г. С., Ревенок О. А.,
Реміняк В. І., Сон А. С.,
Сосін І. К., Статинова О. М.,
Фільц О. А., Шаповалов В. В.,
Шепітько В. Ю., Юр'єва Л. М.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

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

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

Рекомендовано до друку Вченою Радою ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (протокол № 10 від 28.08.2012 р.)

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

Том 20, випуск 3(72)
Харків, 2012



Журнал «Український вісник психоневрології» друкується з 1993 року ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН 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 щоквартально. 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., Вербенко В. А., Казакова С. Є., Кожина Г. М., Луценко О. Г., Михайлов Б. В., Напрєєнко О. К., Підкоритов В. С., 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
Євтушенко С. К., Козявкін В. І., Мартинюк В. Ю., Танцура Л. М.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ, ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СПРАВИ, ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА, СУДОВОЇ ФАРМАЦІЇ ТА КРИМІНАЛІСТИКИ
Шаповалова В. О., Шаповалов В. В., Шепітько В. Ю.

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 у перелік 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, вул. Ак. Павлова, 46,
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
Редакція журналу «Український вісник психоневрології»

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р. Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 30,225 + 0,7 вкл. Обл.-вид. арк. 48,1. Тираж 1000 пр. Зам. №

Науково-практичне товариство неврологів, психіатрів та наркологів України, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
Адреса редакції та видавця: вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, 61068, тел./факс: 738-32-25, e-mail: inpn@ukr.net; mscience@ukr.net

Надруковано з оригінал-макета, виготовленого ФО-П Строков Д. В., у друкарні № 18 Південної залізниці, вул. Червоноармійська, 7, м. Харків, 61052
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ХК № 34 від 27.06.2001 р.

ISSN 2079-0325

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

Хобзей М. К.[1], Волошин П. В.[2], Марута Н. О.[1, 2], Зінченко О. М.[1], Петриченко О. О.[1], Дьяченко Л. І.[2] (Київ[1], Харків[2])
Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні 13

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Волошин-Гапонов І. К. (Харків)
Сучасні уявлення про етіологію та патогенез хвороби Вільсона — Коновалова 19

Бабінець Л. С., Надкевич А. Л. (Тернопіль)
Мінеральна щільність кісткової тканини, цитокіновий статус та ендотеліальна дисфункція у хворих з рефлекторними проявами поперекового остеохондрозу, можливості їх корекції 21

Гуменюк Л. М., Савін А. О. (Сімферополь)
Динамічний аналіз клініко-психопатологічних порушень у хворих з першим психотичним епізодом під дією арт-терапії 25

Евтушенко С. К., Нагорная Н. В., Симонян В. А., Евтушенко Л. Ф., Кардашевская Л. И., Симонов Р. В., Шепотинник Е. В., Перепечаенко Ю. М., Коценко Ю. И., Сохань Д. А. (Донецк, Мариуполь)
Ішемічні інсульти, обумовлені парадоксальною емболією, що асоціюється з незарощеним овальним вікном (putment foramen ovale), в віковому аспекті 28

Копчак О. О. (Київ)
Ефективність застосування антидепресивної терапії у лікуванні хворих з депресивними та когнітивними розладами на фоні хронічної недостатності мозкового кровообігу 31

Морозова І. В. (Донецьк)
Діагностична значимість патерн-реверсивних поліхроматичних зорових викликаних потенціалів у хворих на розсіяний склероз .36

Пилипець О. Ю. (Харків)
Стан макро- та мікроелементного обміну у дітей з різними типами епілептичних нападів 42

Полшкова С. Г. (Київ)
Параметри якості життя в осіб небезпечних видів професій 45

Римша С. В., Теклюк С. В., Мруг О. Ф. (Вінниця)
Порівняльний аналіз застосування конвенційних нейролептиків та атипових антипсихотиків із використанням соціореабілітаційних заходів при лікуванні психічних захворювань шизофренічного спектра 49

Рослякова В. О. (Харків)
Система психотерапевтичного супроводу у хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки 52

Сайко Д. Ю. (Харків)
Особливості клініки і закономірності формування психічних розладів при хвороби Паркінсона 54

Федак М. Б. (Харків)
Емоційні розлади у хворих на ішемічну хворобу серця 59

Федченко В. Ю. (Харків)
Специфіка факторів психічної травматизації у хворих на соматоформні розлади та їх вплив на клініко-психопатологічну структуру даної патології 60

Шаповалов В. В. (мол.) (Харків)
Доказова фармація: вивчення режиму контролю лікарських засобів із кортексином 64

Пелехова О. Л. (Харків)
Сучасні аспекти синдрому Гійєна — Барре 67

CONTENTS

PROBLEM ARTICLES

Khobzey M. K.[1], Voloshyn P. V.[2], Maruta N. O.[2], Zynchenko O. M.[1], Petrychenko O. O.[1], Dyachenko L. I.[2] (Kyiv[1], Kharkiv[2])
The state of mental health of the population and perspectives of development of mental health care in Ukraine 13

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND SUBSTANCE ABUSE DISORDERS

Voloshyn-Gaponov I. K. (Kharkiv)
Modern conception of the etiology and pathogenesis of Wilson — Konovalov disease 19

Babinets L. S., Nadkevich A. L. (Ternopil)
Bone mineral density, cytokines status and endothelial disfunction in patients with reflex syndromes of lumbar osteochondrosis, possibility of their correction 21

Gymenyuk L., Savin A. (Simferopol')
Dynamic analysis of clinical and psychopathological disorders among the patients who have the first psychotic episode under the art-therapy 25

Yevtushenko S. K., Nagornaya N. V., Simonyan V. A., Evtushenko L. F., Kardashevskaya L. I., Simonov R. V., Shepotinnik E. V., Perepechaenko Yu. M., Kotsenko Yu. I., Sohan D. A. (Donetsk, Mariupol)
Ischemic strokes, caused by paradoxical embolism associated with cleft oval window (putment foramen ovale) in the age aspect 28

Kopchak O. O. (Kyiv)
Efficacy of antidepressants in the treatment of patients with depressive and cognitive disorders and chronic cerebrovascular insufficiency 31

Morozova G. V. (Donets'k)
Diagnostic significance of pattern-reversing polychromatic visual evoked potentials in multiple sclerosis patients 36

Pylypets O. Yu. (Kharkiv)
State of macro- and microelemental metabolism in children with different types of epileptic seizures 42

Polshkova S. G. (Kyiv)
Quality of life parameters in patients of dangerous professions 45

Rymsha S. V., Teklyuk S. V., Mrug O. F. (Vinnytsya)
Comparative analysis of employment of conventional neuroleptics and atypic antipsychotics applying socio-rehabilitating measurs in the treatment of mental disorders with schizophrenic spectrum 49

Roslyakova V. A. (Kharkiv)
System of therapeutic support of the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area 52

Sayko D. Yu. (Kharkiv)
Clinical peculiarities and regularities of formation of mental disorders in Parkinson's disease 54

Fedak M. (Kharkiv)
Emotions disorders in patients on coronary hart disease 59

Fedchenko V. Yu. (Kharkiv)
Specific of factors of mental trauma in patients with somatoform disorders and their impact on clinical and psychopathological structure of the pathology 60

Shapovalov V. V. (Jr.) (Kharkiv)
Evidence pharmacy: study of the verification regime of the medicines with the cortexin 64

Pelekhova O. L. (Kharkiv)
Modern aspects of the Guillain-Barré syndrome 67

ТЕЗИ IV-ГО НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ «ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА В НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ. СЬОГОДЕННЯ Й МАЙБУТНЄ», Україна, Харків, 3—5 жовтня 2012 р.

НЕВРОЛОГІЯ

Tondiy O. L., Zavalna O. P., Kol'tsov D. E., Trydub S. I. (Kharkiv, Ukraine)
Use of the non-medication on the treatment of acute discogenic neck pain 72

Абдуллаев Р. Я., Калашников В. И., Марченко В. Г., Калашникова И. В. (Харьков)
Допплеровская диагностика цервикогенной головной боли 72

Абдуллаев Р. Я., Калашников В. И., Хвисюк А. Н., Марченко В. Г., Сысун Л. А. (Харьков)
Триплексное ультразвуковое сканирование с функциональными нагрузками в диагностике патологии позвоночных артерий 72

Абдуллаев Р. Я., Марченко В. Г., Калашников В. И., Хвисюк А. Н., Сысун Л. А. (Харьков)
Применение транскраниального триплексного сканирования в остром периоде ишемического инсульта 73

Абдуллаев Р. Я., Марченко В. Г., Сысун Л. А., Хвисюк А. Н., Калашников В. И. (Харьков)
Возможности транскраниального триплексного сканирования в дифференциальной диагностике ишемического инсульта и ТИА 73

Абдуллаев Р. Я., Хвисюк А. Н., Марченко В. Г. Пономаренко С. А., Калашников В. И., Сысун Л. А. (Харьков)
Ультрасонография в диагностике фораминального стеноза при шейном остеохондрозе 74

Абдуллаев Р. Я., Хвисюк А. Н., Сысун Л. А., Марченко В. Г., Калашников В. И. (Харьков)
Состояние венозной гемодинамики при полушарном ишемическом инсульте и тиа по данным транскраниального триплексного сканирования 74

Абраменко В. В. (Київ)
Методика інтегральної пропріоцептивної нейром'язової кінезотерапії та скальппунктури (МІКС) в реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи ... 75
Адонкина В. Ю., Мищенко О. Я. (Харьков)
Фармакоэкономические преимущества комплексной нейропротекции у больных с ишемическим инсультом ... 75
Бабінець Л. С., Надкевич А. Л. (Тернопіль)
Динаміка параметрів мінеральної щільності кісткової тканини у хворих з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу під впливом комплексного лікування з включенням рефлексотерапевтичних методів ... 75
Балкова Н. Б., Перцева Т. Г., Романова Л. Я., Соколік В. В. (Харків)
Латентний запальний процес при ішемічному інсульті (клініко-біохімічні співставлення) ... 76
Башкірова Л. М. (Київ)
Етичні та морально-правові аспекти надання неврологічної допомоги хворим з боковим аміотрофічним склерозом ... 76
Биневская О. М., Алексеева О. Ю., Аристов Ю. В. (Харьков)
Влияние изменений геомагнитных условий на функциональное состояние системы равновесия у больных с энцефалопатиями различного генеза по данным стабилографии ... 77
Биттерлих Л. Р. (Сумы)
Компьютерная база доказательной медицины для индивидуальной монотерапии в неврологии и психиатрии ... 77
Богданова І. В. (Харків)
Оцінка вільнорадикальної модифікації білків крові при хворобі Паркінсона ... 78
Бокатуева В. В. (Харків)
Клинические особенности течения «фатальных» кардиоэмболических инсультов ... 78
Бондарь Б. Е. (Харьков)
Лечение невралгии тройничного нерва с помощью алкоголизации ... 79
Булеца Б. А., Адамчо Н. Н., Яроватий В. В., Роман Р. В., Пак Л. Н. (Ужгород, Міжгір'я, Хуст, Бердичів)
Особливості когнітивних розладів у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію в біогеохімічних регіонах Закарпаття ... 79
Бучакчийская Н. М., Марамуха А. А., Харченко И. И. Марамуха И. В., Бахарева Л. В., Марамуха В. И. Боненко В. П. (Запорожье)
Реабилитация и лечение больных и инвалидов с компрессионными корешковыми и рефлекторными синдромами поясничного остеохондроза ... 79
Варешнюк О. В., Духовський О. Е. (Харків)
Можливості інтраопераційного нейромоніторингу під час нейрохірургічних операцій у дітей ... 80
Васильева О. А., Череватенко Г. Ф. (Харьков)
Динамика неврологической симптоматики под влиянием трансформации эпилептических припадков ... 80
Васильева-Линецкая Л. Я., Фурса И. А., Кас И. В. (Харьков)
Оценка эффективности комплексного консервативного лечения больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков, по данным клинического и компьютерно-томографического исследований ... 80
Васильєва Н. В., Оленович О. А. (Чернівці)
Застосування L-лізину есцинату в терапії вертеброгенних дорсалгій, зумовлених остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта ... 81
Вастьянов Р. С., Ляшенко С. Л., Шандра О. А. (Одеса)
Концепція «нейропептидного пригнічення» епілептичної активності через підвищення активності ендогенних нейропептидів. 81
Височанська Т. Г., Кривенко Г. О., Костенко Т. В., Бородій С. О., Гельман Г. Г. (Вінниця)
Оцінка результату проведеної процедури тромболізису в умовах інсультного відділення ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка ... 82
Власенко С. В., Кушнир Г. М. (Евпатория, Симферополь)
Диагностические аспекты обоснования тактики реабилитации двигательных функций у больных ДЦП ... 82
Власенко С. В., Кушнир Г. М. (Евпатория, Симферополь)
Объективизация структурных нарушений в мышцах у больных с миопатиями, роль ультразвукового метода диагностики ... 83
Волошина Н. П., Негреба Т. В., Левченко И. Л., Титкова А. М., Ткачева Т. Н. (Харьков)
Гендерные особенности иммунного дисбаланса при разных типах течения рассеянного склероза ... 83
Волошина Н. П., Егоркина О. В., Титкова А. М., Утевская С. В. (Харьков)
Цитокиновый профиль и показатели липидного обмена у детей, больных рассеянным склерозом ... 83
Волошина Н. П., Негреба Т. В., Левченко И. Л., Шестопалова Л. Ф., Терещенко Л. П., Федосеев С. В., Василовский В. В., Лекомцева Е. В., Гапонов И. К., Ткачева Т. Н., Черненко М. Е., Бородавко О. А., Вельковская Л. И., Воробьева Т. Г. (Харьков)
Гендерные особенности разных типов течения рассеянного склероза ... 84
Волошина Н. П., Терещенко Л. П. (Харьков)
Основные принципы комплексной терапии больных с хроническими нейроинфекциями ... 84
Воробьева Т. М., Шляхова А. В., Веселовская Е. В., Гармаш Т. И., Зайцева Е. О. (Харьков)
Исследование терапевтических эффектов дистантной имплантации эмбриональных тканей передних сегментов hirudo medicinalis на моделях функциональной и дегенеративной патологии мозга ... 85
Воробьева Т. М., Берченко О. Г., Зайцева Е. О., Бевзюк Д. О. (Харьков)
Концептуальная модель новых биотехнологий трансплантации в неврологии и психиатрии ... 85
Гелетка А. А. (Харьков)
Использование поверхностной электромиографии для объективизации гемипареза у больных в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта ... 85
Головченко Ю. І., Асауленко О. І. (Київ)
Нейротоксичний вплив хіміотерапії у хворих на лейкемію: профілактичні та лікувальні заходи ... 86
Горб А. Л. (Херсон)
Ефективність регіонального запровадження загальноєвропейських стандартів допомоги при епілепсіях ... 86
Григорова И. А., Ескин А. Р., Тихонова Л. В., Водопьянов В. А. (Харьков)
Метаболические и биоэнергетические изменения у больных с транзиторными ишемическими атаками атеротромботического генеза ... 87
Григорова І. А., Куфтеріна Н. С. (Харків)
Стан нейротрофічного фактора BDNF у різні періоди легкої черепно-мозкової травми ... 87
Григорова И. А., Тесленко О. А., Тихонова Л. В. (Харьков)
Патологические и лечебные аспекты острой церебральной ишемии ... 88
Григорова И. А., Тучкина М. Ю. (Харьков)
Особенности клиники и терапии неврологической патологии у больных с нарушениями пубертатогенеза ... 88
Деревецкая В. Г., Мищенко В. Н., Джандоева Н. Ш., Харина Е. В. (Харьков)
Патогенетические механизмы развития дисциркуляторной энцефалопатии у больных с неклапанной формой фибрилляции предсердий ... 88
Деркач В. Г., Деркач А. В. (Чернівці)
Кортексин у комплексному лікуванні хворих на симптоматичну епілепсію ... 89
Дмитриева Е. В., Перцева Т. Г. (Харьков)
Показатели качества жизни и эмоционального состояния у больных, перенесших лакунарный инсульт ... 89
Дубенко Е. Г. (Харьков)
Инновационные направления терапевтического воздействия на различные звенья медиаторного процесса при заболеваниях нервной системы ... 90
Дубенко А. Е., Дубенко Е. Г., Коваленко Д. П. (Харьков)
Вопросы трансформации эпилептических припадков у взрослых ... 90
Дубенко О. Е., Подушка И. И. (Харьков)
Активность ангиотензинпревращающего фермента при остром ишемическом инсульте ... 91
Дюба Д. Ш., Евтушенко С. К. (Донецк)
Оценка риска неврологических осложнений у больных до и после операций с искусственным кровообращением ... 91
Дюба Д. Ш., Родин Ю. В., Симонян В. А, Белякова М. С. (Донецк)
Профилактика церебральных осложнений у больных с атеросклеротическим поражением сонных и коронарных артерий ... 92
Евтушенко С. К. (Донецк)
Гипертермия — как маркер разрушительных форм эпилепсии у детей ... 92
Евтушенко С. К., Москаленко М. А. (Донецк)
Альтернатива современным иммуномодуляторам в терапии дебюта и рецидива рассеянного склероза у детей ... 92
Евтушенко С. К., Москаленко М. А. (Донецк)
Клинически изолированный синдром в дебюте рассеянного склероза у детей ... 93

Евтушенко С. К., Омельяненко А. А., Евтушенко О. С., Кутякова Е. И. (Донецк)
Возможность лечения и реабилитации больных с последствиями апаллического синдрома 93
Евтушенко С. К., Гончарова Я. А., Симонян В. А., Филимонов Д. А. (Донецк)
Полиневропатия как возможный клинический дебют неопластического процесса 94
Евтушенко О. С., Яновская Н. В., Евтушенко С. К. (Донецк)
Опыт реабилитации детей с различными органическими заболеваниями нервной системы в Донецком клиническом центре 94
Ежова В. А., Царёв А. Ю., Куницына Л. А., Словеснов С. В., Мирзоян С. А., Колесникова Е. Ю., Желдаков А. М. (Ялта)
Психофизическая реабилитация больных церебральным атеросклерозом: итоги, перспективы 95
Єгоров О. О. (Харків)
Нервово-психічний стан жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку шийки матки 95
Жиляєв С. О., Штриголь С. Ю. (Харків)
Церебропротективна ефективність препаратів кверцетину (корвітину та ліпофлавону) в умовах експериментальної тяжкої черепно-мозкової травми 95
Завальная Е. П., Тондий О. Л., Тесленко Е. Б., Тридуб С. И., Павлова О. П. (Харьков)
Монотерапия препаратами Гинкго Билобы в лечении вегетативно-сосудистых расстройств у женщин в период пре- и менопаузы 96
Завгородний А. А. (Харьков)
Восстановительная терапия речевых нарушений 97
Завгородній О. О. (Харьков)
Кінестезіометри і кінезістимуляційна терапія у медичній реабілітації хворих на ішемічний інсульт 97
Здесенко И. В. (Харьков)
Особенности формирования и течения синдрома пароксизмальных состояний у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС 97
Зинченко Е. К. (Харьков)
Адаптационные возможности организма у больных с артериальной гипотонией различной этиологии 98
Зозуля І. С. (Київ)
Гострий коронарний синдром та ішемічний інсульт 98
Зозуля І. С., Нечай А. Ф. (Київ)
Генералізована епілепсія у дітей раннього віку: оптимізація діагностики та лікування 99
Зозуля І. С., Ніконов В. В., Мироненко Т. В., Зозуля А. І. (Київ, Луганськ)
Нейропротекторна терапія гострого інфаркту мозку: сучасний вимір 99
Иванова М. Ф., Евтушенко С. К., Симонян В. А., Бридун И. И. (Донецк)
Особенности применения модифицированной методики плазмафереза и пульс-терапии в купировании обострений рассеянного склероза 100
Казарян Н. Э., Евтушенко С. К., Симонян В. А. (Донецк)
Роль транскраниальной магнитной стимуляции в изучении динамики нейрофизиологических изменений в восстановительном периоде тяжелой черепно-мозговой травмы 100
Калашников В. И. (Харьков)
Церебральная гемодинамика при различных вариантах мигренозного приступа 101
Карабань И. Н., Карабань Н. В., Карасевич Н. В. (Киев)
Применение прамипексола на поздних стадиях болезни Паркинсона 101
Карабань И. Н., Карасевич Н. В. (Киев)
Возможности клинико-стабилометрического анализа постуральных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона 101
Карабань И. Н., Луханина Е. П., Березецкая Н. М., Чивликлий М. А. (Киев)
Фрактальный анализ интерференционной электромиограммы в диагностике болезни Паркинсона 102
Каук О. І., Крупеня В. І. (Харків)
Ефективність ноотропних препаратів при корекції когнітивних порушень у дітей і підлітків з захворюваннями щитовидної залози 102
Ковальська Л. А., Височанська Т. Г., Кривенко Г. О., Бородій С. О., Вознюк Л. В., Карпенко Н. В., Костенко Т. В. (Вінниця)
Витрати часу на етапах проведення процедури тромболізису в умовах інсультного відділення ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка ..103
Козелкин А. А., Медведкова С. А. (Запорожье)
Особенности комбинированных вертебро-висцеральных синдромов 104
Козелкин А. А., Медведкова С. А., Кузнецов А. А. (Запорожье)
Особенности комбинированной нейрометаболической терапии больных мозговым ишемическим инсультом в остром и раннем восстановительном периодах 104
Козелкин О. А., Яркова С. В. (Запоріжжя)
Особливості артеріальної та венозної церебральної гемодинаміки у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії 105
Корженевський Ю. Л. (Київ)
Особливості деяких реоенцефалографічних та реогепатографічних показників у хворих з хронічними захворюваннями печінки 105
Коршняк В. О. (Харків)
Корекція вегетативних дисфункцій у хворих з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм методом КВЧ-терапії 106
Коршняк В. О., Коршняк О. В. (Харків)
Динаміка нейропсихологічного стану хворих з віддаленими наслідками закритої черепно-мозкової травми до та після КВЧ-терапії 106
Кос Л. Т. (Київ)
Аналіз корекційної роботи логопеда при дизартріях 107
Костюковская А. Е., Абдуллаев Р. Я., Марченко В. Г., Сысун Л. А. (Харьков)
Особенности локализации бессимптомных лакунарных инфарктов головного мозга у больных артериальной гипертензией разных возрастных групп 107
Кузін В. О., Чернишова І. М., Варешнюк О. В., Литвиненко О. М., Скрипка О. Г. (Харків)
Досвід електрофізіологічної оцінки застосування ортезів на верхні кінцівки у дітей 108
Кузнецов В. В., Корженевская Н. Н. (Киев)
Биоэлектрическая структура сна у больных, перенесших геморрагический инсульт 108
Кунцевская И. В., Кушнир Г. М. (Севастополь, Симферополь)
Особенности церебральной гемодинамики у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких 108
Кушнир Г. М., Микляев А. А., Микляева Н. Н. (Симферополь)
Особенности применения холтеровского мониторирования ЭКГ и суточного мониторирования артериального давления в неврологической клинике 109
Лапшина И. А., Лапшина Л. А., Джандоева Н. Ш. (Харьков)
Двухлетнее динамическое наблюдение за пациентами с перенесенным мозговым инсультом 109
Лебедюк М. Н., Шандра О. О. (Одеса)
Комплексна терапія алергічного дерматиту з урахуванням патогенетичної ролі неврологічних порушень 110
Левченко И. Л. (Харьков)
Инфекционные васкулиты и васкулопатии: описание трех клинических случаев и обзор литературы 110
Лещенко К. А., Гелетка А. А., Лещенко О. К. (Харьков)
Эпилептический синдром — как осложнение полушарного инсульта (особенности течения и терапевтической коррекции) ... 111
Линская А. В. (Харьков)
Возрастные изменения сонных артерий и ультразвуковые предикторы ишемического мозгового инсульта 111
Липинская Я. В. (Харьков)
Лечение миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации как ведущее звено профилактики вегетативных пароксизмов 111
Литвиненко Н. В., Дельва М. Ю. (Полтава)
Вплив аторвастатину на перебіг ішемічних стовбурових інсультів у осіб з абдомінальним ожирінням 112
Литовченко Т. А., Гасюк Г. И. (Харьков)
Дифференциальная диагностика мигренозных пароксизмов у детей с эпилепсией 112
Луханина Е. П., Карабань И. Н., Чивликлий М. А., Березецкая Н. М. (Киев)
Электромиографическое исследование наследственных признаков экстрапирамидной недостаточности 113
Луцкий Е. И., Статинова Е. А., Луцкий И. С. (Донецк)
Значение пика p300 вызванных потенциалов, связанных с событием в оценке когнитивных функций при хроническом стрессе 113
Луцкий И. С., Луцкий Е. И., Лютикова Л. В. (Донецк)
Механизмы повреждения сосудистой стенки при воздействии хронического стресса 114
Лучанинова Н. В. (Харьков)
Социально-психологическая реабилитация больных с неврологическими заболеваниями 114
Малый В. П., Волошина Н. П., Шепилева Н. В., Левченко И. Л. (Харьков)
Поражение нервной системы у больных с клещевыми инфекциями (Лайм-боррелиозом) 114
Мамедалиева С. А., Бубликова А. М., Максименко О. Л. (Донецк)
Клинико-диагностические особенности оценки состояния равновесия при хронической церебральной недостаточности 115

Марамуха В. И. (Запорожье)4
Лечение неврологических синдромов остеохондроза позвоночника поясничной локализации на современном уровне.....115
Мар'єнко Л. Б. (Львів)
Класифікація епілепсії як дзеркало її патоморфозу.....116
Мар'єнко Л. Б., Лозицька О. І., Мар'єнко К. М., Вовк А. О. (Львів)
Про можливість діагностики психічної коморобідності у хворих на епілепсію в практиці лікаря-невролога.....116
Мартинюк В. Ю., Коноплянко Т. В., Свистільник В. О., Євтушенко С. К., Омельяненко А. А. (Київ, Донецьк)
Лікування епілепсії, епілептичних синдромів у дітей.....117
Мартинюк В. Ю., Майструк О. А., Здвижкова В. М., Богуш Р. В. (Київ)
Досвід 15-річної роботи Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України.....117
Мартинюк В. Ю., Назар О. В. (Київ)
Застосування різних методик в реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи згідно з засадами доказової медицини.....118
Мартинюк В. Ю., Панасюк В. Ю., Назар О. В. (Київ)
Засади доказової медицини в реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.....118
Марусиченко Е. А., Белякова М. С., Евтушевская А. Н., Марусиченко В. В., Евтушенко С. К., Симонян В. А., Гончарова Я. А. (Донецк)
Особенности ранней дифференциальной диагностики бокового амиотрофического склероза.....119
Мельник Т. М. (Донецк)
Антитела к нейроспецифическим белкам как маркеры церебральных нарушений у больных диабетической энцефалопатией.....119
Мироненко Т. В., Бакуменко І. К. (Луганськ)
Розроблення лікувальної схеми для комплексної корекції неврологічних, поведінкових, м'язових та емоціональних розладів при хронічній ішемії мозку.....119
Мироненко Т. В., Джагинян В. Н. (Луганск)
Отдельные иммунологические показатели при вегетативной дисфункции у потомков участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.....120
Мироненко Т. В., Мироненко М. О. (Луганск)
Информационно-образовательная программа в комплексном лечении пациентов с сосудистым заболеванием головного мозга на фоне сахарного диабета 2 типа.....120
Мироненко Т. В., Федорковская Б. О. (Луганск)
Клинико-диагностическая характеристика нейровегетативного статуса у потомков участников ликвидаторов последствий на ЧАЭС.....121
Мироненко Т. В., Храмцов Д. М. (Луганск)
Оцінка неврологічного статусу хворих, які перенесли легку черепно-мозкову травму.....121
Мителев Д. А. (Харьков)
К проблеме диагностики и лечения неврологических осложнений сахарного диабета 1 типа у детей.....122
Михайлов В. Б. (Харків)
Система диференційованої психотерапевтичної корекції в комплексному лікуванні непсихотичних психічних розладів у хворих, що перенесли інфаркт міокарда та ішемічний мозковий інсульт.....122
Мищенко В. Н. (Харьков)
Динамическое наблюдение за больными с «немыми» инфарктами мозга.....123
Мищенко Т. С. (Харьков)
Эпидемиология заболеваний нервной системы в Украине. Что изменилось за 5 лет?.....123
Міщенко Т. С., Реміняк І. В. (Харків)
Особливості клініко-неврологічних порушень у хворих з симптомними та асимптомними лакунарними інсультами.....124
Моісеєнко Р. О., Осташко С. І., Терещенко А. В., Бережний В. В., Мартинюк В. Ю. (Київ)
До реалізації концепції соціальної педіатрії в Україні.....124
Морозова О. Г., Ярошевский А. А. (Харьков)
Патогенетическая концепция профилактики вторичных цервикальных неврологических синдромов у пациентов, страдающих миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации...125
Москаленко М. А., Евтушенко С. К., Морозова А. В. (Донецк)
Прогностические критерии трансформации ремиттирующего течения рассеянного склероза у детей.....125
Муравський А. В. (Київ)
Клініко-діагностичні особливості повторних черепно-мозкових травм у боксерів.....125
Назар О. В. (Київ)
Оцінка якості життя у дітей з церебральним паралічем.....126
Назарчук А. Г., Мишанова М. К. (Харьков)
Эффективность криотерапии у детей дошкольного возраста с нарушениями психоречевого развития и церебральными параличами.....126
Назарчук І. А., Федосєєв С. В. (Харків)
Особливості психоемоційного стану у хворих з рефлекторними вертеброневрологічними синдромами.....127
Некрасова Н. О. (Харків)
Особливості варіабельності серцевого ритму у хворих молодого віку з вертеброгенно обумовленою вертебробазилярною судинною недостатністю.....127
Ненько А. М., Сиротюк М. В., Власенко С. В., Хащук А. В. (Евпатория)
Нейрофизиологические и биомеханические предпосылки определения ведущей контрактуры при медико-социальной реабилитации и ортопедо-хирургическом лечении детей с детским церебральным параличом.....128
Павлович С. А., Безруков В. Ф., Пайкова Л. Н. (Киев, Харьков)
Использование фенотипических маркеров в популяционных исследованиях патологических состояний человека.....128
Паєнок А. В., Кухленко Р. В., Кухленко О. Я. (Львів)
Значення гуморальних показників запалення для прогнозування розвитку післяінсультної депресії.....128
Пелехова О. Л.
Синдром Миллера — Фишера, необычный вариант острой идиопатической полинейропатии.....129
Перцев Г. Д. (Харьков)
Суточная зависимость клинических проявлений у больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы.....129
Песоцкая Е. В. (Харьков)
Особенности терапии хронической ишемии мозга у пациентов пожилого и старческого возраста.....130
Песоцкая К. О., Песоцкий О. Н., Супличенко М. В. (Харьков)
Полиморфизм неврологических проявлений у пациентов с патологией гепатобилиарной системы.....130
Пилипец Е. Ю. (Харьков)
К вопросу о необходимости коррекции отклонений макро- и микроэлементного статуса у детей с эпилепсиями.....130
Померанцева Т. И., Винницкая О. А., Можаева Н. Г., Фоменко Н. Н., Шуйская И. Г., Алипова Т. В., Воробьев К. Е., Скоробогатова О. В. (Луганск)
Структурно-функциональные взаимоотношения при перинатально обусловленных поражениях нервной системы у детей раннего возраста.....131
Померанцева Т. И., Шуйская И. Г., Фоменко Н. Н., Винницкая О. А., Алипова Т. В., Скоробогатова О. В. (Луганск)
Роль различных факторов риска в формировании детского церебрального паралича.....131
Пономаренко Ю. Н., Власенко С. В., Ненько А. М., Мех П. И. (Харьков, Евпатория)
Зависимость развития моторики у больных детским церебральным параличом от результатов терапии патологических двигательных синдромов.....132
Реминяк И. В. (Харьков)
Особенности головной боли у больных с ишемическим инсультом.....132
Реминяк В. И., Реминяк И. В., Слюсаренко И. Т. (Харьков)
Роль нейропептидов в формировании сосудистой головной боли.....133
Реміняк І. В., Слюсаренко І. Т., Перцева Т. Г. (Харьков)
Вегетативні порушення у хворих з пролапсом мітрального клапану.....133
Рожкова З. З., Карабань И. Н., Карабань Н. В. (Киев)
Современные методы МРТ для дифференциальной диагностики болезни Паркинсона и паркинсонических синдромов ...133
Салеева А. Д., Чернышева И. Н., Варешнюк Е. В., Баев П. А. (Харьков)
Применение реципрокного ортеза в практике восстановления движения у неврологических больных.....134
Салєєва А. Д., Кабаненко І. В., Юткін В. М., Варешнюк О. В., Литвиненко О. М., Скрипка О. Г. (Харків)
Реабілітація пацієнтів з ураженнями верхніх кінцівок внаслідок спинальних травм та пошкоджень периферичних нервів.....135
Салій З. В., Шкробот С. І., Салій М. І. (Тернопіль)
Результати оцінки когнітивних функцій у хворих у віддаленому періоді черепно-мозкової травми за допомогою MOCA-тесту ..135
Салій М. І., Шкробот С. І. (Тернопіль)
Особливості клініки гострого періоду лакунарного інсульту.....136

Сало С. В. (Харьков)
Особенности двигательных нарушений у постинсультных больных в позднем восстановительном и резидуальном периодах 136
Сало В. И., Кельгина Е. А. (Харьков)
Неврологические проявления амилоидоза 136
Симанов Р. В., Сергиенко А. В., Евтушенко С. К., Симонян В. А., Гончарова Я. А. (Донецк)
Сложности первичной диагностики миастении 137
Симонян В. А, Евтушенко С. К. (Донецк)
Предикторы симптомности каротидного стеноза 137
Скрипніков А. М., Сонник Г. Т., Шиндер В. В. (Полтава)
Ефективність та безпечність агомелатину в якості додаткового препарату в пацієнтів з епілептичною хворобою та сексуальною дисфункцією 138
Слюсаренко І. Т. Реміняк І. В., Бабкіна Т. С. (Харків)
Особливості біоелектричної активності головного мозку у хворих з ідеопатичним пролапсом мітрального клапану 138
Смульська Н. О., Зозуля І. С. (Київ)
Клінічна характеристика епілептичного синдрому у дітей, які перенесли інсульт 139
Солодовнікова Ю. О., Сон А. С. (Одеса)
Значення динаміки імунологічних порушень у хворих на ішемічний інсульт 139
Сон А. С., Герцев В. М. (Одеса)
Можливості інтелектуального аналізу структурованих баз даних у клінічній нейрохірургії 139
Сорокин Ю. Н., Сорокина Н. Б. (Луганск)
Антиоксиданты в практике врача-невролога 140
Сорокина Е. В., Любченко П. Н., Яньшина Е. Н. (Москва, Россия)
Субъективная оценка хронического болевого синдрома при вибрационных полиневропатиях 140
Статинова Е. А., Коценко Ю. И. (Донецк)
Аномалии интрацеребральных артерий как причина развития тяжелого церебрального ишемического инсульта 141
Статинова Е. А., Омельченко Р. Я. (Донецк)
Роль медицинских информационных технологий во внедрении государственных социальных стандартов в сфере здравоохранения 141
Стоянов А. Н., Сон А. С., Прокопенко Е. Б., Бурля О. К., Поляновская Н. Н. (Одесса, Донецк)
Инновационные подходы к терапии диабетических энцефалопатий и некоторых моторных компонентов 142
Сухоносова О. Ю., Коренєв С. М., Сальникова В. В. (Харків)
Клініко-епідеміологічний аналіз пароксизмальних станів різного ґенезу у дітей Харківської області 142
Сухоруков В. И., Привалова Н. Н., Сербиненко И. А., Бовт Ю. В., Лавинская Л. И. (Харьков)
Некоторые диагностические и прогностические нейропсихологические критерии дисциркуляторной энцефалопатии 142
Сухоруков В. І., Забродіна Л. П., Назарчук І. А., Привалова Н. М., Бовт Ю. В., Міщенко В. М., Біневська О. М., Лавинська Л. І. (Харків)
Діагностика функціонального стану головного мозку методом спектрально-когерентного аналізу електроенцефалограм у хворих з енцефалопатіями і емоційними розладами 143
Сухоруков В. І., Назарчук І. А., Бовт Ю. В., Міщенко В. М., Біневська О. М., Нікішкова І. М., Забродіна Л. П. (Харків)
Особливості перебігу енцефалопатій з емоційними розладами як основа вибору лікувально-профілактичних заходів 143
Тараканова К. Е. (Київ)
Ефективність лікування акушерських паралічів за методикою В. Войта 144
Терещенко Л. П. (Харьков)
Предварительные данные об опыте применения препарата Мажезик в комплексной терапии больных с вертеброгенным болевым синдромом 144
Терещенко Л. П. (Харьков)
Современные стратегии комплексной терапии больных с хроническими нейроинфекциями 144
Терещенко Л. П. (Харьков)
Патогенетическая терапия больных с хроническими нейроинфекциями 145
Терещенко Л. П. (Харьков)
Применение препарата Гепадиф в комплексной терапии больных с хроническими нейроинфекциями 145
Ткачева Т. Н. (Харьков)
Значение ретробульбарного неврита для течения и прогноза рассеянного склероза 145
Тягнирядко А. К., Дубенко А. Е. (Харьков)
Влияние методов постизометрической релаксации на состояние церебральной венозной гемодинамики у больных молодого возраста с нестабильностью шейного отдела позвоночника 146
Федосєєв С. В. (Харків)
Больовий синдром у спині та шиї у хворих на розсіяний склероз: клінічне дослідження 146
Федосєєв С. В., Назарчук І. А. (Харків)
Мануальна терапія у хворих з вертеброгенними та міофасціальними больовими синдромами — погляд з позицій доказової медицини і системного підходу 146
Филимонов Д. А., Евтушенко С. К., Дюба Д. Ш., Симонян В. А. (Донецк)
Взаимоотношения гомоцистеина с системой гемостаза, и возможности медикаментозной коррекции у пациентов с цереброваскулярной патологией и факторами риска ее развития 147
Флорикян В. А., Холодный В. П., Слепак Е. Н. (Харьков)
Определение физической работоспособности у больных с церебральной венозной патологией в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы 148
Харіна К. В., Лапшина Л. А., Реміняк І. В. (Харків)
Клінічні особливості симптомних лакунарних інфарктів головного мозку 148
Черевatенко Г. Ф., Васильева О. О. (Харьков)
Особенности биоэлектрической активности у больных с парциальной эпилепсией с различными видами трансформаций 148
Черненков В. Г., Сербиненко И. А. (Харьков)
Некоторые инновационные подходы в совершенствовании операций по устранению нервно-сосудистого конфликта при невралгии тройничного нерва 149
Черненков В. Г., Сербиненко И. А. (Харьков)
Организация нейрохирургического лечения фокальной эпилепсии в условиях реформирования системы здравоохранения Украины 149
Шатілло А. В. (Харків)
Аналіз стану надання медичної допомоги хворим на м'язову дистрофію Дюшенна в Україні 150
Шебатин А. И. (Запорожье)
Диагностический тест и данные инструментального исследования синдрома позвоночной артерии при патологии головного мозга 150
Шестова Е. П., Евтушенко С. К., Савченко Е. А. (Донецк)
Трансформация клинических проявлений как результат нейрометаболического дисбаланса у детей с мальформациями головного мозга 151
Школьник В. М., Кальбус О. І., Погорєлов О. В., Бараненко О. М., Пашковський В. І., Шастун Н. П., Скребець Ю. В. (Дніпропетровськ)
Сучасні підходи до лікування міастенії 151
Школьник В. М., Погорєлов О. В., Кальбус О. І., Бараненко О. М., Юдіна Т. В., Погорєлова С. А. (Дніпропетровськ)
Основні напрямки реабілітації при ішемічних інсультах з позицій доказової медицини 152
Шкробот С. І., Мисула М. С. (Тернопіль)
Вміст стабільного метаболіту оксиду азоту у хворих після перенесеного ішемічного півкульного інсульту 152
Шкробот В. В., Колеснікова Л. І., Шкробот С. І., Кородюк В. В., Насалик Р. Б. (Тернопіль)
Основні показники організації неврологічної служби Тернопільської області 152
Шкробот С. І., Насалик Р. Б. (Тернопіль)
Вплив внутрішньої гідроцефалії на якість життя пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією 153
Шкробот С. І., Сохор Н. Р., Бударна О. Ю. (Тернопіль)
Деякі клініко-гемодинамічні особливості гострого періоду гемодинамічного ішемічного інсульту 153
Юрик О.Є., Юрик Н.Є., Кудін В. Г. (Київ)
Стан вегетативної нервової системи при хронічному посттравматичному остеомієліті нижніх кінцівок 154
Яворская В. А., Бондарь О. Б., Бондарь Б. Е. (Харьков)
Особенности патоморфологии при геморрагическом инсульте 154
Яворская В. А., Бондарь О. Б., Першина Ю. В., Бондарь Б. Е. (Харьков)
Проведение нейропротекции в остром периоде ишемического инсульта 155
Яворская В. А., Черненко И. И., Федченко Ю. Г., Бондарь О. Б., Бондарь Б. Е. (Харьков)
Сопоставление данных ультразвуковой допплерографии магистральных сосудов шеи с клиническими проявлениями, лабораторными и инструментальными методами исследования у лиц с последствиями тяжелой боевой черепно-мозговой травмы 155
Яковлєва Л. П., Омельянчик С. Й., Мартинюк В. Ю. (Київ)
Досвід Бобат-терапії в Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України 156

ПСИХІАТРІЯ

Абдряхімова Ц. Б. (Київ)
Аналіз актуальності проблеми непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу за даними світових досліджень....157
Абрамов В. А., Денисов Е. М., Ряполова Т. Л., Пырков С. Г., Выговская Е. М. (Донецк)
Особенности методического обеспечения преподавания модуля «Основы биоэтики и биобезопасности» на кафедре психиатрии.157
Абрамов В. А, Пырков С. Г., Выговская Е. М., Денисов Е. М. (Донецк)
К вопросу о формировании основополагающих мотивов успешного профессионального роста у студентов....157
Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Голоденко О. Н., Абдряхімова Коктова Е. А. (Донецк)
Доказательная медицина в системе подготовки семейного врача....158
Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Голоденко О. Н., Путятин Г. Г., Кокотова Е. А. (Донецк)
Реализация биопсихосоциального подхода в процессе преподавания психиатрии....158
Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Денісов Є. М., Путятін Г. Г. (Донецьк)
Етичні аспекти вивчення недобровільних заходів психіатричного втручання на кафедрі психіатрії....159
Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Кокотова Е. А., Путятин Г. Г. (Донецк)
Значение медицинской психологии в подготовке семейного врача....159
Андрейко М. Ф. (Днепропетровск)
Раннее выявление и терапия больных с патологией магистральных артерий головы и шеи....160
Андрейко М. Ф., Чудакова Л. Б., Гончаренко В. А., Тесленко Е. В. (Днепропетровск)
Клинический случай детского аутизма....160
Андрух Г. П., Андрух П. Г. (Харьков)
О значении изучения психосоциальной дезадаптации для аддиктологии....161
Бачериков А. М., Кузьмінов В. Н., Ткаченко Т. В. (Харьков)
Механізми формування суїцидальної поведінки у хворих на залежність від алкоголю....161
Бачериков А. М., Матузок Е. Г., Карамушко І. В., Лакинський Р. В., Ткаченко Т. В., Малихіна Н. А. (Харків)
Спроби самогубства шляхом самоотруєння у місті Харкові....162
Бачериков А. М., Матузок Е. Г., Хімчан А. І., Гуржий Т. П., Лакинський Р. В., Малихіна Н. А. (Харків)
Суїцидальні спроби самоотруєння у осіб, які зверталися за допомогою до міської психіатричної служби....162
Бевзюк Д. А. (Харьков)
Нейрофизиологические механизмы трансформации социофобий в агрессивное поведение в условиях депривации гедонического поведения у крыс....162
Белинский А. В. (Запорожье)
К вопросу о патогенезе острой нейролептической дистонии....163
Белинский А. В. (Запорожье)
Персонализированная медицина: альтернатива или дополнение доказательной?....163
Бессмертный А. В. (Харьков)
Мнестологический подход к исследованию внутренней картины болезни при шизофрении....164
Богацкая Е. Д. (Луганск)
Внутренний конфликт как основа болезни....164
Бородавко О. О. (Харків)
Гендерні особливості формування рольових позицій хворих на неврологічні та психічні розлади в ході лікувального процесу 165
Бредня В. Ф., Бредня В. В. (Харьков)
Краниоцеребральная гипотермия — эффективный метод лечения психических заболеваний....165
Бредня В. Ф., Бредня В. В., Бредня Т. С. (Харьков)
Лечебная тактика при нервной анорексии....165
Бучок С. Ю. (Ужгород)
Трансформація професійних настанов студентів медичного факультету щодо психічно хворих після вивчення курсу психіатрії....166
Варшавский Я. С., Завалко Ю. Н., Левченко А. Д. (Днепропетровск)
Опыт применения препарата Сероквель XR® для коррекции гиперпролактинемии у больных с шизоаффективным расстройством....166
Васильева О. А., Пайкова Л. Н., Бабкина Ю. А., Филимонова Н. Б. (Харьков, Киев)
Влияние трансформаций эпилептических припадков на когнитивные и эмоциональные нарушения у больных эпилепсией...167
Васильєва Г. Ю. (Донецьк)
До питання про психотерапевтичну інтервенцію у комплексну реабілітацію пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів жіночої репродуктивної сфери....167
Васякіна Л. О. (Харків)
Психосоціальна реабілітація хворих на пневмоконіози....168
Венгер О. П., Смашна О. Є., Мисула Ю. І. (Тернопіль)
Психофармакотерапія параноїдної шизофренії, що перебігає з супутньою соматичною патологією....168
Винник М. І., Мисула Ю. І. (Тернопіль)
Порушення когнітивних функцій при шизофренії....169
Височин Є. В., Рачкаускас Г. С., Погребняк Л. Л., Мулік Є. О. (Луганськ)
Концентрація циклічних нуклеотидів (цАМФ та цГМФ) у крові підлітків, хворих на соматизовані депресивні розлади, при застосуванні комбінації золофту та імуноплюсу....169
Витенко И. С., Вьюн В. В. (Киев, Харьков)
Психопрофилактика и коррекция расстройств адаптации врачей в условиях работы по принципам семейной медицины....169
Власова К. А. (Київ)
Акцентуації характеру як преморбідне тло для розвитку поєднаної ігрової та алкогольної залежності....170
Войтенко Ю. А. (Київ)
Зв'язок між патологічним гемблінгом та супутніми психічними розладами....170
Волошина Д. Н., Линский И. В. (Харьков)
Изучение степени увлечённости чтением у пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговой травмы....170
Гавенко В. Л., Георгиевская Н. В. (Харьков)
Диагностика первичной сексуальной дезадаптации у женщин с неврастенией....171
Гейко М. С., Гейко В. В. (Харків)
Вдосконалення оцінки тривожно-фобічного статусу і підвищення ефективності моделювання соціальних фобій....171
Гейко В. В., Утевська С. В., Кириченко О. В. (Харків)
Вплив фізіологічної вагітності та пологів на формування і перебіг розсіяного склерозу у щурів....171
Гетманчук Е. И. (Запорожье)
Медико-социальное исследование психогенной гиперфагии на примере контингента студентов лечебного факультета 5 курса Запорожского государственного медицинского университета.172
Гринь К. В. (Полтава)
Наявність хронобіологічних порушень та їх залежність від глибини депресивного епізоду у пацієнтів з рекурентними депресивними розладами....172
Гуменюк Л. Н. (Симферополь)
Динамика ассоциативно-мнестической продуктивности у больных с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении под влиянием интермодальной арт-терапии....172
Гуменюк Л. Н., Баснаев У. И., Горелов И. И. (Симферополь)
Влияние индивидуальных свойств личности на выбор коммуникативных средств....173
Гуменюк Л. Н., Супруненко Д. В., Войдюк М. Ю. (Симферополь)
Психоэмоциональные и поведенческие особенности пациентов с мочекаменной болезнью....173
Гуменюк Л. Н., Кабатова И. Н. (Симферополь)
Психоэмоциональные особенности подростков, страдающих ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов....174
Гуменюк Л. Н., Рычкова И. В. (Симферополь)
Особенности психоэмоционального статуса пациентов с доброкачественными меланомоцитарными новообразованиями кожи в предоперационный и послеоперационный периоды....174
Гуменюк Л. Н., Савчук Е. О., Ничипор Е. С., Табачная А. А. (Симферополь)
Характеристика синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов с учетом гендерных особенностей и врачебного стажа....175
Гуменюк Л. Н., Курт-Умерова Ф. Н., Энганова Л. Д., Василькевич Ю. К., Мамбетова Ф. С. (Симферополь)
Эмоциональные нарушения у учащихся младшей школы, обусловленные десинхронизацией ритмостаза....175
Даценко І. Б. (Харків)
Механізми розвитку порушень формування особистості у підлітків із мозковою дисфункцією та їх абілітація....176
Двирский А. А. (Симферополь)
О благоприятном течении шизофрении Маньяна — Гретера....176
Двирский А. Е. (Симферополь)
Современные тенденции проявления патоморфоза шизофрении (по материалам эпидемиологических исследований с 20-летним интервалом)....177

Дзюба А. Н., Орлова О. С. (Киев)
Когнитивные и аффективные нарушения (возрастные изменения. Норма и патология) 177
Дзюба А. Н., Хаустова Е. А., Прохорова О. В. (Киев)
Патоморфологические изменения при субкортикальной ишемической депрессии 178
Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І. (Київ)
Депресія як наслідок кардіохірургічного втручання 178
Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І. (Київ)
Психоемоційний стан у кардіохірургічних пацієнтів 178
Дьяченко Л. І., Кутіков О. Є., Сергієнко О. В., Офіцерова Ю. В. (Харків)
Організаційно-функціональна система надання психіатричної допомоги на рівні первинної ланки медико-санітарної мережі 179
Завалко Ю. Н., Варшавский Я. С., Куликович А. Ю. (Днепропетровск)
Психотерапия психоза шизофренического спектра (клинический случай) 179
Завалко Ю. Н., Задорожный В. З., Дробот И. Г., Антофийчук О. И., Хижняк А. А. (Днепропетровск)
Опыт консультативной помощи психиатра и психолога телефона доверия 180
Завалко Ю. Н., Задорожный В. З., Хижняк А. А. (Днепропетровск)
Анализ оказания психиатрической помощи в Днепропетровской области 180
Завгородняя Н. И. (Харьков)
Депрессивные расстройства в остром периоде черепно-мозговой травмы 181
Заворотный В. И., Хаджинов О. А., Паламарь А. Д., Розанов В. А. (Харьков, Одесса)
Личностные и психосоциальные факторы суицидального поведения среди солдат срочной службы 181
Завязкіна Н. В. (Київ)
Психологічні аспекти агресивної поведінки хворих на епілепсію . 181
Задорожный В. З., Кетков В. Д., Дробот И. Г., Антофийчук О. И. (Днепропетровск)
Модель консультирования семей, имеющих психически больного ребенка 182
Закревский А. П., Цыба И. В., Кобец А. Н., Кононенко И. Н., Боброва Н. Г., Матеева Н. Е., Кучерявая В. И., Медведева Е. В., Мицук Д. А. (Донецк)
Применение вальдоксана при лечении невротической аргинической депрессии 182
Заседа Ю. И. (Харьков)
Особенности структуры психофеноменологического профиля у больных соматическими заболеваниями 183
Зеленська К. О. (Харків)
Патопсихологічні закономірності формування суїцидальної поведінки у хворих з депресіями молодого віку 183
Зильберблат Г. М., Войтюк Г. И. (пгт. Глеваха)
К вопросу интеграции психиатрической и наркологической служб 184
Зильберблат Г. М., Ершова Е. А., Тимен М. Е. (пгт. Глеваха)
К вопросу совершенствования работы отделений первичного психотического эпизода 184
Зінченко О. М. (Київ)
Основні тенденції громадського психічного здоров'я сільського населення 184
Киреева Е. Н. (Харьков)
Клинические варианты предикторов рекуррентного депрессивного расстройства 185
Кожевнікова В. А. (Харків)
Вікові особливості формування рольових позицій пацієнта в рамках терапевтичного альянсу 185
Кожина А. М., Коростий В. И., Кришталь В. Е., Сухоиванова Е. И., Литвиненко В. В., Кольцова Г. Г. (Харьков)
Психообразовательные стратегии как неотъемлемая составляющая современной психиатрической помощи 186
Кожина Г. М., Григорова І. А., Коростій В. І., Товажнянська О. Л., Резуненко Ю. К., Михайлов В. Б., Паровіна А. В., Літвін Є. Е., Ісаєнко С. В. (Харків)
Клінічні, психодіагностичні та психофізіологічні особливості легких когнітивних розладів серед хворих працездатного віку з соматичними захворюваннями 186
Колядко С. П. (Харьков)
Электрофизиологический анализ роли гиппокампально-неокортикальной системы в механизмах пароксизмальных состояний мозга при невротических расстройствах 186
Коростій В. І., Гайчук Л. М., Соколова І. М., Тимченко О. В., Бровко Т. П. (Харків)
Система психотерапевтичної корекції й медико-психологічної реабілітації емоційних та когнітивних розладів в осіб молодого віку з психосоматичними захворюваннями 187
Коростій В. І., Хмаїн С. Х. (Харків)
Принципи та ефективність застосування арт-терапії в комплексному лікуванні хворих з рекурентним депресивним розладом .. 187
Кришталь Є. В., Маркова М. В., Яворська Т. П. (Харків)
Диференціація складових психологічного адаптаційного потенціалу та психологічного адаптаційного прогнозу онкохворих, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми, в аспекті заходів медико-психологічної допомоги 188
Кришталь Є. В., Кашуба Д. О. (Харків)
Медико-психологічне супроводження хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів: стан проблеми та шляхи вирішення 188
Кришталь Є. В., Шкода К. В. (Харків)
Щодо необхідності створення системи заходів психосоціальної підтримки для сімей з психічно хворим родичем 189
Кужель І. Р. (Київ)
Медико-психологічна допомога родині онкологічного хворого на етапі паліативної допомоги 189
Курило В. А. (Запорожье)
Клинико-психопатологическая характеристика супругов лиц с невротическими расстройствами и расстройствами личности в семьях с семейной дезадаптацией 190
Кукуруза І. В. (Харків)
Методологічні засади раннього втручання як системи психологічного супроводу родин, які виховують дітей з порушеннями розвитку 190
Кутасевич Я. Ф., Олейник И. А., Маштакова И. А. (Харьков)
Инновационный подход к купированию зуда 191
Кутько И. И., Рачкаускас Г. С., Фролов В. М. (Харьков, Луганск)
Оценка эффективности реамберина при лечении больных параноидной шизофренией с наличием терапевтической резистентности к нейролептикам 191
Кутько И. И., Рачкаускас Г. С., Фролов В. М., Пересадин Н. А. (Харьков, Луганск)
Оценка эффективности применения энтеросорбции в психиатрии и наркологии 191
Кутько И. И., Фролов В. М., Пересадин Н. А. (Харьков, Луганск)
Влияние современного иммуноактивного препарата циклоферона на цитокиновый профиль крови больных соматизированными депрессивными расстройствами 192
Лавкай І. Ю., Бучок Ю. С. (Ужгород)
Девіантні форми поведінки підлітків, які перенесли катастрофічні повені в Закарпатській області 192
Левченко А. Д., Гуща С. Г., Гуща С. И. (Днепропетровск)
Особенности ведения больных с вертебрально-базилярной недостаточностью 193
Лещина І. В. (Харків)
Гендерні особливості особистісного профілю у студентів з непсихотичними психічними розладами 193
Лиманкин О. В (Санкт-Петербург, Россия)
Об участии общественных организаций пользователей в процессе оказания психиатрической помощи 194
Лобойко Л. І. (Харків)
Напрямки психопрофілактики порушення взаємодії в системі «мати — дитина» в умовах штучного вигодовування 194
Лобунец А. Ю., Алиева Т. А. Остапенко Е. С., Вашките И. Д. (Харьков)
Комплексная психотерапевтическая коррекция расстройств адаптации у учащихся 195
Лысенко В. Н. (Харьков)
О современном состоянии непсихотических психических расстройств в Украине и эффективности традиционных методов их психотерапии 195
Мавров Г. И., Бондаренко Г. М., Унучко С. В., Дунаева Г. А., Губенко Т. В. (Харьков)
Клинико-эпидемиологические особенности нейросифилиса на современном этапе 196
Мавров Г. І., Кутова В. В., Білоконь О. М., Дунаєва Г. О. (Харків)
Діагностика сучасного нейросифілісу 196
Мажбиц В. Б. (Харьков)
Показатель качества жизни в структуре психосоциальной реабилитации больных шизофренией 196
Мазур О. В. (Вінниця)
Типи ставлення до хвороби при органічних депресивних розладах судинного ґенезу 197
Майоров О. Ю., Михайлова Е. А., Проскурина Т. Ю., Михальчук О. Я., Мителев Д. А., Матковская Т. Н. (Харьков)
Нейрофизиологические корреляты депрессии у детей младшего школьного возраста 197

Маркова М. В., Габрель Р. Т. (Харків, Київ)
Порушення життєдіяльності партнерської пари за умови ВІЛ-інфікування одного з партнерів: актуальність проблеми та шляхи вирішення....197
Маркова М. В., Кожина А. М., Горшкова К. А. (Харків, Одеса)
Психоосвітня сімейна психотерапія в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію....198
Маркова М. В., Рахман Л. В. (Харків, Львів)
Соціодемографічний та клініко-епідеміологічний аспекти патоморфозу терапевтично резистентних депресій....198
Марценковський І. А. (Київ)
Пренатальні, перинатальні шкідливості та генетичні фактори ризику в ґенезі розладів зі спектра аутизму....199
Марута Н. О., Кутіков О. Є. (Харків)
Антропологічна політиповість та етногенетичні чинники у дослідженні механізмів неврозогенезу....200
Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О., Семікіна О. Є., Федченко В. Ю., Каленська Г. Ю. (Харків)
Сучасні механізми неврозогенезу та їх психотерапевтична корекція....200
Марута Н. О., Рачкаускас Г. С., Фролов В. М. (Харків, Луганськ)
Інтерфероновий статус хворих на параноїдну шизофренію з терапевтичною резистентністю до нейролептиків при застосуванні лікопіду....201
Марута Н. О., Сновида Л. Т., Денисенко М. М., Ніканорова Ю. В. (Харків)
Гендерні особливості суїцидальної поведінки у структурі депресивної патології....201
Михайлов Б. В., Кудинова Е. И. (Харьков)
Медико-психологическое сопровождение больных с патологией сердечно-сосудистой системы органического и функционального генеза....202
Михайлова Е. А. (Харьков)
Инновационные технологии диагностики депрессивных расстройств у детей....202
Михайлова Е. А., Мителев Д. А., Беляева Е. Э. (Харьков)
Нейропсихиатрический аспект ожирения с инсулинорезистентностью у детей и подходы к реабилитации....202
Міхановська Н. Г. (Харьков)
Роль психотерапевтичного втручання в комплексі допомоги дітям із перинатальним ураженням нервової системи....203
Мозговая Т. П., Мозговая С. В. (Харьков)
Современные подходы к профилактике гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков....203
Моісеєнко Р. О., Хобзей М. К., Михайлов Б. В., Зінченко О. М. (Київ, Харків)
Стан і перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в Україні на засадах доказової медицини....204
Морозов П. В. (Москва, Россия)
Синдром Кандинского — Клерамбо: клинические особенности и история вопроса....204
Недуруева Т. В. (Курск, Россия)
Личность врача-психиатра в стрессогенных условиях профессиональной деятельности....205
Никишина В. Б. (Курск, Россия)
Особенности профессиональных представлений медицинских работников....205
Нікішкова І. М., Забродіна Л. П. (Харків)
Архітектоніка та патерни нічного сну у хворих на енцефалопатію різного ґенезу....205
Новиков А. С. (Березники, Пермский край, Россия)
Измерение переживаемой самооценки (ИПС)....206
Овчаренко М. О., Сосін І. К., Радченко Т. М., Пінський Л. Л. (Луганськ, Харків)
Підсумки проведення двоетапного психокоригуючого курсу у підлітків для підвищення їх спроможності щодо прийняття конструктивних рішень в стресовій ситуації....206
Пайкова Л. Н., Плотников А. Г. (Харьков)
Клиническое и нейрофизиологическое обоснование применения некоторых немедикаментозных методов для коррекции эмоциональных и психофизиологических нарушений у лиц молодого возраста, страдающих различными формами эпилепсии....207
Пайкова Л. Н., Филимонова Н. Б., Павлович С. А. (Харьков, Киев)
Психофизиологические критерии когнитивных нарушений и их коррекции у больных эпилепсией....207
Панченко О. А., Басараб И. Ю., Пугач Е. А. (Донецк)
Социально-психологические особенности изменений личности ликвидаторов аварии на ЧАЭС....208
Панченко О. А., Кутько И. И. (Донецк)
Университетская клиника — новый этап в развитии отечественного здравоохранения....208
Панченко О. А., Петракова Т. В. (Донецк)
Применение гештальт-терапии в коррекции психосоматических расстройств....208
Панченко О. А., Плохих В. В., Гаража М. В. (Донецк)
Психодиагностика психофизиологических качеств водителей автомобильного транспорта....209
Панченко О. А., Садчикова Е. Г. (Донецк)
Психологический аспект нейрореабилитационного процесса....209
Панченко О. А., Цапро Н. П., Симоненко Е. Б. (Донецк)
Реабилитация подростков с артериальной гипертензией....209
Панченко О. А., Чумак Т. Э., Березовский В. Н. (Донецк)
Применение внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении невротических и связанных со стрессами расстройств....210
Педак А. А. (Миколаїв)
Нейропсихіатрія: фізіологічна міжкульова латералізація головного мозку при шизофренії....210
Пиронкова О. Ф. (Запорожье)
Социальное измерение психоического дискурса в контексте реформирования системы психиатрической помощи Украины....211
Піонтковська О. В. (Харків)
Медико-психологічна допомога у сфері дитячої онкології: системність, комплексність та багаторівневість впровадження....211
Пітик О. М. (Івано-Франківськ)
Вираженість психопатологічної симптоматики у хворих на первинний гіпотиреоз....212
Пішель В. Я., Полив'яна М. Ю., Сотніченко В. В. (Київ)
Особливості сімейного функціонування родини хворого на шизофренію....212
Погорелко О. В. (Полтава)
Аутоагресивна поведінка у дітей підліткового віку: необхідність вирішення проблеми та напрями її розв'язання....212
Подлубный В. Л. (Запорожье)
К вопросу семиотики адаптации и дезадаптации у работников промышленных предприятий....213
Пономарев В. И., Пономарева В. В. (Харьков)
Результаты исследования индивидуально-психологических особенностей подростков с социальной фобией, отягощенной употреблением психоактивных веществ....213
Проскурина Т. Ю. (Харьков)
Клиническая и нейрогормональная характеристика депрессии у детей в возрастном аспекте....214
Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А., Михановская Н. Г., Мителев Д. А., Матковская Т. Н. (Харьков)
К проблеме терапии депрессии у детей младшего школьного возраста....214
Проскуріна Т. Ю., Михайлова Е. А., Матковська Т. М., Мітельов Д. А. (Харків)
Ризик суїцидальної поведінки у дітей та підлітків із депресією: діагностика, медико-психологічна реабілітація, профілактика....214
Пшук Н. Г., Маркова М. В., Пшук Є. Я. (Вінниця, Харків)
Динаміка оцінки ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію....215
Радіонова С. І., Рачкаускас Г. С. (Луганськ)
Стан ліпопероксидації у хворих на фебрильну шизофренію при застосуванні реамберину....215
Рахманов В. М., Рахманов Р. В. (Днепропетровск)
Классификация клинических проявлений аутизма....216
Рахманов В. М., Рахманов Р. В. (Днепропетровск)
Наш опыт работы в проведении процессуально ориентированной психотерапии....216
Рахманов В. М., Рахманов Р. В. (Днепропетровск)
Значимость данных психологических исследований при медико- и психосоциальной реабилитации детей....217
Рахманов В. М., Рахманов Р. В. (Днепропетровск)
Особенности семейной психотерапии в практике немедикаментозной реабилитации родителей больных детей....217
Римша С. В., Теклюк С. В., Лук'янович І. Л. (Вінниця)
Особливості першого етапу психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію....218
Риткіс І. С., Табачніков С. І., Васильєва Г. Ю. (Київ, Донецьк)
Емоційні розлади на початковому етапі формування нікотинової залежності у студентів....218
Риткіс І. С., Табачніков С. І., Васильєва Г. Ю. (Київ, Донецьк)
Прогнозування ймовірності відмови від тютюнопаління серед студентської молоді....218
Розанов В. А. (Одесса)
Стресс, эпигенетика и психическое здоровье....219
Розанов В. А., Уханова А. И., Пилягина Г. Я., Рейтарова Т. Е., Солдатова С. А. (Одесса)
Выявление скрытых аутодеструктивных тенденций у подростков и обоснование возможности организации школьной системы суицидальной превенции....219

Сайко Д. Ю. (Харьков)
Особенности клинико-психопатологической структуры органического эмоционально лабильного расстройства личности у больных с болезнью Паркинсона 220
Самохвалов В. П., Самохвалова О. Е., Вербенко В. А., Вербенко Г. Н. (Прага, Чехия; Симферополь)
Распространенность полифармации в лечении острых психотических расстройств 220
Селюкова Т. В. (Харьков)
Психологические и патопсихологические последствия чрезвычайных ситуаций 221
Сергета І. В., Браткова О. Ю., Мостова О. П., Панчук О. Ю., Стоян Н. В., Дунець І. Л. (Вінниця)
Актуальні проблеми діагностики, профілактики та корекції донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів шкільного віку і студентів 221
Сінайко В. М., Коровіна Л. Д. (Харків)
До проблеми метаболічного синдрому у хворих на шизофренію 222
Сиротюк М. В. (Евпатория)
Возможность санаторно-курортного лечения синдрома детского аутизма 222
Скринник О. В., Серікова О. С. (Харків)
Вплив психотравмуючих ситуацій на перебіг шизоафективного розладу 222
Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А. (Полтава)
Психотерапевтична корекція психічних порушень в осіб з дефектами та деформаціями зовнішнього носа 223
Соколова Е. О. (Харків)
Психопрофілактика порушення здоров'я сім'ї при гіпертензивній енцефалопатії у чоловіків 223
Соловьева М. А. (Киев)
Основные направления профилактики стрессовых расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений в странах Европейского Союза 224
Сонник Є. Г., Моргун В. В. (Полтава)
Аналіз ефективності терапевтичних підходів до лікування передчасної еяколяції у чоловіків як причини порушення здоров'я сім'ї 224
Сосин И. К., Чуев Ю. Ф., Гончарова Е. Ю., Франчук А. Н., Гонтарь О. С., Сосина Л. И., Друзь О. В., Сквира И. М., Осипов А. А. (Харків)
Проблемы активации психофизиологических функций внимания и периферического зрительного восприятия цветовых аналогов светофора 225
Спіріна І. Д., Леонов С. Ф., Рокутов С. В., Ніколенко А.Є., Шустерман Т. Й. (Дніпропетровськ)
Мультидисциплінарний підхід в організації надання психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги хворим з психосоматичними та соматопсихічними розладами 225
Статинова Е. А., Селезнева С. В., Максименко О. Л., Мамедалиева С. А. (Донецк)
Коррекция депрессивных нарушений у соматоневрологических больных 225
Стрельникова И. Н., Полякова А. В. (Харьков)
Структура депрессивных расстройств у больных эпилепсией .. 226
Субаева К. Р., Хаустов М. Н. (Харьков)
Невротические реакции у мужчин молодого возраста, находящихся в условиях социальной изоляции 226
Субаева К. Р. (Харьков)
Сравнительная характеристика аффективных нарушений адаптации среди молодых правонарушителей в исправительных колониях общих и облегченных условий содержания 226
Субаева К. Р., Брагин Р. Б. (Харьков)
Особенности факторов, сочетающихся с нарушениями адаптации, у молодых осужденных в исправительных колониях с облегченными условиями содержания 227
Сухоруков В. І., Біневська О. М., Бовт Ю. В., Назарчук І. А., Нікішкова І. М. (Харків)
Роль ґенезу енцефалопатії у ефективності терапії диссомнічних розладів 227
Сухоруков В. І., Нікішкова І. М., Біневська О. М., Бовт Ю. В., Назарчук І. А. (Харків)
Особливості диссомнічних розладів у хворих на енцефалопатію різного ґенезу 227
Табачніков С. І., Марценковська І. І., Марценковський І. А. (Київ)
Вживання наркотичних речовин, як проблема охорони психічного здоров'я підлітків: від усвідомлення проблеми до концепції допомоги 228
Теренковский Д. И. (Харьков)
Разгрузочно-диетическая терапия неврозоподобных состояний у больных, перенесших черепно-мозговую травму 228
Товажнянская Е. Л., Безуглова И. О., Семенчук Е. В., Семенчук Е. В. (Харьков)
Когнитивные расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа 229
Федак Б. С., Шекманов М. Г. (Харків, Димітров Донецької області)
Психосоціальний ресурс пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом С в аспекті надання медико-психологічної допомоги 229
Харченко А. В. (Харків)
Корекція функціонального стану хворих з соматоформною вегетативною дисфункцією (F 45.3) 230
Харченко Є. М., Продан М. І. (Київ)
Клінічні ознаки професійної дезадаптації середнього медичного персоналу, що працює із хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання 230
Царенко О. М. (Вінниця)
Щодо розробки заходів психосоціальної корекції та профілактики дезадаптації психічно хворих в умовах примусового лікування 231
Чайка Ю. В., Химчан А. И. (Харьков)
Психиатрия позднего постмодерна 231
Чеботарьов Є. В. (Луганськ)
Динаміка показників клітинної ланки імунітету у хворих на соматизовані депресивні розлади при застосуванні комбінації мелітору та поліоксидонію 231
Черкасова А. А. (Харьков)
Профилактика дефектных состояний при аутизме у детей 232
Чистикова Е. И. (Харьков)
К вопросу о психопрофилактике и психокоррекции психической дезадаптации среди лиц, работающих в условиях пожарной опасности 232
Чистова О. О. (Харків)
Порушення сексуального здоров'я та подружньої взаємодії при генітальному ендометріозі у жінок: аналіз проблеми та шляхи вирішення 233
Чугунов В. В. (Запорожье)
Истинный патоморфоз психиатрической клиники 233
Чугунов В. В., Данилевская Н. В. (Запорожье)
Псевдообсессивный синдром в клинике шизофрении 234
Чуприков А. П. (Киев)
Спорные вопросы детского аутизма 234
Чуприков А. П., Вовченко И. В.,Бураго А. С., Кушнирская Е. Е., Василевская Н. Ю. (Киев)
Анималотерапия в детской неврологии и психиатрии 235
Шарко О. М. (Харьков)
Модель психопатогенеза посттравматического стрессового расстройства на фоне отравления угарным газом 235
Шейніна Т. Л. (Харків)
Погляд на реорганізацію надання психіатричної допомоги дітям з розладами психіки та поведінки в Україні 235
Шестопалова Л. Ф. (Харків)
Дослідження типологічних особливостей терапевтичного альянсу в сучасному медичному закладі 236
Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О. (Харків)
Основні індивідуально-психологічні чинники формування терапевтичного альянсу у медичних спеціалістів 236
Шуклин Д. Е. (Харьков)
Гормезис в адаптивных системах 237
Юрьев М. Н., Дымшиц С. М., Двирская Э. А., Сардак С. Б., Шажко Е. Л. (Симферополь)
Шизофрения в структуре психотических и непсихотических расстройств в различные периоды работы дневного стационара . 237
Юрьева Л. Н., Зинченко Е. Н., Юрьев А. Е. (Днепропетровск, Киев)
Динамика суицидальной смертности среди городского и сельского населения Украины 238
Юрьева Л. Н., Шевченко Ю. Н. (Днепропетровск)
Профилактика суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами в контексте доказательной медицины 238
Юрьева Л. Н., Юрьев А. Е. (Днепропетровск)
Динамика суицидальной смертности в Украине 239
Якущенко И. А., Песоцкая Е. В. (Харьков)
Психопатологические и неврологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы, полученной в боевых условиях (Афганистан) 239

НАРКОЛОГІЯ

Андрух П. Г. (Харьков)
О значении феноменологии созависимости для организации систем психотерапии и психосоциальной реабилитации наркозависимых 240
Артемчук А. А. (Харьков)
Биохимическое обоснование подбора компонентов в фармакологическую технологию «композит-1» при лечении алкогольной интоксикации 240
Артемчук А. П. (Харків)
Концептуальне підґрунтя реабілітації хворих наркологічного профілю (за матеріалами російських дослідників) 241
Артемчук А. П. (Харків)
Метаболічне підґрунтя трансформованих, терапевтично резистентних різновидів алкогольної залежності та розробка безпечних технологій сенсибілізуючої терапії 241
Бражник Л. О., Милашенко О. М., Чуєва К. Ю., Лизунов С. М., Шабанов В. М., Баганча О. В., Резниченко М. В., Густодим Ю. О. (Харків)
Особливості сучасних вимог до організації приватної наркологічної практики 241
Бухтіярова О. Г. (Одеса)
Клініко-патогенетичні аспекти та лікування залежності від тютюнопаління 242
Васильєва О. О. (Харків)
Неврологічні та електроенцефалографічні особливості хворих на алкогольну залежність з різними формами алкоголізації 242
Виноград С. П. (Сумы)
Проблемные вопросы идентификации алкогольной зависимости в системе медицинского освидетельствования водителей 243
Гайдабрус А. В. (Харків)
Клінічні та параклінічні особливості залежних від алкоголю військовослужбовців, звільнених у запас 243
Гапонов К. Д. (Харків)
Комплексне лікування хворих на алкогольну залежність в умовах її сучасного патоморфозу 244
Гегешко В. В. (Харьков)
Особенности формирования и течения первичного алкогольного делирия 244
Задорожный В. В. (Харьков)
Миастеноподобный синдром у больных алкогольным делирием 244
Задорожный В. В., Юрченко Н. П. (Харьков)
Значение эндотелиальной дисфункции в развитии соматических осложнений у больных тяжелым алкогольным делирием 245
Закревский А. П. (Донецк)
Влияние курения и употребления пива на органы ротовой полости 245
ЗакревскийА. П. , Цыба И. В., Кононенко И. Н., Медведева Е. В., Морозов П. В., Губа Г. Б., Кукта В. В. (Донецк)
Эпилептический синдром в клинике зависимости от алкоголя 246
Закревский А. П., Митюков В. А., Цыба И. В., Кобец А. Н., Медведева Е. В., Кононенко И. Н., Рябцев А. С., Боброва Н. Г., Кучерявая В. И. (Донецк)
Медико-социальная и психологическая оздоровительная реабилитация девушек-подростков и женщин репродуктивного возраста, регулярно употребляющих алкогольные и наркотические вещества 246
Закревский А. П., Цыба И. В., Кобец А. Н., Медведева Е. В., Рябцев А. С., Морозов П. В. (Донецк)
Применение вальдоксана, лазеропунктуры, иглорефлексотерапии в комплексном лечении гипотонических состояний у больных молодого возраста в стадии ремиссии алкогольной зависимости 246
Закревский А. П., Цыба И. В., Кобец А. Н., Рябцев А. С., Медведева Е. В., Кононенко И. Н. (Донецк)
Комбинированный метод лечения алкогольной зависимости (рефлексопсихотерапия) 247
Закревский А. П., Цыба И. В., Митюков В. А., Кообец А. Н., Боброва Н. Г.. Матеева Н. Е. (Донецк)
Применение вальдоксана при коррекции аффективных нарушений у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью .. 247
Закревський О. П., Циба І. В., Кобець О. М., Рябцев О. С., Міцук Д. О., Максютенко О. В., Федоренко О. О. (Донецк)
Спосіб лікування патологічного потягу до алкоголю в терапії синдрому відміни алкоголю 248
Кузьмінов В. Н. (Харків)
Особливості зловживання спиртними напоями хворими з алкогольною залежністю перед розвитком стану відміни алкоголю з делірієм 248
Кузьмінов В. Н., Шульга О. О. (Харків)
Динаміка психопатологічних та неврологічних порушень у хворих з алкогольною залежністю, які перенесли гостру алкогольну енцефалопатію 248
Лесная Н. Н. (Харьков)
Комплайенс больных с алкогольной зависимостью: уровни, типы, система психокоррекции 249
Малыхин А. В., Малыхина Н. А., Харченко А. В. (Харьков)
Эндогенный спирт и метаболические основы развития состояния отмены алкоголя 249
Маркозова Л. М. (Харків)
Матеріальні витрати працевлаштованих та безробітних осіб з залежністю від психоактивних речовин на придбання алкоголю та тютюну (когортне дослідження) 250
Маркозова Л. М., Бараненко О. В. (Харків)
Порівняльний аналіз клінічних протоколів США та України (класифікація, діагностика проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин) 251
Мінко О. І. (Харків)
Основні напрямки розвитку наркологічної служби України 251
Мінко О. О. (Харків)
Комплексна діагностика залежності від опіоїдів з використанням фоноскопічних характеристик мови, що звучить 251
Мусієнко Г. О., Гольцова С. В. (Харків)
Стан і розробка медико-технологічних нормативів з надання медичної допомоги хворим із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин в Україні . 252
Мусієнко Г. О., Шалашов В. В. (Харків)
Вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності від алкоголю та тютюну і механізмів її реалізації під впливом зовнішнього середовища 252
Павлова Ю. С. (Запорожье)
Тропикамидовая зависимость 253
Пирогов И. Ф. (Харьков)
Дифференциальная диагностика психозов, обусловленных употреблением ПАВ 253
Пшук Н. Г., Стукан Л. В., Пшук Є. Я. (Вінниця)
Психологічні предиктори комунікативної активності у осіб з алкогольною залежністю 254
Рищенко О. О., Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., Півоваров О. В. (Харків)
Розвиток формулярної системи як один із заходів попередження адиктивної залежності серед населення України на засадах судової фармації 254
Самойлова О. С., Голощапов В. В., Клочок А. М. (Харків)
Формування терапевтичних ремісій у хворих із залежністю від психоактивних речовин 255
Слюсар В. В., Мусієнко Г. О., Дюженко М. М., Голинкіна Є. В. (Харків)
Основні етапні аспекти, складові та принципи реабілітації у державному спеціалізованому наркологічному закладі 255
Собетов Б. Г., Гасс Ю. Р., Гасс В. Б., Гасс Р. С. (Львов)
Проблемы, поиски и пути решения терапии наркоманов на разных этапах пребывания в условиях пенитенциарной системы 256
Сосін І. К., Чуєв Ю. Ф., Романовський О. Г., Горбань А. Є., Чухрієнко К. П., Шаповалова В. О., Волков О. С., Шаповалов В. В., Гончарова О. Ю., Шаповалов В. В. (мол), Друзь О. В., Сквира І. М., Агапов Д. О. (Харків)
Пошук антикревінгових терапевтичних ефектів серед арсеналу немедикаментозних засобів та методів 256
Фітькало О. С., Собетов Б. Г., Гасс Ю. Р. (Львів)
Сучасні підходи до лікування залежних від алкоголю 257
Чугай С. Д. (Харків)
Фармакологічна та психосоціальна стимуляція абстиненції у осіб з синдромом залежності від алкоголю 257
Чуев Ю. Ф. (Харьков)
Инновационные лазерные программы в наркологии 258
Чуева Е. Ю.(Харьков)
Особенности аффективных расстройств в клинике пивной зависимости 258
Шалашов В. В., Бараненко А. В. (Харьков)
Коррекция аффективных расстройств в раннем постабстинентном периоде при комплексной терапии алкогольной зависимости .. 258
Шаповалов В. В. (мол.), Васіна Ю. В., Радіонова В. О., Размадзе О. Т., Хмелевський М. О. (Харків)
Судово-фармацевтичні дослідження наслідків наркозлочинності в Україні: захист прав громадянина, людини, хворого і пацієнта (підозрюваного, обвинуваченого, засудженого) на засадах доказової медицини і фармації 259
Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., Мусоєв С. М., Лебедева Т. О., Румянцев А. І. (Харків)
Судово-фармацевтичні дослідження міжнародного наркобізнесу: міжнародне медичне і фармацевтичне право в країнах Європейського Союзу, Єдиний фармацевтичний простір і Митний союз країн Союзу незалежних держав та Шанхайської організації співробітництва 260

УДК 616.89—362.141:614.447(477)

***М. К. Хобзей*[1], *П. В. Волошин*[2], *Н. О. Марута*[1, 2], *О. М. Зінченко*[1], *О. О. Петриченко*[1], *Л. І. Дьяченко*[2]**
Міністерство охорони здоров'я України[1] (м. Київ),
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»[2] (м. Харків)

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

В статті наведені основні напрямки покращання ситуації в сфері психічного здоров'я — необхідність розроблення державної стратегії в галузі психічного здоров'я, яка визначає проблеми профілактики психічних розладів пріоритетами держави та забезпечує участь усього суспільства та міжвідомчу взаємодію у вирішенні цієї складної проблеми; проведення структурної реформи галузі, спрямованої на відтворення соціально-орієнтованої допомоги, яка передбачає розширення мережі стаціонарзамісних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної служби; перехід від переважно медичної до біопсихосоціальної, та, відповідно, до мультидисциплінарної моделі психіатричної допомоги і бригадного підходу до її надання; вдосконалення методології надання психіатричної допомоги з максимальним використанням можливостей психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією.

Реформа психіатричної допомоги на засадах соціально-орієнтованої психіатричної служби потребує фінансування та підтримки держави та активної участі всього суспільства, законодавчої та виконавчої влади, налагодження міжсекторальної взаємодії закладів Міністерства охорони здоров'я України та інших Міністерств і відомств.

Ключові слова: психічне здоров'я, психіатрична допомога в Україні, реформа

Зміцнення психічного здоров'я, профілактика та лікування психічних розладів є провідними чинниками покращання якості життя й благополуччя, зростання соціального капіталу, продуктивності окремих людей, родин, соціальних груп та суспільства у цілому. Така стратегія відображена в Європейській Декларації психічного здоров'я, до якої приєдналася Україна у 2005 році.

За даними ВООЗ у 38 % населення країн Євросоюзу в певний момент їхнього життя реєструється один або декілька психічних розладів, які обумовлюють 19 % загального економічного тягаря усіх захворювань.

Психічні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільства, які обумовлені непрацездатністю та соціальною дезадаптацією хворих та їх родичів, суїцидальною та соціально небезпечною поведінкою цього контингенту осіб, суттєвим погіршенням якості життя самих хворих та їх близьких.

На жаль, Україна не позбавлена проблем, пов'язаних з вадами психічного здоров'я, про що свідчать статистичні показники. Аналіз показника захворюваності на розлади психіки та поведінки за 10-річний період свідчить про зменшення цього показника на 6,7 % (рис. 1).

Цей показник в Україні на початок 2002 р. складав 248,8 на 100 тис. населення, у 2006 р. знизився до 230,9, а в 2007 і 2008 роках відзначилось його підвищення до 242,3 і 249,2 на 100 тис. населення, відповідно. З 2009 р. показник захворюваності знову набув тенденцію до зниження: у 2009 р. — 232,4, у 2010 р. — 234,6, у 2011 р. — 232,2.

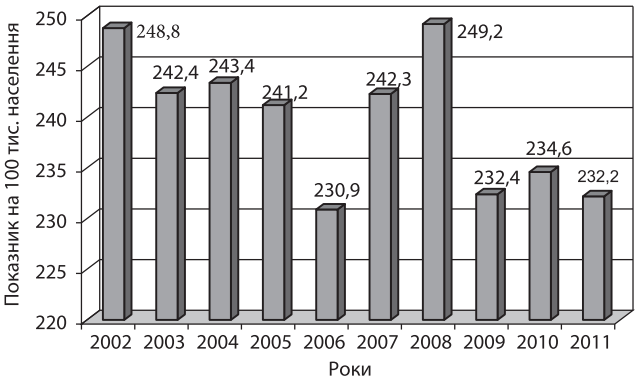


Рис. 1. **Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2002—2011 роках**

Як і в попередні роки, у 2011 році виявляються значні коливання показника захворюваності на розлади психіки та поведінки в окремих регіонах України.

У 2011 р. найбільшим цей показник був в Житомирській області — 428,3 на 100 тис. населення, що майже вдвічі більше від середнього по Україні (232,2). Високі показники захворюваності відзначались також в Київській (375,7) та Чернігівській (318,8) областях. Вдвічі нижчим за середній по Україні цей показник був в м. Севастополь (128,5), м. Київ (142,7), Чернівецькій (161,6) області.

У структурі зареєстрованої захворюваності переважають психічні розлади непсихотичного характеру — 74,0 % (або 174,9 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих розладів психіки та поведінки, розлади психотичного характеру складають 17,8 % (41,2), розумова відсталість — 8,2 % (19,1) (рис. 2).

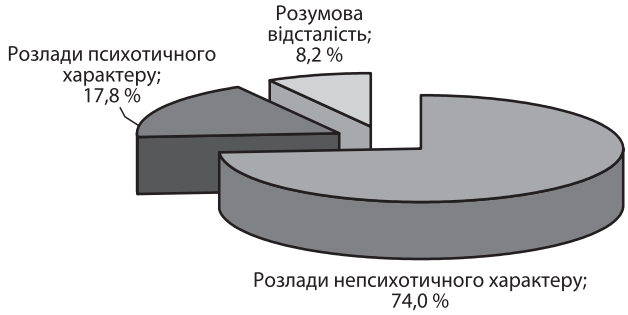


Рис. 2. **Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2011 р.**

Перевищують середній по Україні (171,9) показник зареєстрованої захворюваності на розлади психіки та поведінки непсихотичного характеру в Житомирській (340,8), Київській (297,6), Луганській (220,9) областях,

© Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О., Зінченко О. М., Петриченко О. О., Дьяченко Л. І., 2012

значно нижчі — в мм. Севастополі (74,4), Києві (101,3), Миколаївській області (114,5).

Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки психотичного характеру вищі за середній по Україні (41,2) в Харківській (63,2), Запорізькій (55,5), Херсонській (54,6) областях, нижчі — в Чернівецькій (24,7), Волинській (25,7), Львівській (26,8) областях.

Показники зареєстрованої розумової відсталості в Херсонській (34,2), Житомирській (31,5), Сумській (28,4) областях значно перевищували середній по Україні (19,1), а в мм. Києві (3,8), Севастополі (4,5) цей показник у 4—5 разів нижчий за середній по Україні.

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки свідчить про те, що на кінець 2011 року в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебувало 1 164 077 осіб з різними формами цієї патології. Виявляється поступове підвищення показника поширеності розладів психіки та поведінки всіх груп психічної патології, без значних щорічних коливань. За 10-річний період цей показник збільшився на 3,4 % і складав у 2011 р. 2552,9 на 100 тис. населення (в 2002 р. — 2468,2) (рис. 3).

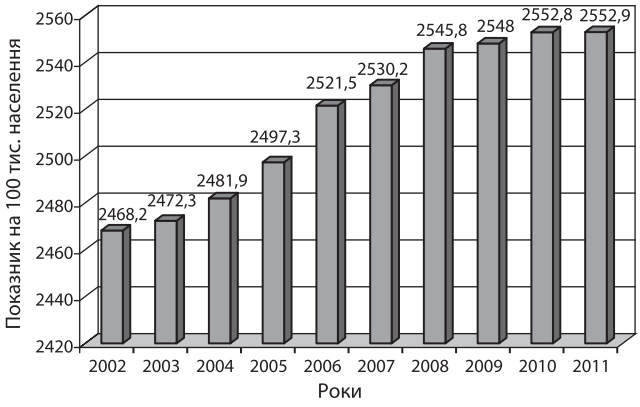


Рис. 3. **Поширеність розладів психіки та поведінки у 2002—2011 роках**

Найбільш високі показники поширеності розладів психіки та поведінки, як і в попередні роки, реєструвались в Херсонській (3093,2), Черкаській (3025,1), Донецькій (2971,2) областях. Нижчим за середній по Україні цей показник був в м. Києві (1972,5), Вінницькій (2008,5), Миколаївській (2160,5) областях.

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки найбільший відсоток в динаміці стабільно зберігають непсихотичні психічні розлади — 50,2 %, розлади психічного характеру складають 26,6 %, розумова відсталість — 23,2 % (рис. 4).

Найбільш високий показник поширеності психічних розладів непсихотичного характеру в 2011 р. реєструвався в Черкаській (1634,0 на 100 тис. населення), Луганській (1573,9), Донецькій (1546,3) областях, майже вдвічі меншими ці показники були в Вінницькій (883,3), Миколаївській (881,1), Полтавській (987,9) областях (середній по Україні — 1281,1).

В показниках зареєстрованої поширеності розладів психіки та поведінки психотичного характеру коливання були дещо меншими, ніж в показниках поширеності непсихотичного характеру: від 848,1 — Харківській, 836,0 — Донецькій, 758,0 — Луганській областях, до 519,2 — в Кіровоградській, 542,0 — Тернопільській, 553,8 — Чернівецькій областях (середній по Україні — 679,9).

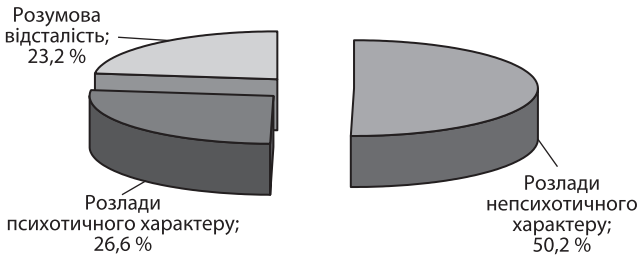


Рис. 4. **Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2011 р.**

Значні коливання відзначалися в показниках поширеності розумової відсталості. Перевищував середній по Україні (591,9) цей показник в Херсонській (1045,9), Сумській (791,2), Одеській (781,1) областях, нижчі за середній по Україні — в м. Києві (221,1), Севастополі (364,8), Житомирській області (443,4).

Вивчення показників інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів показало, що на початок 2012 р. в Україні 277 282 хворих на розлади психіки та поведінки мали групу інвалідності, з них 8,4 % дітей віком 0—17 років. 11 548 хворих за 2011 р. були визнані інвалідами первинно. У порівнянні з 2002 р. кількість хворих, первинно визнаних інвалідами, зменшилась на 7,2 % з 27,3 у 2002 р. до 25,3 у 2011 р. на 100 тис. населення. За цей же час на 16,5 % збільшилася кількість хворих, які мають групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки, — з 522,1 на 100 тис. населення в 2002 р. до 608,1 у 2011 р. Найбільший показник первинно визнаних інвалідами у 2011 р. зареєстрований у Львівській (33,8 на 100 тис. населення), Чернівецькій (33,2), Миколаївській та Чернігівській (по 30,7) областях, нижчим за середній по Україні (25,3), цей показник був у АР Крим (18,0), Харківській (18,4) області, м. Києві (18,5).

В середньому по Україні групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки мають 608,1 осіб на 100 тис. населення. Перевищується цей показник в Волинській (744,4), Чернігівській (743,1), Івано-Франківській (673,5) областях, нижчими за середній по Україні він є в Київській (482,6), АР Крим (495,7) та м. Севастополі (484,3).

В структурі визнаних інвалідами первинно та групі, які мали групу інвалідності в 2011 р., перше рангове місце посідала розумова відсталість (37,6 % і 37,1 %, відповідно), на другому місці була група захворювань на шизофренію, шизоафективні, шизотипові й інші хронічні маячні психічні розлади (28,6 % і 36,1 %), на третьому місці — органічні, включно симптоматичні, розлади психіки (19,0 % і 14,5 %), епілепсії (4,6 % і 9,9 %) (рис. 5.)

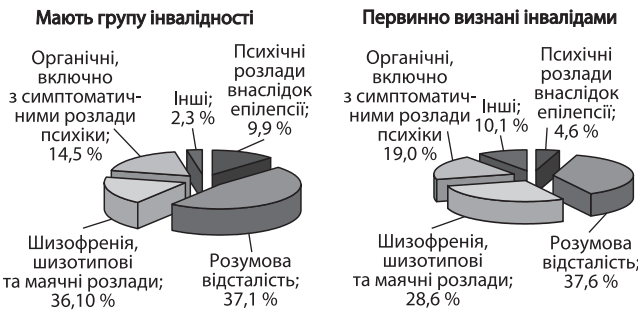


Рис. 5. **Структура інвалідності осіб з психічними поведінковими розладами у 2011 р.**

Необхідно зазначити, що при поступовому зменшенні показників первинно визнаних інвалідами різних груп захворювань показники кількості хворих, які мають групу інвалідності, підвищуються в групах шизофренії, шизоафективних і інших маячних розладів з 190,9 на 100 тис. населення у 2002 р. до 219,7 — у 2011 р. та розумової відсталості — з 177,8 до 225,6, відповідно.

Аналіз показників діяльності психіатричної служби свідчив про те, що протягом 2011 р. хворі на розлади психіки та поведінки отримували психіатричну допомогу у 84 психіатричних та психоневрологічних лікарнях, 27 психоневрологічних диспансерах, 655 психіатричних та психотерапевтичних кабінетах. В психіатричних диспансерах і кабінетах під диспансерним та консультативним спостереженням у 2011 р. перебувало більше 1 мільйона хворих з різними формами розладів психіки та поведінки, за рік 62 тисячі осіб отримали консультацію з питань психічного здоров'я і необхідний курс лікування. Під опікою у 2011 р. в психоневрологічних закладах перебувало 19 766 осіб з різними формами розладів психіки та поведінки. Лікарями психіатричних диспансерів з метою профілактичних попередніх та періодичних психіатричних оглядів проконсультовано 1 892 974 осіб, у 4 996 з них виявлені розлади психічного здоров'я.

На кінець 2011 р. в Україні функціонувало 39 810 психіатричних ліжок, 1626 з них — для дітей та підлітків.

За 2011 р. ліжковий фонд психіатричних закладів скоротився на 2126 ліжок (більше ніж на 5 %), за 10-річний період — на 15,0 %.

Забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих на кінець 2011 року складала 101,6 на 100 тис. населення. За 10-річний період кількість психіатричних ліжок для дорослих скоротилась на 8,3 % (з 110,8 у 2002 р. до 101,6 у 2011 р.) (рис. 6).



Рис. 6. **Забезпеченість населення України психіатричними ліжками для дорослих у 2002—2011 роках**

Найбільша кількість психіатричних ліжок для дорослих у 2011 р., як і в попередні роки, функціонувала у Сумській (150,4), Дніпропетровській (137,7) областях, АР Крим (126,9). Нижчим за середній по Україні цей показник був в Чернівецькій (63,2), Житомирській (72,1), Рівненській (72,7) областях.

В порівнянні з 2010 роком у 2011 році навантаження на ліжко для дорослих дещо збільшилось і складало 340,1 днів (у 2010 р. — 334,4 дні). Відзначалось недостатнє використання ліжка в м. Києві (261,0 день), Київській (294,8 дні), Івано-Франківській (297,9 днів) областях, при досить високому оберті ліжка (6,5—7,6). З перевантаженням ліжко працювало в Волинській (380,5 днів), Кіровоградській (370,3 дні), Чернівецькій (366,4 дні) областях, з високим показником оберту ліжка (6,7; 7,0; 9,0, відповідно).

Найвищі показники оберту ліжка у 2011 р. реєструвалися в Чернівецькій (9,0), Рівненській (8,1), Тернопільській (7,9), Хмельницькій (7,7) областях, при середньому по Україні — 6,4. Досить низьким оберт ліжка був в м. Києві (4,6), Херсонській (5,3), Сумській (5,3) областях.

За 10-річний період **оберт ліжка** в психіатричних закладах України збільшився на 6,6 % (рис. 7).

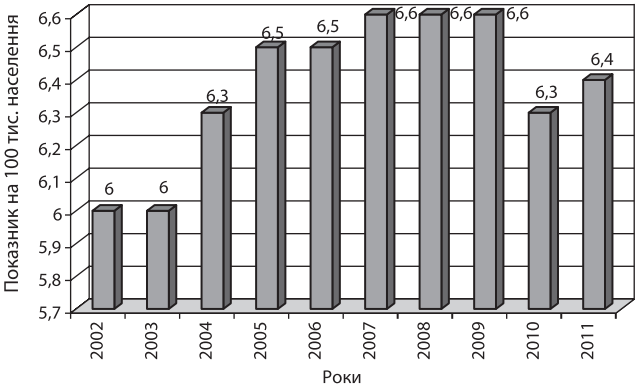


Рис. 7. Оберт ліжка для дорослих у 2002—2011 роках

Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2011 році складала 53,29. Цей показник за 10 років знизився на 4,2 % (рис. 8).

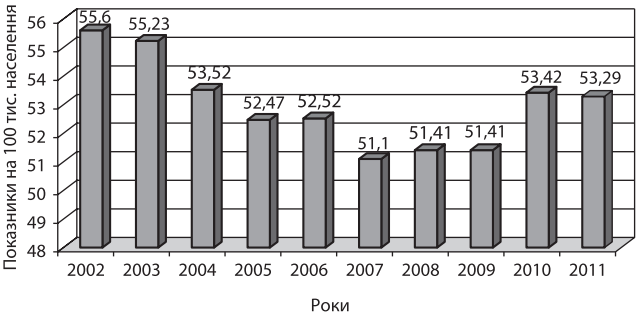


Рис. 8. **Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2002—2011 роках**

Залишається високою середня тривалість перебування хворого в стаціонарі в Одеській (64,2 дні), Херсонській (63,0 дні), Полтавській (62,8 дні) областях. Менше середнього по Україні (53,3 дні) цей показник в Івано-Франківській (38,8 дні), Чернівецькій (40,7) днів, Тернопільській та Рівненській (43 дні) областях.

Протягом останнього десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення на 4,4 % показника **госпіталізованої захворюваності** з 508,9 на 100 тис. населення у 2002 р. до 531,1 у 2011 р., в тому числі госпіталізованої захворюваності дорослих на 4,7 % з 560,3 до 586,6 відповідно (рис. 9).

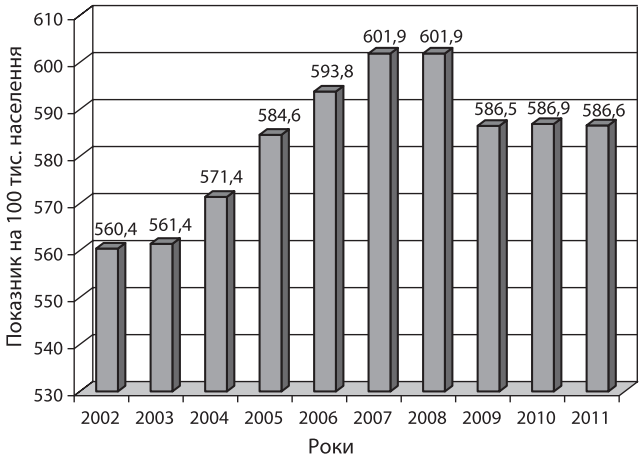


Рис. 9. **Показник госпіталізованої захворюваності серед дорослих хворих на розлади психіки та поведінки у 2002—2011 роках**

В структурі загальної госпіталізованої захворюваності провідне місце у 2011 р., як і в попередні роки, посідали розлади психіки та поведінки психотичного характеру — 50,8 %, розлади непсихотичного характеру — 38,6 % та розумова відсталість — 10,6 %. (рис. 10).

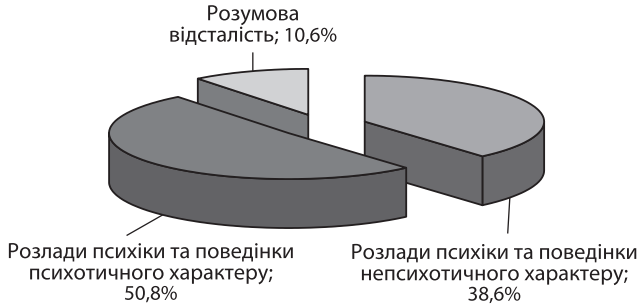


Рис. 10. **Структура загальної госпіталізованої захворюваності у 2011 р.**

У 2011 році показник повторної госпіталізації збільшився на 12,1 % з 19,8 % у 2002 р. до 22,2 % в 2011 (рис. 11).

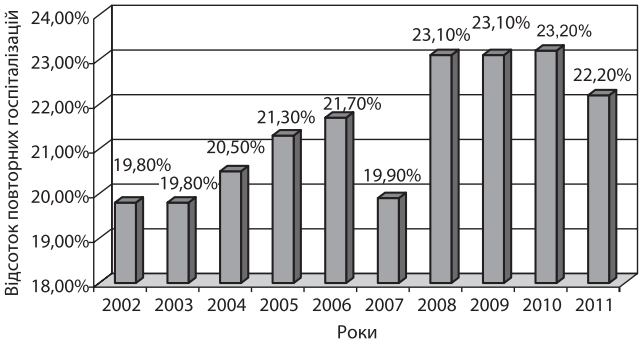


Рис. 11. **Показники повторної госпіталізації в психоневрологічні заклади України у 2002—2011 роках**

Аналіз забезпеченості населення України місцями в денних стаціонарах свідчить про те, що цей показник за 10 років знизився на 8,4 % (з 11,46 у 2002 р. до 10,5 — у 2011 р.) (рис. 12).

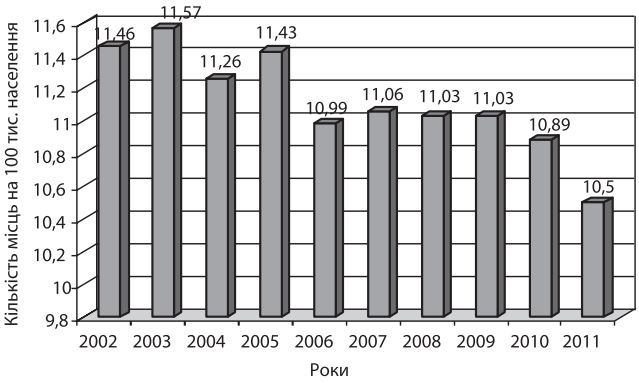


Рис. 12. **Кількість місць в денних стаціонарах для хворих на розлади психіки та поведінки в 2002—2011 роках**

Вивчення кількості місць в денних стаціонарах по регіонам показало, що в 2011 році найбільшим цей показник був в м. Києві (25,4), Донецькій (25,0 місць на 100 тис. населення), Харківській (20,1) областях.

Низьким залишається показник забезпеченості місцями в денних стаціонарах у Херсонській (0,92) та Полтавській (1,35) областях.

Структура психіатричної служби в Україні характеризується стійкою тенденцією до зменшення чисельності лікувально-трудових майстерень (ЛТМ).

За 10 років їх кількість зменшилась на 39,6 %. Відповідно зменшилась на 45,7 % кількість місць в них (з 4390 у 2002 р. до 2007 у 2011 р.) (рис. 13). Не існують лікувально-трудові майстерні в 11 областях, за 2011 р. в Кіровоградській області кількість місць скоротилась на 50, в Дніпропетровській — на 5, а в Волинській області лікувально-трудові майстерні ліквідовані (150 місць). Залишається високим показник забезпеченості місцями в ЛТМ в Житомирській (15,6 на 100 тис. населення), Полтавській (13,5), Херсонській (32,1) областях, м. Києві (12,7). За 2011 р. в ЛТМ психіатричних лікарень працювало 8959 хворих (0,77 % від загальної кількості хворих, які перебувають під спостереженням в психоневрологічних диспансерах). З них працевлаштовані тільки 0,26 % хворих.

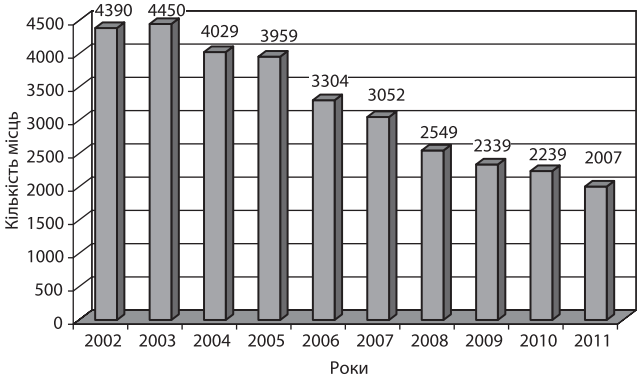


Рис. 13. **Кількість місць для хворих на розлади психіки і поведінки в лікувально-трудових майстернях у 2002—2011 роках**

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби свідчить про те, що протягом останнього десятиріччя відбувалось скорочення абсолютного числа штатних (34 280,75 у 2002 р. до 4 170,75 у 2011 р.) та зайнятих

(з 4064,25 у 2002 р. до 3852,0 у 2011 р.) посад лікарів-психіатрів, відповідно на 2,6 % і 5,2 %. Кількість фізичних осіб на зайнятих посадах також зменшилась на 7,3 % (з 3533 до 3274).

Показник забезпеченості штатними та зайнятими посадами лікарів-психіатрів, у 2011 р. відповідно складав 9,2 і 8,4 на 100 тис. населення. Коливання цих показників в регіонах є досить значущими — від 11,75 на 100 тис. штатних посад в м. Севастополь, 13,70 — м. Київ та 11,0 — в АР Крим, до 5,32 — в Закарпатській, 6,46 — Чернівецькій, 6,49 — в Рівненській областях.

Коливання забезпеченості зайнятими посадами лікарів-психіатрів також суттєво відрізнялися від 12,42 в м. Києві, 10,56 в м. Севастополі, 9,98 в АР Крим до 5,32 в Закарпатській, 5,91 — в Рівненській, 6,28 — в Миколаївській областях.

За 10 років зменшився показник забезпеченості населення фізичними особами лікарів-психіатрів на 1,9 % (з 7,32 на 100 тис. населення у 2002 до 7,18 у 2011). Коливання показника забезпеченості лікарями-психіатрами досить значне: від 10,8 % на 100 тис. населення в м. Києві до 4,34 в Рівненській області (середній по Україні — 7,18). Поступово знижується і **показник укомплектованості** фізичними особами штатних посад. За 10-річний період він зменшився на 4,9 % і на кінець 2011 р. складав 78,5 %. Найбільш високий показник укомплектованості — у Львівській (97,5 %), Чернівецькій (96,1 %), Закарпатській (95,0 %), Тернопільській (95,0 %) областях, нижчий за середній по Україні (78,5 %) він в Рівненській (66,9 %) і Сумській (68,6 %) областях.

З загальної кількості лікарів-психіатрів 75,0 % мають кваліфікаційну категорію, з них 37,9 % — вищу, 23,5 % — першу і 13,5 % — другу категорії. З числа атестованих вищу кваліфікаційну категорію мають 50,6 % лікарів.

45 % штатних посад лікарів-психіатрів реєструється в амбулаторних лікувально-профілактичних закладах (диспансерах, поліклініках). Кількість штатних посад в амбулаторно-поліклінічній мережі збільшилась на 0,3 % (1880,3 посади в 2002 р. і 1885,5 у 2011 р.), а кількість зайнятих посад зменшилась на 3,3 % (з 1777,3 посади у 2002 р. до 1719,0 у 2011 р.). З загальної кількості зайнятих посад психіатрів в амбулаторно-поліклінічній мережі посідають дільничні психіатри — 65,3 %. За останнє десятиріччя кількість зайнятих посад дільничних лікарів-психіатрів збільшилась на 6,1 % (з 1058,0 посад у 2002 р. до 1122,3 — у 2011 р.).

Кількість хворих на 1 зайняту посаду дільничного лікаря-психіатра для дорослого населення в середньому по Україні складає 851. За 10-річний період цей показник з незначними коливаннями зберігає стабільність. В регіонах кількість хворих на 1 зайняту посаду дільничного психіатра для дорослих коливається від 585 в Полтавській області, 642 в Запорізькій, 654 в Житомирській до 1123 — в Херсонській, 1109 — в Івано-Франківській, 1073 — в Хмельницькій областях). Кількість відвідувань дорослого населення до 1 дільничного психіатра в динаміці також зберігає стабільність і складає в середньому 5500—5700 відвідувань за рік. Коливання цього показника в регіонах від 3051 в м. Києві, 4163 в Тернопільській, 4322 в Запорізькій області до 7550 в Житомирській, 4137 в Одеській, 6765 в Хмельницькій областях.

За останні роки поліпшилась забезпеченість хворих на психічні розлади психологами, медичним персоналом соціальної допомоги, і особливо лікарями-психологами. В 2011 році в психоневрологічних закладах України реєструвалось 67 зайнятих посад лікарів-психологів (у 2002 р. їх було 4,5). Психологів, які беруть участь у наданні допомоги хворим на психічні та поведінкові розлади — 454,75 (в 2002 р. — 335,25), медичних сестер соціальної допомоги — 304,5 (у 2002 р. — 232,0).

За останні 10 років на 35,6 % збільшилась кількість лікарів-психологів (з 335,25 у 2002 р. до 454,75 у 2011 р.), на 31,2 % кількість медичних сестер соціальної допомоги (з 232,0 у 2002 р. до 303, 5 у 2011 році), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Узагальнюючи наведені статистичні дані слід підкреслити, що основними тенденціями в цій сфері є зменшення захворюваності на психічні та поведінкові розлади, поступове зростання поширеності цих захворювань та прогресивне збільшення кількості осіб, визнаних інвалідами внаслідок психічних та поведінкових розладів.

Така епідеміологічна ситуація віддзеркалює недостатню інтегрованість психіатричної допомоги у первинну медико-санітарну мережу та недостатню її спроможність ефективно виявляти хворих та надавати допомогу на первинному рівні. Крім того суттєвими недоліками надання допомоги є недосконалість соціально-реабілітаційних заходів в системі надання психіатричної допомоги.

Основними напрямками покращання ситуації в сфері психічного здоров'я є:

1. Необхідність розроблення державної стратегії в галузі психічного здоров'я, яка визначає проблеми профілактики психічних розладів пріоритетами держави та забезпечує участь усього суспільства та міжвідомчу взаємодію у вирішенні цієї складної проблеми.

Законодавче закріплення державної стратегії потребує внесення змін до закону «Про психіатричну допомогу» та інші законодавчі акти.

2. Проведення структурної реформи галузі, спрямованої на відтворення соціально-орієнтованої допомоги, яка передбачає розширення мережі стаціонарзамісних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної служби (така модель має назву «збалансованої» соціально-орієнтованої допомоги та рекомендується для впровадження Всесвітньою психіатричною асоціацією).

Розвиток соціально-орієнтованої психіатричної служби спрямований на найбільш можливе зміщення психіатричної допомоги безпосередньо у соціальну сферу, надання допомоги з участю мікросоціального оточення, використання системи психосоціальної терапії та реабілітації.

Основою соціально-орієнтованої допомоги є розвинена мережа позалікарняних установ, служб та організацій, базовими структурами якої є психоневрологічні та психіатричні диспансери (диспансерні відділення), поліклінічні відділення психіатричних та психоневрологічних лікарень, денні стаціонари, медико-психологічні центри, центри психосоціальної реабілітації, кризової допомоги та телефони довіри, психіатричні кабінети поліклінік та центральних районних лікарень, а також лікувально-трудові майстерні.

Сучасні психіатричні лікарні з модернізованою структурою не втрачають своєї ролі в наданні допомоги. При цьому структура лікарні повинна включати підрозділи, які відповідають потребам соціально-орієнтованій допомоги та надають високо-диференційовані послуги: реабілітаційні центри, відділення первинного епізоду психозу, геронтопсихіатричне 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.

3. 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, лікаря-психолога, соціального працівника та медичної сестри.

Організація роботи мультидисциплінарної бригади передбачає вирішення таких завдань:

• Укомплектованість фізичними особами штатних посад (лікарів-психіатрів, лікарів-наркологів, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, соціальних працівників та медичних сестер соціальної допомоги).

• Вдосконалення законодавчого забезпечення професійної діяльності фахівців в галузі медичної психології (практичних психологів) в частині їх післядипломної підготовки, питань атестації, кола професійних функцій тощо. Участь психологів з університетською освітою в наданні психіатричної допомоги дозволяє більш раціонально та економно вирішувати питання кадрового забезпечення психіатричних закладів, та відповідає загальносвітовим стандартам.

• Окремими завданнями підготовки кадрів є підвищення рівня знань сімейних лікарів з питань психічного здоров'я, що дозволяє забезпечити раннє виявлення, діагностику та профілактику психічних розладів.

4. Вдосконалення методології надання психіатричної допомоги з максимальним використанням можливостей психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією.

Реалізація цього напрямку потребує широкого впровадження при наданні допомоги тренінгових та реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення когнітивних, побутових та професійних навичок осіб з психічними розладами, їх соціального захисту.

У цілому необхідно підкреслити, що реформа психіатричної допомоги на засадах соціально-орієнтованої психіатричної служби потребує фінансування та підтримки держави та активної участі всього суспільства, законодавчої та виконавчої влади, налагодження міжсекторальної взаємодії закладів Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства внутрішніх справ України, державних та недержавних організацій та установ, включаючи асоціації осіб з психічними розладами та їх родичів.

Найбільш результативно така координація реалізується за умов опрацювання та впровадження Національної Програми охорони психічного здоров'я.

Надійшла до редакції 04.06.2012 р.

***М. К. Хобзей*[1], *П. В. Волошин*[2], *Н. О. Марута*[2], *О. М. Зинченко*[1], *О. О. Петриченко*[1], *Л. И. Дьяченко*[2]**

[1] *Министерство здравоохранения Украины (г. Киев),*
[2] *ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)*

Состояние психического здоровья населения и перспективы развития психиатрической помощи в Украине

В статье представлены основные направления улучшения ситуации в сфере психического здоровья — необходимость разработки государственной стратегии в области психического здоровья, которая определяет проблемы профилактики психических расстройств приоритетами государства и обеспечивает участие всего общества и межведомственное взаимодействие в решении этой сложной проблемы; проведение структурной реформы отрасли, направленной на воссоздание социально-ориентированной помощи, которая предусматривает расширение сети стационарзаменяющих форм помощи при постепенном уменьшении потенциала стационарной службы; переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной, и, соответственно, к мультидисциплинарной модели психиатрической помощи и бригадному подходу к ее оказанию; совершенствование методологии оказания психиатрической помощи с максимальным использованием возможностей психосоциальной терапии и реабилитации, без ограничения лечебных возможностей только фармакотерапией.

Реформа психиатрической помощи на принципах социально-ориентированной психиатрической службы требует финансирования и поддержки государства и активного участия всего общества, законодательной и исполнительной власти, налаживания межсекторального взаимодействия учреждений Министерства здравоохранения Украины и других Министерств и ведомств.

Ключевые слова: психическое здоровье, психиатрическая помощь в Украине, реформа.

***M. K. Khobzey*[1], *P. V. Voloshyn*[2], *N. O. Maruta*[2], *O. M. Zynchenko*[1], *O. O. Petrychenko*[1], *L. I. Dyachenko*[2]**

[1] *Ministry of Health of Ukraine (Kyiv),*
[2] *State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

The state of mental health of the population and perspectives of development of mental health care in Ukraine

In the article the main directions to improve the situation in the mental health sphere are presented: a necessity to develop a governmental strategy for the mental health sphere, which defines problems of mental disorders prevention as governmental priorities and provides a participation of all the society and inter-institutional interactions to solve this complex problem; a erforming of a structural reform in this field directed on re-establishment of a community based care, which anticipates a broadening network of stationary-replacing care forms with a decreasing of a stationary services potential gradually; a transition from a predominantly medical model of mental health care to a biopsychosocial and, thus, multidisciplinary one and to a team approach to its delivery; an improvement of mental health care methodology with a maximal usage of opportunities of psychosocial therapy and rehabilitation, without limitations of treatment opportunities by pharmacotherapy only.

The reform of mental health care on the principles of community based mental health services requires governmental costs and support and an active participation of all the society, legislative and executive authorities, an adjustment of an inter-sectional interaction between institutions of the Ministry of Health of Ukraine and other ministries and governmental departments.

Key words: mental health, mental health care in Ukraine, reform.

УДК 616.831:616.36:577.11

И. К. Волошин-Гапонов, *канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник*
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины » (г. Харьков)

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА — КОНОВАЛОВА

Представлены современные данные мировой литературы об этиологии и патогенезе болезни Вильсона — Коновалова (БВК). Это тяжелое прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит аутосомно-рецессивное наследование нарушения метаболизма меди. Показано, что развитие болезни определяет ген ATP7B, который расположен на длинном плече 13 хромосомы и кодирует трансмембранный белок АТФазу Р-типа, который встраивает молекулу меди в апо-церулоплазмин и осуществляет элиминацию меди в желчь.

Ключевые слова: этиология и патогенез болезни Вильсона — Коновалова.

Достижения генетики и новые технологические возможности за последние десятилетия существенно изменили наши представления о механизмах развития болезни Вильсона — Коновалова.

Эта болезнь является наследственным аутосомно-рецессивным заболеванием. Она обусловлена генетически детерминированным нарушением метаболизма меди. Ведущую роль играет нарушение баланса между поступлением и экскрецией меди. У этих больных интестинальная абсорбция меди не изменена, а отмечается выраженное снижение экскреции меди с желчью, что приводит к накоплению ее в гепатоцитах [4, 22]. С пищей в сутки поступает в организм от 2 до 5 мг меди. Она всасывается в кишечнике и поступает в печень, где связывается с синтезируемым печенью церулоплазмином, циркулирует в сыворотке крови, избирательно захватывается органами, в том числе мозгом и экскретируется с желчью. В норме экскреция меди с желчью составляет 2 мг в сутки, а при БВК она составляет лишь 0,2—0,4 мг.

Печень является центральным регулятором гомеостаза меди: в ней осуществляется хранение и экскреция металла. Количество металла выделенного в желчь, прямо пропорционально объёму его печеночного пула.

Гепатоциты — первичный рубеж приема и накопления меди в печени — регулируют ее выведение в желчь в зависимости от внутриклеточной концентрации. Эта регуляция осуществляется медьтранспортирующей АТФазой, экспрессирующейся в гепатоците и локализующейся в комплексе Гольджи. При повышении цитоплазменной концентрации меди АТФаза перемещается из комплекса Гольджи в цитоплазмические везикулы возле канальцев мембраны. В результате накопление меди внутри везикулы снижается ее цитоплазматическая концентрация. Медь из лизосомы экскретируется в желчь. Этот уникальный посттрансляционный механизм обеспечивает быстрое выведение излишков меди и поддержание ее постоянной внутриклеточной концентрации [8, 16, 25, 28]. Уменьшение экскреции меди с желчью связано с дефицитом или полным отсутствием медьтранспортирующей АТФазы, при этом также нарушается перенос меди, необходимый для синтеза церулоплазмина, поэтому его уровень снижается. Различные мутации гена могут влиять на разные функции АТФазы в разной степени. При некоторых мутациях может нарушаться экскреция меди в желчь и развиваться заболевание, но при этом встраивание меди в церулоплазмин и его секреция в кровь не изменяются [17, 18, 29]. В настоящее время зарегистрировано более 400 мутаций гена ATP7B.

Однако разнообразие клинических проявлений болезни может быть не только результатом аллельной гетерогенности [15, 27].

Медьсодержащий белок — церулоплазмин (ЦП) обладает удивительной полифункциональностью, обеспечивающей защитные свойства организма. Эти свойства связаны в частности, с его супероксидустраняющей активностью, особенно актуальной при воспалении, способностью повышать устойчивость организма к гипоксии, с иммунотропной активностью и стимуляцией эритропоэза [3, 12, 24].

Участие ЦП в метаболизме меди при БВК доказано работами Marsden C. [23]. Он показал замедленное встраивание меди в церулоплазмин с помощью радиоактивной меди.

Выявлены 3 молекулярные формы ЦП: секреторный (сывороточный) ЦП; клеточный ЦП и желчный ЦП. При БВК происходит нарушение регуляции экспрессии гена ЦП и церулоплазмин желчи приобретает свойство секреторного ЦП, способного проникать в кровяное русло. В настоящее время показано, что ген церулоплазмина расположен на 3 хромосоме [7].

С учетом того, что у подавляющего большинства больных БВК (95 %) отмечается снижение в плазме крови ЦП основного пути выведения меди из организма, до недавнего времени считалось, что причины БВК заключаются в дефиците синтеза или качественном изменении синтезируемого в печени церулоплазмина. Дефицитом ЦП объяснялось избыточное количество «нецерулоплазминовой« меди у БВК, которая откладывается в «медные» депо-органы, прежде всего в печень и мозг [5, 29].

Однако в настоящее время показано, что не всегда существует прямая связь между концентрацией свободной меди в сыворотке крови и количеством церулоплазмина. Данное явление объясняется тем, что во-первых, ЦП является реактантом воспалительного процесса и, во-вторых, тем, что ЦП имеет свой ген, независимый от гена ATP7B, поэтому закономерности количественного содержания и его качественных функций могут не быть синхронными с геном БВК [9, 11].

Об отсутствии прямой связи между количеством ЦП и концентрацией меди в сыворотке крови свидетельствует и такое наследственное заболевание как болезнь Менкеса или «болезнь курчавых волос». При этом заболевании в сыворотке крови церулоплазмин отсутствует, а содержание меди или низкое, или она тоже отсутствует и нет признаков БВК. Таким образом, церулоплазмин не является ведущим звеном в патогенезе БВК, но имеет важное диагностическое значение [6, 11, 19].

С открытием гена ATP7B выяснилось, что в патогенезе БВК ведущую роль играет не дефицит синтеза ЦП, а дефицит и качественное изменение медьтранспортирующей АТФазы, определяющей транспорт меди в аппарат Гольджи и ее последующее выделение с лизосомами в желчь, а также скорость включения меди в церулоплазмин. Все это приводит к накоплению меди в гепатоцитах и их гибели [3, 28]. Медь,

© Волошин-Гапонов І. К., 2012

высвобождающаяся из поврежденных гепатоцитов, поступает в кровь. Повышенный уровень свободной меди (нецерулоплазминовой) в сыворотке крови приводит к проникновению ее через гематоэнцефалический барьер с последующим отложением в структурах головного мозга и радужной оболочки глаза. Это находит отражение в постадийном развитии БВК: преневрологическая стадия переходит в неврологическую, с избыточным депонированием меди в органах мишенях. Происходит увеличение экскреции меди с мочой и отложение ее в почечных канальцах [4].

Таким образом, в патогенезе ГЦД различают четыре стадии. Первая — это стадия аккумулирования меди в цитозоли гепатоцитов. Эта стадия протекает бессимптомно.

При второй стадии все связующие участки цитозоля связаны медью, которая начинает откладываться в лизосомах гепатоцитов, и возможно ее высвобождение в кровеносное русло. Эти нарушения проявляются некрозом гепатоцитов и внутрисосудистым гемолизом, печеночными и гематологическими симптомами. Резкое высвобождение меди при острых некрозах в печени и повреждение ею мембран и ферментных систем эритроцитов обуславливает развитие эпизодов острого внутрисосудистого гемолиза [4].

Третья стадия характеризуется накоплением меди не только в печени, но и в головном мозге, почках и других внепеченочных тканях. Клинические проявления зависят от накопившегося количества меди в тех или иных органах. Развивается типичная неврологическая симптоматика.

В четвертой стадии при вовремя начатой хелатной терапии может быть достигнута нормализация баланса меди и происходит уменьшение клинических проявлений заболевания. При несвоевременном начале лечения сохраняются необратимые неврологические и печеночные проявления, обусловленные органическими повреждениями тканей органов [2,10].

Доказательством того, что первичный биохимический дефект реализуется на уровне печени, является тот факт, что у больных БВК, перенесших пересадку печени, симптомы болезни навсегда исчезают даже без медикаментозного лечения [11].

В то же время ряд исследователей указывает на возможность у отдельных больных минимальных изменений печени при выраженной неврологической картине заболевания [11, 25].

Таким образом, развитие болезни Вильсона — Коновалова определяет ген ATP7B, который расположен на длинном плече 13 хромосомы и кодирует трансмембранный белок АТФазу Р-типа, который встраивает молекулу меди в апо-церулоплазмин и осуществляет элиминацию меди в желчь [11, 13, 20].

Список литературы

1. Гончарик, И. И. Болезнь Вильсона / И. И. Гончарик // Медицинский журнал. — 2006. — № 7. — С. 7—9.

2. Залялова, З. А. Клинико-МРТ-анализ различных вариантов болезни Коновалова — Вильсона / З. А. Залялова, Э. И. Богданов // Неврол. вестник. — 2002. — Т. XXXIV, вып. 1—2. — С. 5—10.

3. Крайнова Т. А. Церулоплазмин. Биологические свойства и клиническое применение / Т. А. Крайнова, Л. М. Ефремова. — Нижний Новгород: НГМА, 2000. — 31 с.

4. Мартынюк Г. А. Хронический гепатит В: практические рекомендации Американской ассоциации по изучению заболеваний печени / Г. А. Мартынюк, И. С. Хорунжевская // РЖГГК. — № 1. — 2008. — С. 4—25.

5. Нейфах С. А. Строение, каталитические свойства и эволюция ЦП и других голубых белков / Нейфах С. А., Васильев В. Б., Шавловский М. М. // Успехи биологической химии. — 1988. — Т. 28. — С. 102—124.

6. Полещук В. В. Иванова-Смоленская И. А Маркова Е. Д., Витрещак Т. В., Стволинский С. Л. В сб. Нейроиммунология. — 2002. Санкт-Петербург. — 2002, 15—18 мая. — С. 223.

7. Взаимодействие церулоплазмина с рецептором плазматической мембраны CV-1 и его регуляция по типу обратной связи / [Пучкова Л. В., Сасина Л. К., Алейникова Т. Д., Гайцхоки В. С.] // Бюл. эксперим. биологии и медицины. — 1995, 119, № 4. — С. 417—420.

8. Сочетание болезни Вильсона — Коновалова с хронической HCV-инфекцией / [Розина Т. П., Рахимова О. Ю., Лопаткина Т. Н., Игнатова Т. М.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2004. — Т. 14. — № 2. — С. 57—60.

9. Саенко Е. Л. Защитное действие церулоплазмина при лизисе эритроцитов человека, индуцированном ионами железа / Саенко Е. Л., Скоробогатько О. В., Ярополов Л. И. // Биохимия. — 1990. — № 9.

10. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вестфаля — Вильсона — Коновалова): случай из практики / [Степанов Ю. М., Кононов И. Н., Будзак И. Я., Птушкина Д. А.] // Ліки України. — 2009. — № 6(132). — С. 38—41.

11. Сухарева Г. В. Гепатолентикулярная дегенерация / Г. В. Сухарева. В кн.: Избранные главы клинической гастроэнтерологии. — М., 2005. — С. 199—209.

12. Comparative antioxidant and cardioprotective effects of ceruloplasmin, superoxide dismutase and albumin / [Dumoulin M. J., Chahine R., Atanasiu R. et al.] //Arzneimittel Forsch. — 1996. — B. 46. — № 9. — S. 855—861.

13. Forbes, G. R. Role of the copper-binding dormain in the copper transport function of ATP7B, the P-type ATPase defective in Wilson disease / Forbes G. R., His J. R., Cox D. W. // J. Biol. Chem. — 1999; 274: 12408—13.

14. Copper does not alter the intracellular distribution of ATP7B, a copper transporting ATPase / [Harrada M., Sakisada S., Kawaguchi T et al.] // Biochem. Biophys. Res. Commun. — 2000. — 275 (3).

15. Hellman, N. Ceruloplasmin metabolism and function / N. Hellman, J. D. Gitlin // Ann. Rev. Nutr. — 2002. — Vol. 22. — P. 439—458.

16. Cardiac involvement in Wilson disease / [Hlubocka Z., Maracek Z., Linhart A., et al.] // J. Inherit. Metab. Dis. — 2002 (8). — Vol. 25. — № 4. — P. 269—77.

17. Kiss, J. E. Effective removal of copper by plasma exchange in fulminant Wilson's disease / Kiss J. E., Berman D., Van Thiel D. // Transfusion. — 1998. — Vol. 38. — P. 327— 331.

18. Komatsu, Y. Copper balance and ceruloplasmin in chronic hepatitis in a Wilson disease animal model, LEC rats / Komatsu Y., Ogra Y., Suzuki K. T. // Arch. Toxicol. — 2002 Sep. — Vol. 76. — № 9. — P. 502—8.

19. MR imaging of the brain in patients with hepatic form of Wilson's disease / [Kozic D., Svetel M., Petrovic B. et al.] // Eur. J. Neurol. — 2003 Sep. — Vol. 10. — № 5. — P. 587—92.

20. Albumin dialysis: effective removal of copper in patient with fulminant Wilson disease and successful bridging to liver transplantation: a new possibility for the elimination of protein-bound toxins / [Kreyman B., Seige M., Schweigart U. et al.] // J. Hepatol. — 1999. — 31 (6).

21. Novel mutations of the ATP7B gene in Japanese patients with Wilson disease / [Kusuda Y., Hamaguchi K., Mori T. et al.] // J. Hum. Genet. — 2000. — 45.

22. Mutation analysis in patients of mediterranean descent with Wilson's disease: identification of 19 novel mutations / [Loudianos G., Dessi V., Lovicu M. et al.] // J. Med. Genet. — 1999. — 36, 11.

23. Marsden, C. D.; Fahn, S.: Dr. S. A. Kinnier Wilson (1878—1937). Demonstrated reduced ceruloplasmin gene transcription in 4 patients with Wilson disease // Movement Disorders 3: 1, 1988.

24. Protection of myocardial tissue against deleterious effects of oxygen free radicals by ceruloplasmin / [Mateescu M. A., Chahine R., Roger S. et al.] // Arzneimittel-Forscn. — 1995. — B. 45. — № 4. — S. 476 –480.

25. Cytokine profile in the liver of primary biliary cirrhosis / [Nagano T., Yamamoto K., Matsumoto S. et al.] // J. Clin. Immunol. — 1999. — Vol. 19, N. 6. — P. 422—427.

26. Localization of the Wilson's disease protein in human liver / [Schaefer M., Roelofsen H., Wolters H., et al.] // Gastroenterology. — 1999. — Vol. 117. — P. 1380—1385.

27. Schilsky, M. L. Liver transplantation for Wilson's disease: indications and outcome / Schilsky M. L., Scheinberg I. H., Sternlieb I. // Hepatology. — 1994. — Vol. 19. — P. 583—7.

28. Functional properties of the copper-transporting ATPase ATP7B (the Wilson's disease protein) expressed in insect cells / [Tsivkovskii R., Eisses J. F., Kaplan J. H., Lutsenko S.] // J. of Biol. Chem. — 2002. — Vol. 277. — № 2. — P. 976—983.

29. Walshe, J. M. Wilson's disease: the problem of delayed diagnosis / Walshe, J. M. & M. Yealland // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 1992. — 55: 692—696.

Надійшла до редакції 06.06.2012 р.

І. К. Волошин-Гапонов
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Сучасні уявлення про етіологію та патогенез хвороби Вільсона — Коновалова

Подані сучасні дані світової літератури про етіологію та патогенез хвороби Вільсона — Коновалова (ХВК). Це важке прогресуюче захворювання, в основі якого лежить аутосомно-рецесивне спадкове порушення метаболізму міді. Показано, що розвиток хвороби визначає ген ATP7B, який розташований на довгому плечі 13 хромосоми і кодує трансмембранний білок АТФазу Р-тіпа, який вбудовує молекулу міді в апо-церулоплазмін і здійснює елімінацію міді у жовч.

Ключові слова: етіологія та патогенез хвороби Вільсона — Коновалова.

I. K. Voloshyn-Gaponov
State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Modern conception of the etiology and pathogenesis of Wilson — Konovalov disease

Modern world literature data on the etiology and pathogenesis of Wilson — Konovalov disease (WKD) are represented. It's a serious progressive disease, in a base of which there is an autosomal-recessive inheritance of abnormal copper metabolism. It's shown that ATP7B gene which is on the long arm of chromosome 13 determines the development of the disease and codes for P-type transmembrane proteins ATPase, which builds a copper molecule into apoceruloplasmin and eliminates copper into bile.

Key words: etiology and pathogenesis of Wilson — Konovalov disease.

УДК: 616.711—018.3-002-08.814.1-06:616.71-007.234

Л. С. Бабінець, *д-р мед. наук, проф., зав. каф. первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини,* ***А. Л. Надкевич,*** *здобувач тієї ж каф.*
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ, ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ З РЕФЛЕКТОРНИМИ ПРОЯВАМИ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ, МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Було констатовано більш значиму позитивну динаміку елімінації больового синдрому при поперековому остеохондрозі (ПОХ) на тлі остеопенії (ОП) при включенні до комплексного лікування фармакопунктури мелоксикаму (мовалісу) у порівнянні з групою, що отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ) — зі 100,0 % до відповідно 6,7 % і 26,3 %. Застосування фармакопунктури мелоксикаму в комплексному лікуванні хворих на ПОХ на тлі ОП призводило до достовірного зниження прозапальних цитокінів (фактора некрозу пухлин-α і інтерлейкіну-1) і підвищення протизапального цитокіну інтерлейкіну-10 у порівнянні з традиційним дом'язовим введенням препарату. Підсилення ЗЛ курсом акупунктурного введення мелоксикаму констатувало через 3 місяці після початку його наявність достовірної тенденції до відновлення втраченої кісткової маси ((2,46 ± 0,04) % за показником Young Adult %) та до більш значимого зниження (за рівнем метаболіту NO_2) ендотеліальної дисфункції з (5,1 ± 0,02) до (3,8 ± 0,05) мкмоль/л) ($p < 0,05$), що засвідчило високу протизапальну ефективність мелоксикаму взагалі і доцільність введення його у точки акупунктури за запропонованою методикою.

Ключові слова: рефлекторні прояви поперекового остеохондрозу, остеодефіцит, фармакопунктура, мелоксикам (моваліс), цитокіновий статус, ендотеліальна дисфункція.

Проблема вивчення поперекового остеохондрозу (ПОХ) залишається актуальною в клінічній неврології, що зумовлено значною поширеністю захворювання, швидким розвитком функціональних порушень та ранньою інвалідизацією осіб працездатного віку. Водночас значною медичною проблемою є розвиток остеодефіциту, оскільки системне зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у вигляді остеопеній (ОП) та остеопорозу діагностують у значної частини хворих на остеохондроз. На сьогодні особливо гостро стоїть питання взаємозв'язків остеопорозу та остеохондрозу, які нерідко поєднуються в одного хворого, ускладнюючи його стан [14]. Незважаючи на наявність багатьох теорій розвитку остеохондрозу, на сьогодні не вирішені питання етіопатогенезу, діагностики та лікування даної патології [12]. Велике значення у розвитку вертеброгенних больових синдромів (БС) вчені надають імунологічному фактору, персистуючому запаленню, цитокіновому статусу [5, 13]. Цитокіни (ЦК) — це біологічно активні речовини білкової природи, які регулюють і реалізують процеси синергії між кровотворною, нервовою та імунною системами, маючи як локальні, так і системні ефекти [9]. Біологічний ефект ЦК універсальний при дії різних патогенних факторів. Кількісний вміст ЦК та їх співвідношення між собою, як правило, відбивають динаміку патологічного процесу, корелюють з активністю захворювання, що дозволяє судити про ефективність терапії і будувати прогнози [4]. За даними літератури, при ПОХ відмічається дисбаланс ЦК профілю. Співвідношення про- і протизапальних ЦК може бути не тільки параметром тяжкості перебігу, оцінки стану адаптаційних можливостей організму в умовах патології, але і маркером ефективності лікування БС [9]. Вважають, що ЦК в процесі їх активації відіграють важливу роль не тільки в ініціації запального процесу, але і в регуляції функціональної активності остеокластів і остеобластів, проявляють резорбтивні і антиостеопоротичні властивості. Є повідомлення про те, що порушення в системі імунних медіаторів відіграє важливу роль в патогенезі вторинного остеопорозу на тлі ревматичного захворювання суглобів.

В останні десятиліття широко вивчається роль системи оксиду азоту (NO) як універсального регулятора загальнобіологічної дії, який бере участь у розвитку багатьох фізіологічних та патологічних процесів [2]. NO може виконувати роль як медіатора імунонейроендокринної системи міжклітинної комунікації, що взаємодіє з клітинами шляхом простої дифузії, так і вторинного месенджера, бере участь в регуляції найважливіших внутріклітинних процесів і забезпечує пристосування клітин до змін умов функціонування [2]. Деякі науковці навіть виділяють NO як окрему «стреслімітуючу NO-систему» [15]. Експериментальні дані свідчать про те, що NO викликає численні катаболічні ефекти в хрящі,

© Бабінець Л. С., Надкевич А. Л., 2012

стимулюючи розвиток запалення, деградацію матриксних металопротеїназ, інгібуючи синтез колагену і протеогліканів і активуючи апоптоз клітин хряща [11]. Імунні стреси, обумовлені дією ЦК у таких хворих, стимулюють синтез NO [6]. У високих концентраціях NO виявляє не регуляторну, а цитостатичну (цитотоксичну) дію, що призводить до поглиблення різних проявів аутоімунного характеру [2, 15]. Однак роль ЦК і системи NO азоту в розвитку і прогресуванні ПОХ та остеодефіциту залишається недостатньо з'ясованою.

Не втрачає актуальності і проблема розробки методів лікування хворих на ПОХ. Доведено, що використання високоселективних інгібіторів ЦОГ-2 є найбільш прийнятним у лікуванні БС при ПОХ [5,12]. До таких препаратів належить мелоксикам (моваліс), який дозволяє подавляти ЦОГ-2-залежний синтез прозапальних простагландинів і зберігати ЦОГ-1-залежний синтез «фізіологічних» простагландинів. Моваліс має виражену протизапальну і анальгетичну дію, добру переносимість і високу безпеку, що підтверджено в багатьох клінічних дослідженнях. Було встановлено також, що тривала монотерапія мелоксикамом призводила до сповільнення прогресування остеоартрозу колінних суглобів на рівні з глюкозаміну сульфатом та хондроїтину сульфатом, що дозволяє віднести його до препаратів з потенційно структурно-модифікуючою дією [7]. Є дані про те, що деякі нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) можуть впливати на МЩКТ через дію на біохімічні посередники (ЦК, простагландини, фактори росту) [6]. Враховуючи той факт, що синтез простагландинів, зв'язаних з втратою МЩКТ, здійснюється в основному за посередництвом ЦОГ-2, деякі науковці припускають, що інгібуючи її, НПЗП можуть попередити зниження МЩКТ [7, 10]. Останніми роками запропонована альтернатива загальноприйнятим шляхам введення мелоксикаму, зокрема, В. А. Широков і співавт. довели ефективність і безпечність введення у тригерні зони при вертеброгенному БС. Враховуючи можливості впливу методу класичної акупунктури на процеси мікроциркуляції, імунний статус організму, репаративну здатність органів і тканин, знеболюючий ефект методу та гармонізуючий вплив на стан нервової системи [1, 3, 8], автори даного дослідження вважали за актуальне вивчення фармакопунктури (ФП) мелоксикаму групі хворих з ПОХ на тлі ОП.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку цитокінового статусу, параметрів стану кісткової тканини і синдрому ендотеліальної дисфункції хворих з рефлекторними проявами поперекового остеохондрозу і супутнім остеодефіцитом під впливом комплексного лікування з включенням курсу традиційного дом'язового та акупунктурного введення мелоксикаму.

Було обстежено 46 хворих з рефлекторними проявами ПОХ на тлі ОП, які лікувались в амбулаторних умовах. Для встановлення діагнозу користувалися класифікацією вертеброгенних захворювань нервової системи, розробленою І. П. Антоновим (1985). Ураження хребта було підтверджено рентгенологічно, а також магнітно-резонансною томографією або комп'ютерною томографією. Дослідження МЩКТ проводили за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра Lunar DPX-A № 2589 в поперековому відділі хребта. Аналізували стандартні параметри МЩКТ поперекового відділу L1 — L4 з міжхребцевими щілинами [1, 14]. По Т-співвідношенню визначали ступінь МЩКТ (ОП, остеопороз чи остеосклероз) [7]. Оцінку показників проводили згідно із рекомендаціями Всесвітньої Організації охорони здоров'я (WHO, Geneva, 1994), рівні ОП — за Л. Я. Рожинською [14]. Неврологічно в усіх хворих було діагностовано БС різної інтенсивності у поперековому відділі хребта, який за наявністю його оцінювали у відсотках. Визначали вміст ЦК за допомогою імуноферментного аналізатора Stat Fax 303 тест-системами Інтерлейкін-1бета — ИФА-БЕСТ (ІЛ-1), альфа-фактор некрозу пухлин — ИФА-БЕСТ (TNF-α) (Вектор Бест, Росія), TGF-β — за допомогою реактивів (ТОВ Укрмедсервіс, Україна). Синдром ендотеліальної дисфункції (ЕД) вивчали за рівнем метаболіту NO_2, який визначали за методом Гріна з допомогою реактиву Гріса [2, 15]. Групу контролю склали 20 практично здорових людей. Всі розрахунки виконано за допомогою програмного забезпечення Mathcad 14. Для оцінки достовірності відмінностей середніх значень у вибірках використовувався двовибірковий *t*-критерій Стьюдента.

Пацієнти з ПОХ на тлі ОП були поділені на 2 групи. І група (25 хворих) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ): селективний НПЗП-інгібітор ЦОГ-2 мелоксикам (моваліс) у дозі 15 мг (1,5 мл) дом'язово 1 раз на день № 5 з переходом на пероральний прийом 15 мг на день № 10, хондропротектори, біостимулятори, ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж, судинні середники, вітаміни групи В. ІІ група пацієнтів (21 хворий) — ЗЛ із курсом ФП мелоксикаму № 5. У ході лікування використовували точки акупунктури попереко-крижового відділу хребта та сідниць, де анатомічно достатньо виражений м'язовий шар для безпеки проведення ФП: V21—25, V50—54, V27—29, V36—40, V55—57 [3, 8]. Моваліс вводили по 1 ампулі на сеанс — 1,5 мл (по 0,2—0,3 мл в кожну точку за допомогою інсулінового шприцу) протягом 5 днів. Програма корекції ІІ групи хворих на ПОХ відрізнялась від такої у І групі тільки шляхом введенням препарату. Побічних ефектів і технічних проблем при проведенні ФП моваліс не було. Пацієнти позитивно ставились до проведення процедур, відмічали швидкий клінічний, у першу чергу знеболюючий ефект.

За даними двофотонної рентгенівської денситометрії, у 137 хворих на ПОХ було виявлено різноспрямовані зміни МЩКТ: остеосклероз спостерігали у 76 (55,5 %) хворих та різного ступеня зменшення МЩКТ — від ОП у 46 (33,6 %) до остеопорозу — у 15 (10,9 %) пацієнтів з ПОХ. Одночасні зміни КТ у вигляді остеосклерозу та ОП спостерігали у 42 (30,7 %) хворих на ПОХ, що свідчило про наявність локальних проявів ПОХ і системних остеопенічних змін.

Було визначено динаміку БС у хворих на ПОХ із супутньою ОП до (був наявним у 100,0 % пацієнтів І і ІІ груп) і після проведеного лікування (вважали БС наявним за відсутності значимої позитивної динаміки): у І групі — 26,3 %; у ІІ — 6,7 %. Це засвідчило більш значиму позитивну динаміку елімінації БС при ПОХ при включенні до ЗЛ курсу ФП мелоксикаму у порівнянні з групою ЗЛ.

У таблиці 1 наведені дані динаміки МЩКТ 25 хворих на ПОХ з початковим рівнем МЩКТ в зоні ОП ІІ ст., які отримували ЗЛ з включенням традиційного введення мелоксикаму, і — визначені через 3 місяці.

Аналіз даних динаміки МЩКТ показав наявність тенденції до стабілізації стану кістки при ПОХ з ОП, точніше навіть наявність незначного збільшення показників МЩКТ (0,89 ± 0,90) % за показником Young Adult %. Однак оскільки отримані показники були статистично недостовірними ($p > 0,05$), дані потребують подальшого уточнення і поглибленого вивчення.

Аналіз показників кісткової тканини у групі хворих на ПОХ з ОП (табл. 2), що отримували ЗЛ, підсилене курсом ФП мелоксикаму, констатував через 3 місяці після початку його наявність достовірної тенденції (достовірність

різниць показників в групах до і після лікування $p < 0,05$) до збільшення МЩКТ, тобто був наявний процес відновлення втраченої кісткової маси — (2,46 ± 0,04) % за показником Young Adult %.

Таблиця 1

Динаміка МЩКТ при ПОХ з ОП ($n = 25$) під впливом ЗЛ з включенням курсу традиційного введення мелоксикаму

Показники КТ		L1	L2	L3	L4	L1 — L4
Young Adult, %	до лікування	78,842 ± 0,892	79,083 ± 0,942	82,354 ± 0,253	80,765 ± 0,130	80,572 ± 0,736
	після лікування	79,354 ± 1,603	80,275 ± 1,805	83,752 ± 0,103*	80,052 ± 0,223	81,931 ± 0,525
T (Young Adult)	до лікування	–2,034 ± 0,007	–2,076 ± 0,001	–1,843 ± 0,001	–1,956 ± 0,001	–1,942 ± 0,001
	після лікування	–1,932 ± 0,004	–2,035 ± 0,003	–1,695 ± 0,005	–1,757 ± 0,009	–1,693 ± 0,005
Age Matched, %	до лікування	83,164 ± 0,361	82,925 ± 0,009	86,376 ± 0,011	85,034 ± 0,330	84,080 ± 1,072
	після лікування	82,352 ± 1,417	84,642 ± 1,005	86,611 ± 0,029	86,650 ± 1,515	84,033 ± 0,925
Z (Age Matched)	до лікування	–1,523 ± 0,007	–1,645 ± 0,009	–1,313 ± 0,011	–1,443 ± 0,012	–1,427 ± 0,009
	після лікування	–1,492 ± 0,003	–1,542 ± 0,003	–1,236 ± 0,007	–1,205 ± 0,011	–1,293 ± 0,013

Примітка: Достовірність різниці показників в групі до і після лікування $P > 0,05$-

Таблиця 2

Динаміка МЩКТ при ПОХ на тлі ОП під впливом ЗЛ з включенням курсу ФП мелоксикаму

Показник КТ		L1	L2	L3	L4	L1 — L4
Young Adult, %	до лікування	79,843 ± 0,793	69,082 ± 1,013	83,351 ± 0,112	79,762 ± 0,004	78,573 ± 0,140
	після лікування	83,355 ± 1,212*	73,275 ± 1,804*	84,753 ± 0,113*	80,059 ± 0,006*	81,934 ± 0,107*
T (Young Adult)	до лікування	–2,032 ± 0,009	–2,074 ± 0,002	–1,857 ± 0,003	–1,983 ± 0,004	–2,041 ± 0,001
	після лікування	–1,531 ± 0,003*	–1,835 ± 0,006*	–1,492 ± 0,005*	–1,654 ± 0,007*	–1,892 ± 0,002*
Age Matched, %	до лікування	79,161 ± 0,462	69,027 ± 0,961	83,372 ± 0,011	79,036 ± 0,332	77,081 ± 0,871
	після лікування	82,356 ± 1,103*	74,648 ± 1,003*	84,614 ± 0,127*	81,059 ± 0,421*	80,039 ± 0,802*
Z (Age Matched)	до лікування	–2,027 ± 0,007	–2,248 ± 0,009	–1,812 ± 0,007	–1,946 ± 0,007	–2,125 ± 0,001
	після лікування	–1,492 ± 0,003*	–1,745 ± 0,004*	–1,533 ± 0,005*	–1,635 ± 0,001*	–1,894 ± 0,003*

Примітка: Достовірність різниці показників в групі до і після лікування $P < 0,05$

Таким чином, якщо ЗЛ з включенням мелоксикаму призвело практично до стабілізації або навіть незначного збільшення кісткової маси ($p < 0,05$), то застосування курсу ФП мелоксикаму у комплексному лікуванні ПОХ на тлі ОП значно підсилювало попередній комплекс лікування, викликало достовірне відновлення втрати кісткової маси ($p < 0,05$).

Важливим етапом обґрунтування дієвості запропонованих програм лікування хворих на ПОХ вважали дослідження їхнього впливу на показники ЦК. Було встановлено, що після лікування у I і II групах значення ІЛ-1 знижувалось у порівнянні з вихідним рівнем відповідно на 50 і 54 %, TNF-α — на 39 та 43 %, а значення ІЛ-10 збільшувалось відповідно на 15 та 25 %, TGF-β — на 39 і 37 % (табл. 3). Отримані дані засвідчили наявність достовірно вищого рівня ($p < 0,05$) ефективності комплексного лікування з включенням ФП мелоксикаму за впливом на досліджувані параметри ЦК статусу (крім TGF-β).

При ПОХ було встановлено посилення явищ ЕД (за рівнем метаболіту NO_2). Порівняльний аналіз впливу досліджуваних лікувальних програм констатував, що якщо курсове традиційне застосування мелоксикаму у комплексному лікуванні хворих на ПОХ на тлі ОП призводило до зниження ЕД (за рівнем метаболіту NO_2) з (4,9 ± 0,03) до (4,3 ± 0,04) мкмоль/л ($p > 0,05$) при показнику у групі контролю — (3,82 ± 0,09) мкмоль/л, то ФП мелоксикаму призводила до більш значимого ефекту — зниження ЕД з (5,1 ± 0,02) до (3,8 ± 0,05) мкмоль/л) ($p < 0,05$), що засвідчило високу протизапальну ефективність мелоксикаму взагалі і доцільність введення його у точки акупунктури за запропонованою методикою.

Таблиця 3

Динаміка показників цитокінового статусу у хворих ПОХ під впливом різних лікувальних комплексів

Показник ЦС, пг/мл	Група порівняння				
	Контроль ($n = 20$)	I група ($n = 25$)		II група ($n = 21$)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ІЛ-1	14,39 ± 5,62	94,70 ± 18,01*	48,34 ± 15,41*#	101,13 ± 14,54*	47,28 ± 10,55*# $p_2 < 0,15$
ІЛ-10	9,50 ± 3,43	17,71 ± 1,88*	21,28 ± 2,46*#	17,58 ± 1,21*	23,82 ± 1,45*# $p_2 < 0,001$
TNF-α	6,04 ± 1,46	34,25 ± 3,54*	21,08 ± 3,22*#	39,75 ± 2,13*	23,38 ± 2,68*# $p_2 < 0,001$
TGF-β	10,96 ± 3,99	54,55 ± 4,61*	89,29 ± 4,20*#	54,78 ± 2,29*	86,18 ± 2,60*# $p_2 < 0,005$

Примітки: * — достовірна відмінність відносно контрольної групи, $p < 0,001$; # — достовірність різниць показників своєї групи до і після лікування, $p_1 < 0.001$; p_2 — достовірність різниць показників після лікування хворих II групи відносно I групи

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. Було констатовано більш значиму позитивну динаміку елімінації больового синдрому при ПОХ на тлі остеопенії при включенні до комплексного лікування фармакопунктури мелоксикаму (мовалісу) відносно групи ЗЛ (зі 100,0 % до 6,7 % і 26,3 % відповідно).

2. Застосування фармакопунктури мелоксикаму в комплексному лікуванні хворих на ПОХ на тлі ОП призводило до достовірного зниження прозапальних цитокінів (фактора некрозу пухлин-α і інтерлейкіну-1) і підвищення протизапального цитокіну інтерлейкіну-10 у порівнянні з традиційним дом'язовим введенням препарату.

3. Підсилення ЗЛ курсом акупунктурного введення мелоксикаму констатувало через 3 місяці після початку його наявність достовірної тенденції до відновлення втраченої кісткової маси (2,46 ± 0,04) % за показником Young Adult %.

4. Введення мелоксикаму шляхом фармакопунктури призводило до більш значимого зниження (за рівнем метаболіту NO_2) ендотеліальної дисфункції з (5,1 ± 0,02) до (3,8 ± 0,05) мкмоль/л) ($p < 0,05$), що засвідчило високу протизапальну ефективність мелоксикаму взагалі і доцільність введення його у точки акупунктури за запропонованою методикою.

Вважаємо за доцільне розробку нових методів лікування ПОХ і подальше патогенетичне обґрунтування включення рефлексотерапевтичних методів у комплексне лікування таких хворих.

Список літератури

1. Бабінець Л. С. Мінеральна щільність кісткової тканини при первинному остеоартрозі: клініко-патогенетичні аспекти, підходи до лікування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Л. С. Бабінець. — 2000. — 26 с.

2. Вікові особливості порушень функції ендотелію та їх фармакологічна корекція (експериментальне дослідження) / [В. В. Безруков, Н. В. Сикало, О. К. Кульчицький та ін.] // Журнал АМН України. — 2005. — Т. 11, № 1. — С. 128—135.

3. Бойчак М. П. Место рефлексотерапии и некоторых других методов альтернативной медицины в современной медицинской практике. / М. П. Бойчак, В. В. Собецкий // Врачебное дело. — 2010. — № 1—2. — С. 10—30.

4. Роль цитокинового звена в воспалительном процессе / [Т. Бухтиарова, З. Омельяненко, В. Хоменко, О. Ядловский] // Вісник фармакології та фармації. — 2009. — № 9. — С. 22 — 27.

5. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.

6. Дубиков А. И. Нестероидные противовоспалительные препараты: некоторые практические аспекты применения / А. И. Дубиков // Consilium Medicum. — 2009. — № 1. — С. 13—18.

7. Казимирко В. К. Инволюционный остеоартроз и остеопороз / Казимирко В. К., Коваленко В. Н., Флегонтова В. В. — Донецк: Издатель Заславский А. Ю., 2011. — 724 с.

8. Самосюк И. З. Акупунктура / И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк. — М.: Медицина, 2003. — 250 с.

9. Симбирцев А. С. Цитокины — новая система регуляции защитных сил организма / А. С. Симбирцев // Цитокины и воспаление. — 2002. — Т. 1, № 4. — С. 9—15.

10. Шуба Н. М. Влияние противовоспалительных препаратов на минеральную плотность костной ткани по данным литературы / Н. М. Шуба, Т. Н. Тарасенко, А. С. Крылова // Український ревматологічний журнал. — 2011. — № 4(46). — С. 59—64.

11. Abramson SB. Nitric oxide in inflammation and pain associated with osteoarthritis / SB. Abramson // Arthritis Res. Ther. — 2008. — Vol. 10 (Suppl.): 2

12. Devereaux M. W. Low back pain / M. W. Devereaux // Prim. Care Clin. Ollce Pract. — 2004. — Vol. 31. — P. 33—51.

13. Harwood M. I. Low back pain: A Primary Care Approach / M. I. Harwood, B. J. Smith // Clinics in Family Practice. — 2005. — Vol. 7. — № 2. — P. 279—303.

14. The use of multiple sites for the diagnosis of osteoporosis / [Kanis J. A., Johnell O., Oden A., et al.] // Osteoporosis Int. — 2006. — Vol. 17. — P. 27—534.

15. Wiesinger H. Arginine metabolism and the synthesis of nitric oxide in the nervous system / H. Wiesinger // Prog. Neurobiol. — 2001. — Vol. 64, № 4. — P. 365—391.

Надійшла до редакції 08.08.2012 р.

Л. С. Бабинец, А. Л. Надкевич

Тернопольский государственный университет им. И. Я. Горбачевского (г. Тернополь)

Минеральная плотность костной ткани, цитокиновый статус и эндотелиальная дисфункция у больных с рефлекторными проявлениями поясничного остеохондроза, возможности их коррекции

Была констатирована более значимая положительная динамика элиминации болевого синдрома при поясничном остеохондрозе на фоне остеопении (ОП) при включении в комплексное лечение курса фармакопунктуры мелоксикама (Мовалиса) относительно группы общепринятого лечения (со 100 % до соответственно 6,7 % и 26,3 %). Применение фармакопунктуры мелоксикама в комплексном лечении больных на фоне ОП приводило к достоверному снижению провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли-α и интерлейкина-1) и повышению противовоспалительного цитокина интерлейкина-10 в сравнении с традиционным внутримышечным введением препарата. Усиление общепринятого лечения курсом акупунктурного введения мелоксикама констатировало через 3 месяца после начала его наличие достоверной тенденции к восстановлению потерянной костной массы (2,46 ± 0,04) % по показателю Young Adult % и к более значимому снижению (по уровню метаболита NO_2) эндотелиальной дисфункции с (5,1 ± 0,02) до (3,8 ± 0,05) мкмоль/л) ($p < 0,05$), что засвидетельствовало высокую противовоспалительную эффективность мелоксикама вообще и целесообразность введения его в точки акупунктуры по предложенной методике.

Ключевые слова: рефлекторные проявления поясничного остеохондроза, остеодефицит, фармакопунктура, мелоксикам (мовалис), цитокиновый статус, эндотелиальная дисфункция.

L. S. Babinets, A. L. Nadkevich

Ternopil State Medical University by I. Ya. Gorbatchevsky (Ternopil)

Bone mineral density, cytokines status and endothelial disfunction in patients with reflex syndromes of lumbar osteochondrosis, possibility of their correction

More meaningful positive dynamics of elimination pain syndrome was established at a lumbar osteochondrosis on a background osteodeficiency at including to complex treatment the course of pharmacopuncture of meloxicam (Movalis) in relation to the group of the generally accepted medical treatment (from 100.0 % to according 6.7 % and 26.3 %). Application of pharmacopuncture meloxicam in the complex treatment resulted in the reliable decline of proinflammatory cytokines (tumor necrosis factor-alpha, interleukin 1) in comparing to traditional intramuscular introduction of medicine. Strengthening by the course of acupunctural introduction of meloxicam have shown in 3 months after the beginning the reliable tendency to proceeding in the lost bone mass ((2.46 ± 0.04) % after the index Young Adult %) and to more meaningful decline (after the level of nitric oxide) of endothelial dysfunction from (5.1 ± 0.02) to (3.8 ± 0.05) mkmol/l) ($p < 0.05$), that witnessed high anti-inflammatory efficiency of meloxicam in general and expedience of introduction in the points of acupuncture after the offered method.

Key words: reflex syndromes of lumbar osteochondrosis, osteodeficiency, pharmacopuncture, cytokines status, meloxicam (movalis), endothelial dysfunction.

УДК: 616.89-008:615.851.82

Л. Н. Гуменюк, А. А. Савин
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»,
ГУ «Психиатрическая больница № 5» (г. Симферополь)

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ ПОД ДЕЙСТВИЕМ АРТ-ТЕРАПИИ

В статье представлены результаты изучения динамики клинико-психопатологических нарушений у больных з первым психотическим эпизодом под действием арт-терапии.

Ключевые слова: арт-терапия, первый психотический эпизод, динамический анализ клинико-психопатологических нарушений.

В последнее время в отечественной и зарубежной психиатрии большое внимание уделяется первому психотическому эпизоду (ППЭ). Повышенный интерес в настоящее время отмечается к вопросам ранней диагностики, клинико-психопатологической феноменологии ППЭ, а также организации эффективной медико-социальной и реабилитационной помощи больным, перенесшим ППЭ [1—3]. В настоящее время в международных исследованиях указывается, что большим потенциалом обладает арт-терапия [4—7]. Однако в современных комплексных исследованиях не изучена терапевтическая эффективность арт-терапевтического воздействия в комплексном лечении больных с ППЭ. Все вышесказанное обусловило необходимость и актуальность проведения данной работы.

Цель исследования — динамический анализ клинико-психопатологических нарушений у больных с первым психотическим эпизодом под действием арт-терапии.

Обследовано 150 пациентов с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении (F 23.1) в возрасте от 18 до 50 лет. Из них основную группу составили 75 человек, которым в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий согласно рекомендациям «Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на первинний психотичний епізод» МЗ Украины (психофармакотерапия, КБТ) была включена арт-терапия. Контрольную — 75 больных, которым арт-терапия не проводилась. Группы были гомогенны по клиническим и социально- демографическим характеристикам. В первую группу сравнения вошли 24 пациента из основной, во вторую группу сравнения — 33 пациента из контрольной группы, которые по объективным или субъективным причинам не приняли участие в терапевтической программе на амбулаторном этапе лечения.

Основным диагностическим методом исследования был клинико-психопатологический. Квалификацию психических расстройств проводили на основании диагностических критериев МКБ-10. С целью формализованной статистической оценки динамики клинико-психопатологических нарушений использовали шкалу позитивных и негативных синдромов (PANSS) (S. R. Kay, L. A. Opler, A. Fiszbein, 1986).

В ходе динамического анализа клинико-психопатологических нарушений у больных с первым психотическим эпизодом под действием арт-терапии установлены следующие особенности: до начала лечения средний суммарный балл по позитивным шкалам PANSS (*P*) составлял в основной группе — 25,9 ± 4,1, в контрольной — 26,1 ± 4,1 балла, на момент выписки из стационара — 7,8 ± 1,3 и 8,2 ± 1,2 балла, соответственно. Уровень выраженности позитивных симптомов в основной группе снизился на 69,8 %, в контрольной — на 68,5 % ($p > 0,05$).

После завершения лечения суммарный балл по позитивным шкалам PANSS (*P*) был равен — 7,7 ± 1,5 в основной группе и 12,8 ± 1,3 балла в контрольной. Уровень выраженности позитивных симптомов в основной группе снизился на 70,2 %, в контрольной — на 50,9 %. Установлены статистически значимые различия результатов между группами ($p = 0,008$) (рис. 1, 2). В группах выбывших пациентов отмечались достоверно более высокие значения относительно больных, которые продолжили участие в терапевтической программе на амбулаторном этапе лечения ($p = 0,008$).

До начала лечения средний суммарный балл по негативным шкалам PANSS (*N*) составлял в основной группе — 25,0 ± 3,9, в контрольной — 24,8 ± 4,2 балла, на момент выписки из стационара — 8,6 ± 1,6 в основной группе и 12,4 ± 1,5 балла в контрольной. Уровень выраженности негативных симптомов в основной группе снизился на 65,6 %, в контрольной — на 50,0 % ($p = 0,004$).

После завершения лечения суммарный балл по негативным шкалам PANSS (*N*) был равен — 8,4 ± 1,1 в основной группе, 12,2 ± 1,6 балла в контрольной. Уровень выраженности негативных симптомов в основной группе снизился на 66,4 %, в контрольной — на 50,8 %.

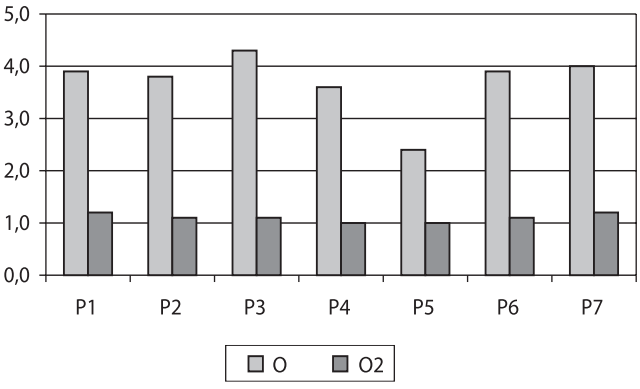


Рис. 1. **Динамика показателей по шкале позитивных расстройств у исследованных основной группы после завершения лечебных мероприятий**

Примечание (здесь и в последующих рисунках): О — основная группа; О2 — основная группа после завершения лечения

© Гуменюк Л. М., Савін А. О., 2012

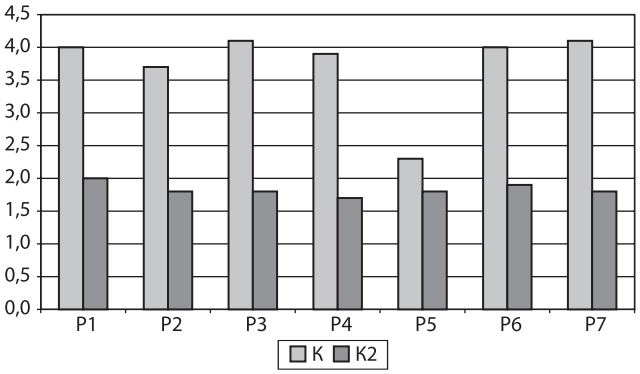


Рис. 2. **Динамика показателей по шкале позитивных расстройств у исследованных контрольной группы после завершения лечебных мероприятий**

Примечание (здесь и в последующих рисунках). К — контрольная группа, К2 — контрольная группа после завершения лечения

Установлены статистически значимые различия результатов между группами ($p = 0{,}018$) (рис. 3, 4). В группах выбывших пациентов отмечались достоверно более высокие значения относительно больных, которые продолжили участие в терапевтической программе на амбулаторном этапе лечения ($p = 0{,}008$).

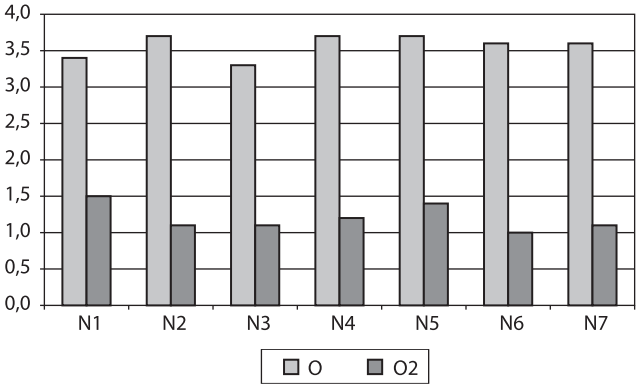


Рис. 3. **Динамика показателей по шкале позитивных расстройств у исследованных основной группы после завершения лечебных мероприятий**

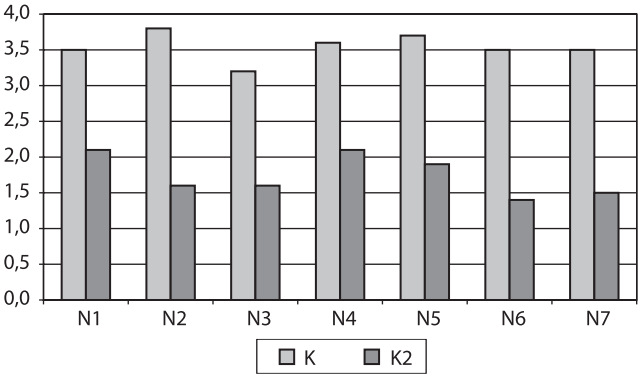


Рис. 4. **Динамика показателей по шкале негативных расстройств у исследованных контрольной группы после завершения лечебных мероприятий**

Средний суммарный показатель по шкалам общепсихопатологических нарушений (G) до начала лечения составлял в основной группе — 53,8 ± 9,1, в контрольной — 53,7 ± 9,0 балла, на момент выписки из стационара — 21,3 ± 8,4 и 35,6 ± 3,4 балла, соответственно. Уровень выраженности общепсихопатологических симптомов в основной группе снизился на 60,4 %, в контрольной — на 33,7 % ($p = 0{,}004$).

После завершения лечения суммарный балл по общепсихопатологическим шкалам PANSS (G) соответствовал — 18,5 ± 2,9 и 30,2 ± 6,8 балла, соответственно. Уровень выраженности общепсихопатологических симптомов в основной группе снизился на 65,6 %, в контрольной — на 43,7 %. Установлены статистически значимые различия результатов между группами ($p = 0{,}005$) (рис. 5, 6). В группах выбывших пациентов отмечались достоверно более высокие значения относительно больных, которые продолжили участие в терапевтической программе на амбулаторном этапе лечения ($p = 0{,}008$).

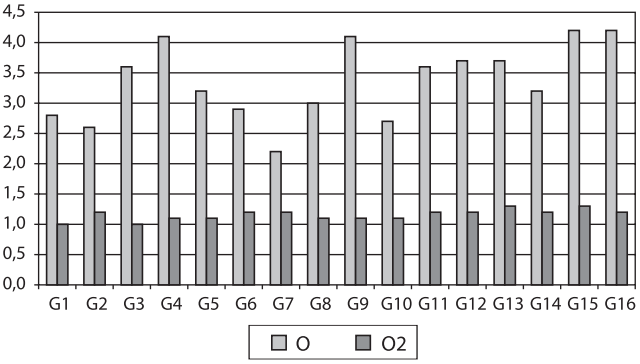


Рис. 5. **Динамика показателей по шкале общепсихопатологических расстройств у исследованных основной группы после завершения лечебных мероприятий**

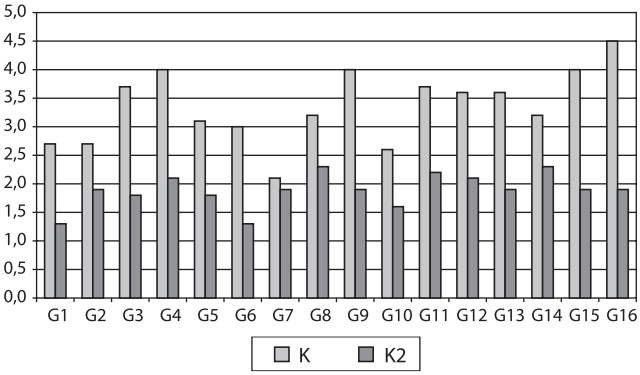


Рис. 6. **Динамика показателей по шкале общепсихопатологических расстройств у исследованных контрольной группы после завершения лечебных мероприятий**

Обобщенная динамика степени выраженности продуктивных и негативных расстройств у исследованных по данным шкалы PANSS под влиянием терапии представлена на рис. 7.

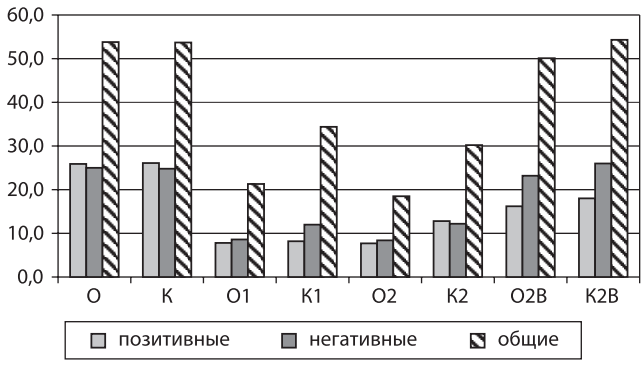


Рис. 7. **Динамика средних баллов по шкале PANSS (субшкалы позитивных, негативных и общих симптомов) у исследованных основной и контрольной группы**

Показатели по шкале PANSS до начала лечения составили в основной группе 104,7 ± 17,1, в контрольной — 104,6 ± 17,3 балла, на момент выписки из стационара — 37,7 ± 11,3, 56,2 ± 6,1 балла, соответственно. Уровень выраженности общего балла по шкале PANSS в основной группе снизился на 63,9 %, в контрольной — на 46,3 % ($p = 0{,}019$).

После завершения лечения общий балл по шкале PANSS соответствовал — 34,6 ± 5,5, 55,2 ± 9,7 балла, соответственно. Уровень выраженности общего балла по шкале PANSS в основной группе снизился на 66,9 %, в контрольной — на 47,2 %. Установлены статистически значимые различия результатов между группами ($p = 0{,}005$) (рис. 8). В группах выбывших пациентов отмечались достоверно более высокие значения относительно больных, которые продолжили участие в терапевтической программе на амбулаторном этапе лечения ($p = 0{,}008$).

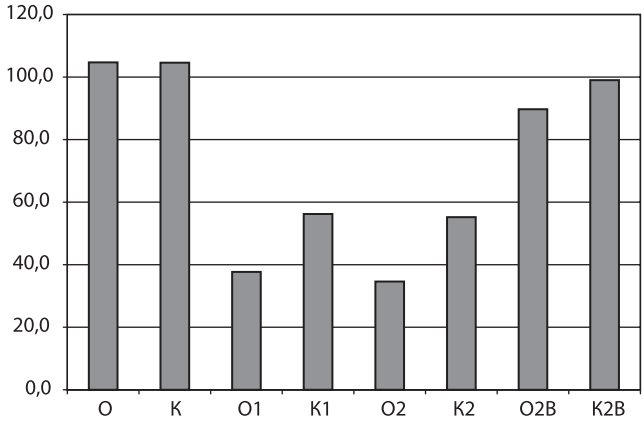


Рис. 8. **Динамика редукции общего балла по шкале PANSS у обследованных по данным катамнеза**

Полученные результаты исследования свидетельствуют об эффективности включения арт-терапии в комплексное лечение пациентов с первым психотическим эпизодом, что подтверждалось данными динамического анализа клинико-психопатологических нарушений по шкале PANSS. Установлена более высокая результативность применения арт-терапии по сравнению с традиционным комплексом лечения относительно негативной и общепсихопатологической симптоматики на всех этапах лечения ($p < 0{,}05$).

Список литературы

1. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: Каштан, 2009. — 584 с.

2. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація: метод. рекомендації / уклад.: Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва, Т. В. Панько [та ін.]; Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України, Дніпропетровська держ. мед. академія. — Х., 2009. — 31 с.

3. Відділення первинного психотичного епізоду — практичний досвід організації / В. А. Демченко, Н. В. Царенюк, В. В. Зозуля, С. О. Маляров // Український вісник психоневрології. — 2009. — Вип. 1. — С. 41—43.

4. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением: учеб. пособие по психотерапии / М. Е. Бурно. — М.: Академ. проект, 2006. — 429 с.

5. Воскресенский Б. А. Творчество и психическая патология: некоторые вопросы теории и практики / Б. А. Воскресенский, А. Я. Басова, Н. А. Титова // Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28—29 січ. 2010 р. — Харків, 2010. — С. 150—152.

6. Гуменюк Л. Н. Арт-терапия в системе комплексной психосоциальной реабилитации больных шизофренией в условиях принудительного лечения / Л. Н. Гуменюк, Е. А. Михайлова // Тавр. мед.-биол. вестник. — 2010. — № 4. — С. 37—40.

7. Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey / [S. Patterson, J. Debate, S. Anju et al.] // J. Ment. Health. — 2011. — Vol. 20, № 4. — P. 328—335.

Надійшла до редакції 25.07.2012 р.

Л. М. Гуменюк, А. О. Савін

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгіївського» (м. Сімферополь), ДУ «Психіатрична лікарня № 5»

Динамічний аналіз клініко-психопатологічних порушень у хворих з першим психотичним епізодом під дією арт-терапії

У статті наведено результати вивчення динаміки клініко-психопатологічних порушень у хворих з першим психотичним епізодом під дією арт-терапії.

Ключові слова: арт-терапія, перший психотичний епізод, динамічний аналіз клініко-психопатологічних порушень.

L. Gymenyuk, A. Savin

State Institution «Crimean State Medical University named after S. I. Georgiyevsky» (Simferopol'), State Institution «Clinical Insane Asylum № 5»

Dynamic analysis of clinical and psychopathological disorders among the patients who have the first psychotic episode under the art-therapy

The results of the study of the dynamic analysis of clinical and psychopathological disorders among the patients who have the first psychotic episode under the art-therapy are presented in the article.

Key words: art-therapy, first psychotic episode, dynamic analysis of clinical and psychopathological disorders.

УДК 616.831-005.4-085-005.7

С. К. Евтушенко, Н. В. Нагорная, В. А. Симонян, Л. Ф. Евтушенко, Л. И. Кардашевская, Р. В. Симонов, Е. В. Шепотинник, Ю. М. Перепечаенко, Ю. И. Коценко, Д. А. Сохань
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии» НАМН Украины (г. Донецк),
Горбольница № 5 (нейрососудистый Центр) г. Мариуполь,
Областная детская клиническая больница, (г. Донецк)
Областной детский клинический Центр нейрореабилитации (г. Донецк))

ИШЕМИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НЕЗАРАЩЕННЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ (PUTMENT FORAMEN OVALE) В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

В статье на основании мирового и собственного опыта обосновывается роль кардиальной патологии (открытое овальное окно) в возникновении острых нарушений мозгового кровообращения в возрастном аспекте, т. е. у детей и взрослых, акцентируя внимание на преморбидных факторах, предшествующих инсульту. Предлагаются методы первичной и вторичной профилактики (одной из разновидностей кардиоэмболического инсульта), в частности, инсульта, обусловленного парадоксальной эмболией.

Ключевые слова: ишемический инсульт, эмболия, возрастной аспект

На общую популяцию населения с цереброваскулярными заболеваниями приходится большая часть ишемических инсультов (ИИ). Одним из их подвидов является кардиоэмболический инсульт (КЭИ). К основным критериям КЭИ относят наличие потенциального источника эмболии и отсутствие клинически значимых признаков стенозирующего поражения прецеребральных артерий головного мозга.

К высокому эмбологенном риску относят: ревматические поражения сердца (митральный стеноз с фибрилляцией предсердий), мерцательную аритмию, инфаркт миокарда, постинфарктные аневризмы с формированием тромбов в левом желудочке, кальцифицирующий аортальный стеноз, кальциноз митрального клапана, механические протезы сердечных клапанов и др. К среднему риску развития тромбоэмболических осложнений (особенно у детей и лиц молодого возраста) относят: незаращенное овальное окно (PFO), пролапс митрального клапана, митральный стеноз без фибрилляции предсердий, врожденные пороки сердца с дефектами перегородок, биопротез клапана сердца, эмбологенный инфаркт мозга во время и после различных оперативных вмешательств на сердце и др. [6—8].

Основные источники эмболического инсульта подразделяют на патологию клапанов сердца, патологию камер сердца и парадоксальную эмболию (ПЭ). В качестве интракардиальных причин ПЭ наиболее часто рассматривается PFO и дефект межпредсердной перегородки, гораздо реже — дефект межжелудочковой перегородки [2, 3, 11]. Внутрилегочными причинами обычно являются артерио-венозные анастомозы, реже — дилятация капилляров легких [9, 12].

Проблема инсультов сегодня стала актуальной и для детского возраста. Проблема, разрабатываемая нами на протяжении ряда лет дает основание констатировать, что гетерогенный ИИ присущ и детскому возрасту, начиная от постнатального периода (перинатальный инсульт) и заканчивая ювенильным возрастом [2, 3].

При ИИ предпосылки к парадоксальной эмболии в виде PFO и легочного шунта встречаются более чем у половины пациентов всех возрастных групп. Основную роль в развитии ПЭ играет не только наличие PFO, но и такие его характеристики как анатомический и функциональный размер и тип строения. При окончатом и клапанном типах строения PFO имеют больший анатомический размер, чем при туннельном типе [4, 5, 13]. ИИ значительно чаще ассоциируется с окончатым или клапанным типом строения PFO и большим функциональным размером шунтирующего кровотока [10]. К сожалению, часто встречаемые в заключениях врачей функциональной диагностики «гемодинамически незначимое PFO» не настораживает клиницистов о возможной сочетанной кардионеврологической патологии у данной категории пациентов.

Наличие PFO нередко расценивается не как патология, а как вариант нормального строения сердца, но при этом, как правило, сброс крови через него отсутствует, т. е. давление в левом предсердии в норме выше, чем в правом, а само PFO не функционирует ввиду наличия «заслонки» со стороны левого предсердия [1, 5].

Повышению давления в правых камерах сердца способствуют следующие факторы: насильственный кашель, чрезмерное натуживание при запорах и мочеиспускании, трудных родах (как вариант пробы Вальсальвы), физические нагрузки, надувание воздушных шаров, занятие дайвингом, экстремальные виды спорта, высотные лифты, задержка дыхания и др.

Наличие сопутствующей патологии приводит к срыву компенсаторных возможностей, что и способствует формированию тромба или эмбола и, как следствие парадоксальной эмболии [9, 14].

Особую группу риска по развитию ПЭ составляют дети и взрослые, имеющие PFO, как проявление соединительнотканной дисплазии: астенического телосложения, пролапс митрального клапана, килевидная грудная клетка, сколиозы, патологическая извитость прецеребральных сосудов [2]; выраженный венозный рисунок на коже грудой клетки, варикозное расширение вен верхних и нижних конечностей, наличие геморроидальных узлов; телеангиоэктазии, аритмический синдром (желудочковая экстрасистолия различных градаций, пароксизмальные тихиаритмии; миграция водителя ритма; антриовентрикулярные и внутрижелудочковые блокады; синдром удлинения интервала QT; висцеральный синдром (дизэмбриопатии, спланхноптозы, недостаточность сфинктерного аппарата, крипторхизм, варикоцеле или прооперированные по этому поводу пациенты в детстве); миопатия, астигматизм, гиперметропия; косолапость, плоскостопие; гипермобильность

© Євтушенко С. К., Нагорна Н. В., Сімонян В. А., Євтушенко Л. Ф., Кардашевська Л. І., Сімонов Р. В. , Шепотіннік Е. В., Перепечаєнко Ю. М., Коценко Ю. І., Сохань Д. А., 2012

и нестабильность суставов, вывихи, подвывихи); вертеброгенные синдромы (ювенильный остеохондроз, спондилолистез); аномалии прикуса, готическое небо, изменение кожных покровов: тонкая и легко ранимая кожа, повышенная растяжимость кожи, объединенные в синдромы Элерса — Данло, Марфана, Стиклера, несовершенного остеогенеза, MASS-фенотипа. Сегодня группой риска стали дети, рожденные с экстремально низкой массой тела и преждевременно [2].

Источником эмболов при ПЭ чаще всего является система нижней полой вены, вены нижних конечностей, вены малого таза. При некоторых формах PFO (так называемый «слепой мешок») тромбы могут образовываться в просвете самого отверстия. Из-за неритмичного сокращения камер сердца характер потока крови изменяется преимущественно в тех местах, где регистрировался ламинарный поток и появляется турбулентность [7, 10].

Под нашим наблюдением находились 2 группы больных (взрослые и дети), перенесшие ИИ, различной степени тяжести.

Группа больных в количестве 96 чел. в возрасте от 19 до 67 лет с КЭИ, поступивших в 2010—2011 г. в ангионеврологическое отделение ИНВХ и в сосудистый нейроцентр ГБ № 5 г. Мариуполя. Основной этиологический фактор КЭИ был связан с пароксизмальной аритмией (обусловленной ИБС), фибрилляцией предсердий, ревматическим пороком и др.

Из них выделена 1 группа больных — 16 чел. в возрасте от 19 до 49 лет, у которых КЭИ был обусловлен возникшей парадоксальной эмболией, ассоциированной с PFO — различной степени выраженности и сочетаемого у 6 чел. с аритмией, что составило 16,6 % из общей группы перенесших КЭИ.

Провоцирующими факторами в этой группе были: физическая нагрузка, кашель, ныряние, интенсивное надувание воздушных шаров, полет в самолете. У 9 чел. выявлено варикозное расширение вен, долихосигма диагностирована у 5 чел. У 5 чел. в различные годы было диагностировано

PFO, но гемодинамически не значимое!

За период с 2009 по 2011 г. были проанализированы 32 истории больных детей, поступивших в неврологическое отделение ОДКБ с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), где им был установлен диагноз ишемические инсульты различной степени тяжести.

Из этой группы отобрали 10 детей (девочек — 6, мальчиков — 4) в возрасте от 5 до 17 лет, у которых после обследования диагностирован КЭИ (в правом полушарии — 6, в левом — 4 чел.), ассоциированный с PFO различного диаметра (от 3 до 7 мм), установленного методом ЭХО-ЭК — это была 2 группа пациентов. У 5 больных выявлены частые ОРВИ, протекающие с трахеобронхитом и интенсивным кашлем. У 2 детей провоцирующим фактором послужило ныряние с задержкой дыхания, у 1 мальчика — интенсивное надувание воздушных шариков, у 2 детей нарушение мозгового кровообращения произошло после урока физкультуры.

У 6 детей диагностированы системная соединительно-тканная дисплазия (6 чел.), выраженный венозный рисунок на туловище (3 чел.), хронические запоры с постоянным натуживанием — 2 чел. Экстрасистолическая аритмия зафиксирована у 3 детей.

Как у детей, так и у взрослых инсульты развивались остро, с возникновением четкого неврологического дефицита (парез лицевой мускулатуры + гемиплегия или гемипарез). Всем больным проведены клинико-лабораторные и инструментальные обследования.

Лабораторные исследования:

— коагулограмма, международное нормализованное отношение (МНО), время свертывания по Ли Уайту, протромбиновое время, протромбиновый индекс, ретракция кровяного сгустка; тромбоцитограмма;

— пробы на активный ревматизм (С-реактивный белок, серомукоид, ревматоидный фактор и др.);

— исключение антифосфолипидного синдрома: антикардиолининовые антитела, а также фосфатидилинозитол, фосфатидилсерин, фосфатидиловая кислота:

Исключены системные заболевания.

Инструментальные обследования: электрокардиография (ЭКГ); Холтеровский мониторинг (ХМ); трансторакальная эхокардиография (ТтэхоКГ); ультразвуковая доплерография (УЗДГ); дуплексное сканирование магистральных артерий головы (ДС МАГ); магниторезонансная томография в режиме ангиографии.

После проведенного анализа историй болезни пришли к выводу, что сочетание дефекта межпредсердной перегородки и ПЭ протекают нередко с нарушениями ритма сердца и гиперкоагуляцией, что может приводить к КЭИ. В то же время повышенное количество тромбоцитов, которые адгезируются по краям дефекта PFO, более вероятно приводит к их распаду и выделению серотонина, потенцирующего вазоконстрикцию церебральных артерий и усиливающего ишемию.

Терапия КЭИ строилась на основе не только образовавшегося неврологического дефицита, но и клинических и инструментальных данных, подтверждающих наличие патологии сердца, магистральных сосудов головы и идентификации источника эмболии. При PFO малого и среднего размера (без интракардиального тромба или аневризмы межпредсердной перегородки) при инсульте использовали антиагреганты: аспирин (кардиомагнил). При большом размере PFO и повторном инсульте — антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины, варфарин) с МНО 2,0—3,0 (как у взрослых так и детей с учетом возрастной дозировки).

Вторичная профилактика включает в себя восстановление водно-электролитного баланса, проведение противоотечных мероприятий, нейрометаболиты, антиоксиданты, антигипоксанты (актовегин, тиотриазолин), ноотропы (цераксон, кортексин). Патогенетически обоснованным в остром периоде является назначение препарата с мягким ангиопротекторным и тромболитическим действием — сулодексид (Вессел Дуэ Ф) по 600 ЛЕ 2 р./сутки 7—10 дней с переходом на пероральный прием. И все же наиболее простым и эффективным в первые 7 дней острого периода КИЭ является назначение аспирина до 300 мг/сутки, или ацелизина 1 мл в/м 1 р./сутки. В последующем поддерживающая доза аспирина должна составлять 1—2 мг/кг (или кардиомагнил 75 мг /сутки.

Таким образом, можно сделать выводы о существенной роли диаметра PFO и активации свертывающих систем крови, обуславливающих ПЭ. Из нашей клинической практики уже сегодня следует рекомендация обратить внимание врачей гинекологов, что при планировании беременности у женщин с PFO, тромбофлебитом или варикозным расширением вен в анамнезе необходимо учитывать возможность риска ПЭ.

Существенным преморбидным моментом является системное проявление соединительно-тканной дисплазии (патологическая извитость сонных артерий,

миопия, гипермобильный суставной синдром, пролапс митрального клапана и др).

В первичной профилактике — диета, направленная на укрепление соединительной ткани, запрет на гормональные противозачаточные средства. Для детей и подростков обязательно проведение ЭКГ, ЭХО-КГ при поступлении в школу. При обнаруженном PFO — 1 раз в год ЭКГ и ЭХО-КГ.

При наличии дефекта межпредсердной перегородки более 3 мм, который является уже значительным и может привести к ОНМК, — необходимо его хирургическое закрытие, что может привести к снижению риска возникновения ОНМК, особенно при сопутствующей патологии: тромбофлебит, портальная гипертензия, заболевание легких и др. Кардиохирургические вмешательства могут быть перспективны. Эта тема требует дальнейшего изучения и тщательного отбора пациентов с PFO, сочетающимся с мигренью и перенесенными КЭИ, глобальную амнезию. Всех этих больных сегодня необходимо отнести к группе высокого риска развития ПЭ головного мозга.

Вместе с тем, наличие сопутствующих экзогенных факторов (неудачно выбранная профессия, связанная с физической нагрузкой и возможным поражением легочной ткани, увлечение экстремальными видами спорта (дайвинг), патология желудочно-кишечного тракта, сопровождающаяся запорами), а также эндогенных факторов (нарушение реологичеких свойств крови и др.) способствует декомпенсации дремлющей патологии.

Действительно, случайно выявленное PFO и по показателям не влияющее на общую или церебральную гемодинамику может длительно оставаться субклинически незначимым. Но сочетание вышеуказанных факторов в различных комбинациях может привести к срыву компенсаторных механизмов, что и будет способствовать возникновению парадоксальной церебральной эмболии. Особой группой риска следует считать детей с PFO. Ограничение в интенсивной физической нагрузке, правильная профориентация будет способствовать первичной профилактике инсультов. Обязательное диспансерное наблюдение у кардиолога и кардиохирурга.

В связи с вышеизложенным, в протоколе по первичной и вторичной профилактике инсультов следует учитывать обоснованные рекомендации при наличии у пациентов незаращенного (открытого) овального окна (PFO).

Список литературы

1. Глебов М. В. Ишемический инсульт и парадоксальная церебральная эмболия : автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук / М. В. Глебов. — Москва, 2009. — 32 с.
2. Евтушенко С. К. Соединительно-тканная дисплазия в неврологии и педиатрии / Евтушенко С. К., Лисовский Е. В., Евтушенко О. С. — Донецк: Изд-во Донбасс, 2007. — 350 с.
3. Евтушенко, С. К. Гемодинамически «незначимое» открытое овальное окно в генезе гетерогенного ишемического инсульта / С. К. Евтушенко, Е. В. Шепотинник // Международный неврологический журнал. — 2008. — № 1. — С. 54—57.
4. Иваницкий А. В. Открытое овальное окно: роль в патогенезе ряда неврологических заболеваний и методы их лечения / Иваницкий А. В., Голухова Е. З., Косенко А. И. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004. — № 5. — С. 65—68.
5. Онищенко Е. Ф. Открытое овальное окно и инсульт в клинической практике / Е. Ф. Онищенко. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. — 192 с., илл.
6. Симоненко В. Б. Основы кардионеврологии / В. Б. Симоненко, Е. А. Широков. — М.: Медицина, 2001. — 240 с.
7. Фонякин А. В. Современная концепция кардионеврологии / А. В. Фонякин // Практична ангіологія. — 2006. — № 2(3). — С. 31—35.
8. Фролов А. И. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий / А. И. Фролов // Практическая ангиология. — 2006. — № 4. — С. 6—10.
9. Кардиогенный и ангиогенный церебральный эмболический инсульт (физиологические механизмы и клинические проявления) / [Шевченко Ю. Л.; Одинак М. М.; Кузнецов А. Н., Ерофеев А. А.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 272.
10. Шиллер Н. Клиническая эхокардиография / Н. Шиллер, М. А. Осипов. — М., 2005.
11. Transcatheter closure of interatrial communications for secondary prevention of paradoxical embolism: single-center experience / [Bruch L., Parsi A., Grand M. O. et al.] // Circulation. — 2002; 105: 2845—2848.
12. Furlan A. J. Patent Foramen Ovale and Recurrent Stroke: Closure is the Best Option: Yes / Furlan A. J. // Stroke. — 2004; 35: 803—804.
13. Jauss M. Detection of right-to-left shunt with ultrasound contrast agent and transcranial Doppler sonography / M. Jauss, E. Zanette // Cerebrovasc dis 2000; 10: 490—496.
14. Domitrz I. Relationship between migraine and patent foramen ovale: a study of 121 patients with migraine / Domitrz I., Mieszkowski J., Kaminska A. // Headache. — 2007. — Vol. 47. — P. 1311—1318.

Надійшла до редакції 14.08.2012 р.

С. К. Євтушенко, Н. В. Нагорна, В. А. Сімонян, Л. Ф. Євтушенко, Л.І. Кардашевська, Р. В. Сімонов, Е. В. Шепотіннік, Ю. М. Перепечаєнко, Ю. І. Коценко, Д. А. Сохань

Донецький національний медичний ун-т ім. М. Горького, ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії» НАМН України (м. Донецьк); Міськлікарня № 5 (нейрососудістий Центр) м. Маріуполь; Обласна дитяча клінічна лікарня (м. Донецьк); Обласний дитячий клінічний Центр нейрореабілітації (м.Донецьк)

Ішемічні інсульти, обумовлені парадоксальною емболією, що асоціюється з незарощеним овальним вікном (putment foramen ovale), в віковому аспекті

У статті на підставі світового і власного досвіду обґрунтовується роль кардіальної патології (відкрите овальне вікно) у виникненні гострих порушень мозкового кровообігу в віковому аспекті, тобто у дітей та дорослих, акцентуючи увагу на преморбідних чинниках, передуючих інсульту. Пропонуються методи первинної і вторинної профілактики (одного з різновидів кардіоемболічного інсульту), зокрема, інсульту, обумовленого парадоксальною емболією.

Ключові слова: ішемічний інсульт, емболія, віковий аспект.

S. K. Yevtushenko, N. V. Nagorna, V. A. Simonyan, L. F. Evtushenko, L. I. Kardashevska, R. V. Simonov, E. V. Shepotinnik, Yu. M. Perepechaenko, Yu. I. Kotsenko, D. A. Sohan

Donets'k National medical University named after M. Gor'ky, "Institute of Urgent and Recovery Surgery" of the NAMS of Ukraine (Donets'k), IURS City Hospital № 5 (neurovascular center) Mariupol, Regional Children's Hospital (Donets'k), Regional Children's Clinical Center for Rehabilitation (Donets'k)

Ischemic strokes, caused by paradoxical embolism associated with cleft oval window (putment foramen ovale) in the age aspect

The article on the basis of the world and their own experience substantiates the role of cardiac pathology (patent foramen ovale) in the occurrence of stroke in the age aspect, in children and adults. Paying attention to premorbid factors, previous stroke. The methods of primary and secondary prevention (a type of cardioembolic stroke), in particular, stroke due to paradoxical embolism.

Key words: Ischemic strokes, embolism, the age aspect.

УДК 616.831-005:616.895.4:615.214

О. О. Копчак, *канд. мед. наук, начальник неврологічного відділення*
Центральний госпіталь МВС України (м. Київ)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДЕПРЕСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ ТА КОГНІТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Ми вивчали ефективність застосування терапії з використанням антидепресантів для лікування депресивних розладів та зменшення вираженості судинних когнітивних порушень у пацієнтів з хронічною недостатністю мозкового кровообігу. У дослідження включили 80 пацієнтів середнього та похилого віку з когнітивними порушеннями та проявами депресії, які в залежності від призначеної антидепресивної терапії поділили на дві групи: основну (отримували агомелатин) та контрольну (отримували амітриптилін). Антидепресивна терапія у пацієнтів обох груп виявилася ефективною щодо зменшення вираженості депресивних розладів, проте не сприяла достовірному відновленню порушених когнітивних функцій хворих. Застосування агомелатину було більш безпечним та ефективним щодо зменшення тяжкості депресивних розладів у пацієнтів порівняно з використанням амітриптиліну.

Ключові слова: антидепресивна терапія, когнітивні порушення, депресивні розлади

Нейродегенеративні захворювання займають провідне місце серед основних причин інвалідизації та смертності людей похилого віку. Судинна деменція є другою, після хвороби Альцгеймера, найпоширенішою причиною деменції. Нейродегенеративні хвороби та судинна деменція призводять не лише до порушення когнітивних та рухових функцій, але також і до розвитку депресії [26], яка при неврологічних хворобах часто маскується руховими та когнітивними порушеннями (КП) [24]. На жаль, депресія часто є недостатньо добре діагностованою у хворих на хворобу Альцгеймера та судинну деменцію. Зокрема, втрата зацікавленості та апатія у пацієнтів з нейродегенеративними захворюваннями часто помилково сприймається як прояв КП [26].

Згідно з даними літератури, деменція є чинником ризику розвитку депресії у хворих літнього віку [14]. І навпаки, наявність депресивних симптомів майже вдвічі підвищує ризик можливих КП у людей похилого віку [5, 9], саме тому наявність депресивного розладу можна вважати важливим клінічним маркером майбутніх когнітивних та функціональних порушень [23].

Під час проведення порівняльного аналізу було виявлено більшу поширеність депресії у пацієнтів з деменцією ніж без такої [26]. За даними літератури, частота депресії в популяції пацієнтів з КП коливається від 1 до 40 % [6, 7]. В останніх дослідженнях виявлено, що депресія є незалежним чинником, який значно впливає на якість життя пацієнтів [19, 25]. Згідно з даними множинного регресійного аналізу вік, стать, бал MMSE та соціальний статус (одружений, заміжня) є незалежними предикторами тяжкості депресії у хворих з хворобою Альцгеймера та судинною деменцією. Виявлено достовірний зв'язок тяжкості депресії зі старечим віком та чоловічою статтю пацієнтів. Поширеність депресії була нижчою серед одружених хворих. Тяжкість депресії була міцно пов'язана з вираженістю КП [26].

Згідно з даними літератури, когнітивні порушення, вік, чоловіча стать, депресія, присутність лакун підвищують ризик смертності від цереброваскулярної патології. Саме тому, успішне лікування депресії та корекція судинних чинників ризику сприяють покращанню якості життя хворих та зменшенню цереброваскулярної смертності [18].

В літературі було запропоновано кілька видів взаємозв'язку між депресією та КП: депресія може бути раннім симптомом або продромом виникнення КП; клінічне обстеження, необхідне для діагностики депресії дає можливість раніше виявити ранні прояви деменції; пацієнти, у яких виявлено початкові прояви когнітивного дефіциту мають значно більшу ймовірність розвитку депресії [20, 21].

Здебільшого лікування депресії сприяє покращанню когнітивних функцій у пацієнтів, проте не призводить до відновлення когнітивних функцій до нормального рівня [20]. Питання щодо сприятливого впливу антидепресивної терапії на зменшення ризику розвитку можливих КП та ступеня вираженості існуючих КП потребує подальшого вивчення.

Метою даного дослідження було вивчити ефективність застосування терапії з використанням антидепресантів для лікування проявів депресії та зменшення вираженості когнітивного дефіциту у пацієнтів із судинними КП та проявами депресії на фоні хронічної недостатності мозкового кровообігу (ХНМК).

Нами було обстежено 80 пацієнтів середнього та похилого віку (середній вік 61,3 ± 9,6 років) з ХНМК, які перебували на лікуванні в неврологічному відділенні Центрального госпіталю Міністерства внутрішніх справ України. Клінічний діагноз у всіх випадках формулювався як дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) змішаної етіології (атеросклеротичної, гіпертонічної, дисметаболічної). Всі хворі пройшли клініко-неврологічне обстеження з вимірюванням артеріального тиску, загальні лабораторні тести (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, ліпідограму, аналіз крові на гормони щитовидної залози); інструментальні дослідження: електрокардіографічне обстеження, дуплексне сканування брахіоцефальних судин (комп'ютерну чи/та магнітно-резонансну томографію головного мозку).

Для оцінки когнітивних функцій пацієнтів використовували: коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination — MMSE) (визначення орієнтування в часі, місці, стану короткочасної, довгочасної пам`яті, функції мови, гнозису, праксису) [8], методику заучування 10 слів (дослідження процесів запам'ятовування, збереження і відтворення інформації); тест заучування парних взаємопов'язаних слів (The Paired Associates Learning Test — PALT) (дослідження негайної та відстроченої розпізнавальної пам'яті на вербальні стимули) [22]; таблиці Шульте (визначення темпу сенсомоторних реакцій, розумової працездатності, обсягу активної уваги пацієнтів).

За даними MMSE 29—30 балів оцінювали як відсутність порушення когнітивних функцій, 28—27 балів — легкі, 24—26 балів — помірні когнітивні

© Копчак О. О., 2012

порушення, 20—23 бали — початкова стадія деменції, менше 20 балів — більш виражені стадії деменції [1].

Для дослідження вихідного психічного стану хворих їм пропонували заповнити тестовий бланк шкали астенічного стану (ШАС). Вона складається з 30 пунктів-тверджень, які відображають характеристики астенічного стану, і використовується для вимірювання ступеня вираженості останнього [3]. З метою визначення наявності депресивних розладів застосовували діагностичні критерії депресій, коморбідних соматичним захворюванням [4]. Для оцінки тяжкості депресивних розладів та оцінки терапевтичної динаміки застосовували шкалу Гамільтона [11], у відповідності до якої 0—13 балів вказувало на відсутність депресії, 14—17 балів — на легку депресію, 18—25 балів — на помірну депресію, більше 25 балів — на тяжку депресію.

Усі пацієнти в залежності від призначеної терапії були поділені на дві групи: основну (n = 40) та контрольну (n = 40), які були рівнозначні за віковим складом, статтю, рівнем освіти, ступенем когнітивних порушень, неврологічного дефіциту та депресивних розладів (табл.). Хворі основної групи отримували Мелітор по 25 мг на ніч протягом 8 тижнів, пацієнти контрольної групи отримували амітриптилін в початковій дозі 75 мг на добу протягом 8 тижнів (частині хворих, у яких мали місце виражені побічні прояви, протягом дослідження дозу амітриптиліну було зменшено до 50 мг на добу). Всі пацієнти протягом перших 2-х тижнів отримували терапію в стаціонарі, в подальшому продовжували лікування в амбулаторних умовах. Пацієнти як основної, так і контрольної групи отримували базисну терапію, яка включала гіпотензивні засоби, цукрознижуючі препарати, статини, антиагреганти, вазоактивні засоби (вінпоцетин, пентоксифілін), вітаміни групи В.

Вибір Мелітору як антидепресивної терапії пов'язаний з тим, що цей препарат є агоністом мелатонінових МТ1- і МТ2-рецепторів і 5-НТ2с-антагоністом, завдяки чому він забезпечує виражений антидепресивний ефект, перш за все, за рахунок відновлення порушених циркадних ритмів [2, 13, 15]. У численних порівняльних дослідженнях виявлено, що у лікуванні депресивних розладів агомелатин в дозі 25—50 мг був подібним за ефективністю до венлафаксину в дозі 75—150 мг [17] та був достовірно ефективнішим за флуоксетин в дозі 20—40 мг [10] та сертралін в дозі 50—100 мг [15]. На відміну від селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або подвійних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСН), застосування Мелітору не призводить до безпосередньої зміни рівня нейромедіаторів: препарат сприяє підвищенню рівня допаміну і норадреналіну виключно у фронтальній корі головного мозку і не впливає на рівень серотоніну. Завдяки тому, що агомелатин не призводить до підвищення рівня серотоніну, його застосування не супроводжується побічними ефектами, які часто виникають при застосуванні СІЗЗС та СІЗЗСН (збільшення маси тіла, порушення сексуальної функції, головний біль, психомоторне збудження тощо) [12]. Можливі побічні ефекти (нудота, запаморочення), притаманні агомелатину, за ступенем вираженості були такими ж, як в групі плацебо [16].

Усі хворі проходили повне клініко-неврологічне обстеження із застосуванням MMSE, експериментально-психологічного тестування, шкали Гамільтона до початку лікування, через 2 тижні та через 8 тижнів.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили з використанням пакету статистичного аналізу Microsoft Excel 2003. Достовірність різниці між середніми кількісними значенням двох вибірок визначали за коефіцієнтом Стьюдента (t).

До початку лікування всі хворі скаржились на зниження настрою, підвищену дратівливість, тривожність, зниження працездатності, порушення нічного сну, головний біль, запаморочення, шум у голові, вухах, зниження пам'яті, порушення концентрації уваги, хиткість при ходьбі, оніміння кінцівок. При об'єктивному огляді в неврологічному статусі у пацієнтів виявлено: ослаблену конвергенцію очних яблук, виражені субкортикальні рефлекси, ознаки пірамідної та екстрапірамідної недостатності, патологічні рефлекси згинальної та розгинальної групи, координаторні та чутливі порушення.

Порівняльна клінічна характеристика пацієнтів основної та контрольної груп наведена в таблиці. Як видно з наведених даних, пацієнти обох клінічних груп достовірно не відрізнялись за віковим, статевим складом та рівнем освіти ($p > 0,05$). Не виявлено достовірної різниці між групами щодо частоти коригованих чинників ризику (зловживання алкоголем, паління), а також таких судинних чинників ризику: серцевої недостатності, метаболічного синдрому, артеріальної гіпертензії, ожиріння, цукрового діабету, зниженого рівня ЛПВГ, підвищення тригліцеридів сироватки крові, гіперглікемії ($p > 0,05$).

Характеристика хворих основної та контрольної груп

Характеристики хворих	Основна група	Контрольна група
Вік, років	63,9 ± 9,2	64,5 ± 9,3
Стать	Ж — 45 %, Ч — 55 %	Ж — 43 %, Ч — 57 %
Рівень освіти (вища, середня)	В — 55 %, С — 45 %	В — 68 %, С — 32 %
Зловживання алкоголем	27 %	25 %
Паління	50 %	48 %
Серцева недостатність	68 %	48 %
Метаболічний синдром	57 %	55 %
Цукровий діабет II типу	33 %	38 %
Артеріальна гіпертензія (АГ) або вживання гіпотензивних препаратів	90 %	98 %
Ожиріння	53 %	43 %
Підвищення тригліцеридів сироватки крові ≥1,7 ммоль/л	63 %	83 %
Зниження рівня холестерину ЛПВЩ: чоловіки < 1ммоль/л, жінки < 1,3 ммоль/л	80 %	83 %
Підвищення рівня глюкози плазми крові натще ≥ 5,6 ммоль/л або терапія гіперглікемії	33 %	38 %
MMSE помірні когнітивні порушення легка деменція	 36 (85 %) 6 (15 %)	 32 (80 %) 8 (20 %)
ШАС помірна астенія тяжка астенія	 30 (75 %) 10 (25 %)	 32 (80 %) 8 (20 %)
Шкала Гамільтона легкий депресивний розлад помірний депресивний розлад	 27 (67,5 %) 13 (32,5 %)	 24 (60 %) 16 (40 %)

Примітка: Достовірність відмінності показників між групами $p > 0,05$

За даними MMSE не спостерігали достовірної різниці у вираженості когнітивних порушень між пацієнтами обох клінічних груп: помірні КП виявлено у 34 (85 %) пацієнтів основної групи (середній бал 25,1 ± 0,84) та у 32 (80 %) хворих контрольної групи (середній бал 24,6 ± 0,75); легку деменцію зареєстровано у 6 (15 %) обстежених з основної групи (середній бал 22,7 ± 0,52) та у 8 (20 %) пацієнтів контрольної групи (середній бал 22,4 ± 0,74).

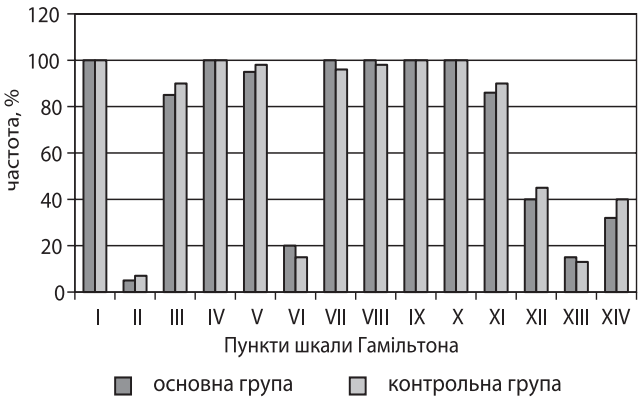
Згідно з результатами дуплексного сканування брахіоцефальних судин у більшості пацієнтів виявлено ехографічні ознаки стенозуючого атеросклерозу без значущих локальних та системних гемодинамічних змін (100 %); ознаки гіпертонічної ангіопатії з формуванням характерних артеріальних деформацій (94 %); ознаки зниження швидкісних показників кровоплину у порівнянні з нормативними значеннями в інтракраніальних відділах артерій каротидного та вертебробазилярного басейнів з 2-х боків (95 %); ознаки вертеброгенної деформації хребтових артерій — позитивна поворотна проба на наявність екстравазального впливу на кровоток в інтракраніальних сегментах хребетних артерій (75 %).

На МРТ головного мозку у переважній більшості хворих обох клінічних груп спостерігали мультифокальне ураження в базальних гангліях, білій речовині головного мозку, численні ділянки лейкоареозу перивентрикулярно і в субкортикальних відділах головного мозку, префронтальній корі, вогнища ішемії в медіальних відділах скроневих часток, таламусі, в деяких випадках спостерігали численні та/або поодинокі лакунарні вогнища, які знаходились в глибинних відділах білої речовини, в лобній та скроневій долях.

Під час проведення клініко-психопатологічного обстеження у пацієнтів були виявлені симптоми депресії. Більшість хворих обох груп скаржились на знижений фон настрою, песимістичні думки (63 %), дратівливість (87,5 %), відчуття постійної надмірної втомлюваності (82,4 %), порушення нічного сну («заважають заснути неспокійні думки») (93 %) зниження апетиту і маси тіла, що пов'язане з теперішньою хворобою, відмічали 18,7 % пацієнтів. Психологічне обстеження з використанням ШАС дало такі результати: в основній групі помірну астенію виявлено у 30 (75 %) пацієнтів (середній бал 87,13 ± 8,63), тяжку астенію — у 10 (25 %) обстежених (середній бал 113,0 ± 6,32); в контрольній групі помірну астенію зареєстровано у 32 (80 %) хворих (середній бал 86,2 ± 7,44), тяжку астенію — у 8 (20 %) пацієнтів (середній бал 116,3 ± 5,18). При цьому не спостерігали достовірної різниці ($p > 0,05$) щодо вираженості астенії між обома групами пацієнтів (*див.* табл.).

Під час обстеження за шкалою Гамільтона достовірної різниці щодо ступеня тяжкості депресивних розладів між групами виявлено не було: в основній групі депресивний розлад легкого ступеня спостерігали у 27 (67,5 %) пацієнтів (середній бал 15,7 ± 1,27), депресивний розлад помірного ступеня — у 13 (32,5 %) хворих (середній бал 19,4 ± 1,33); в контрольній групі депресивний розлад легкого ступеня зафіксовано у 24 (60 %) обстежених (середній бал 15,9 ± 1,21), депресивний розлад помірного ступеня — у 16 (40 %) хворих (середній бал 19,6 ± 1,67) (*див.* табл.).

Максимальні порушення у пацієнтів обох клінічних груп відмічено за такими пунктами шкали Гамільтона: пригнічений настрій, знижена працездатність та активність, безсоння, загальмованість, соматична та психічна тривога, шлунково-кишкові симптоми, загальні соматичні симптоми, генітальні симптоми (рис. 1).



I — пригнічений настрій; II — відчуття провини; III — безсоння; IV — знижена працездатність та активність; V — загальмованість; VI — ажитація; VII — психічна тривога; VIII — соматична тривога; IX — шлунково-кишкові симптоми; X — загальні соматичні симптоми; XI — генітальні симптоми; XII — іпохондрія; XIII — втрата ваги; XIV — критичність

Рис. 1. **Частота проявів симптомів депресії за даними шкали Гамільтона у пацієнтів обох клінічних груп**

Під час проведення кореляційного аналізу було показано, що тяжкість депресивних розладів за даними шкали Гамільтона достовірно корелювала з вираженістю КП за даними MMSE у пацієнтів як основної ($r = 0,31$, $P < 0,05$), так і контрольної груп ($r = 0,39$, $P < 0,05$).

Нами було оцінено ефективність та безпечність проведеного лікування в обох групах через 2 тижні після початку прийому антидепресивної терапії. Під час опитування хворі обох клінічних груп відмічали певне покращання самопочуття: зменшилась тривожність (у 63 % пацієнтів основної групи та у 35 % — в контрольній групі, $p < 0,05$), покращилися нічний сон (у 75 % хворих основної групи та у 45 % пацієнтів контрольної групи, $p < 0,01$), апетит (у 35 % хворих основної групи, у 25 % пацієнтів контрольної групи, $p > 0,05$). На фоні лікування у пацієнтів основної та контрольної груп достовірно зменшилась вираженість астенії за даними ШАС (рис. 2), причому в основній групі, що отримувала лікування Мелітором, була тенденція до більш вираженої динаміки, ніж в контрольній, що отримувала лікування амітриптиліном.

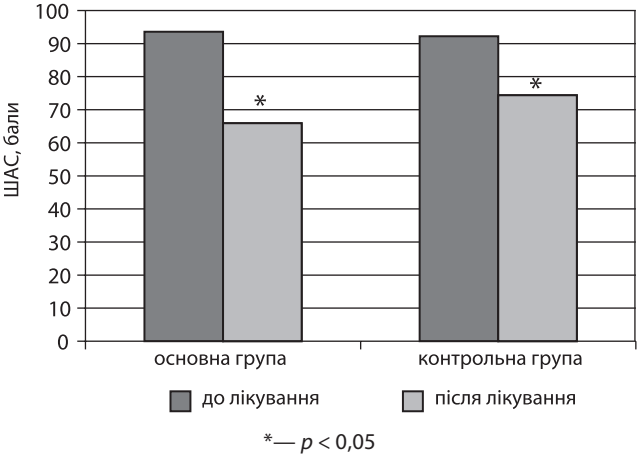
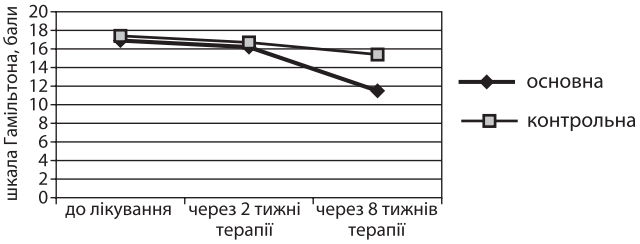


Рис. 2. **Динаміка вираженості астенії у хворих основної та контрольної груп на фоні терапії за даними ШАС**

За шкалою Гамільтона у хворих як основної (з 16,9 ± 2,16 до16,2 ± 1,93, $p > 0,05$), так і контрольної групи (17,4 ± 2,28 до16,7 ± 3,13, $p > 0,05$) зменшення вираженості депресії через 2 тижні від початку терапії не було достовірним (рис. 3).

Під час прийому амітриптиліну 18 (45 %) хворих з контрольної групи скаржились на сухість у роті, посилення загальної слабкості, запаморочення та сонливість різного ступеня вираженості протягом дня. У 10 хворих побічні ефекти амітриптиліну зумовили зменшення дозування препарату до 50 мг. Решта (8) пацієнтів з незначною вираженістю вище зазначених побічних ефектів для їх усунення перейшли на разовий прийом добової дози препарату (75 мг) на ніч, що привело до зменшення вираженості побічних проявів. У хворих основної групи під час прийому Мелітору побічних ефектів виявлено не було.



* — $p > 0,05$; ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$

Рис. 3. **Динаміка вираженості депресивних розладів у хворих основної та контрольної груп на фоні лікування за даними шкали Гамільтона**

Через 8 тижнів від початку лікування у хворих обох клінічних груп спостерігали достовірне зменшення тяжкості депресивних розладів (рис. 3). Зокрема, у пацієнтів основної групи спостерігали достовірну позитивну динаміку симптомів депресії за даними шкали Гамільтона при порівнянні результатів, що отримані через 2 тижні після лікування та через 8 тижнів терапії (з 16,2 ± 1,93 до11,5 ± 2,77, $p < 0,001$), а також показників до початку терапії та через 8 тижнів (з16,9 ± 2,16 до11,5 ± 2,77, $p < 0,001$). В контрольній групі достовірне покращання виявлене лише при порівнянні показників шкали Гамільтона до початку терапії та через 8 тижнів (з17,4 ± 2,28 до 15,4 ± 2,20, $p < 0,001$), в той час як при порівнянні змін показників шкали Гамільтона через 2 та через 8 тижнів терапії не виявлено достовірної динаміки (з 16,7 ± 3,13 до 15,4 ± 2,20, $p > 0,05$). Отже, достовірно краще на тлі лікування зменшувалась вираженість депресивних розладів у пацієнтів основної групи, що отримувала лікування Мелітором, порівняно з контрольною, що отримувала лікування амітриптиліном.

Ми також оцінили динаміку когнітивних порушень за даними MMSE: через два тижні від початку терапії зменшення вираженості когнітивних порушень у пацієнтів основної (з 24,8 ± 1,19 до 25,1 ± 1,28, $p > 0,05$) та контрольної (з 24,2 ± 1,18 до 24,5 ± 1,26, $p > 0,05$) груп не було достовірним. Так само не було достовірним покращання когнітивних функцій у пацієнтів основної групи в динаміці через 2 (25,1 ± 1,28) та через 8 тижнів (25,5 ± 1,22, $p > 0,05$). Проте в основній групі позитивна динаміка показників MMSE при порівнянні даних до лікування (24,8 ± 1,19) та через 8 тижнів від початку терапії (25,5 ± 1,22, $p > 0,05$) була більш виражена, ніж в контрольній.

У пацієнтів контрольної групи зміни показників MMSE при порівнянні в динаміці до лікування через 8 тижнів терапії (з 24,2 ± 1,18 до 24,8 ± 1,21, $p > 0,05$), через 2 тижні та через 8 тижнів (з 24,5 ± 1,26 до 24,8 ± 1,21, $p > 0,05$) були недостовірними (рис. 4).

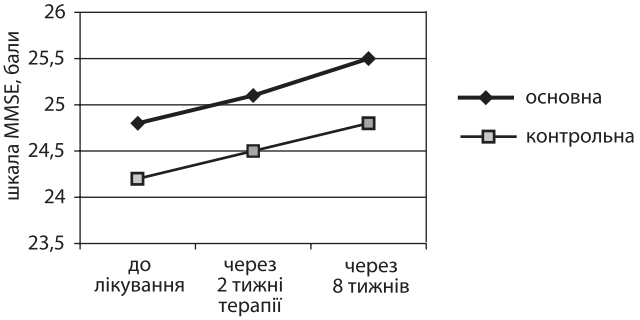
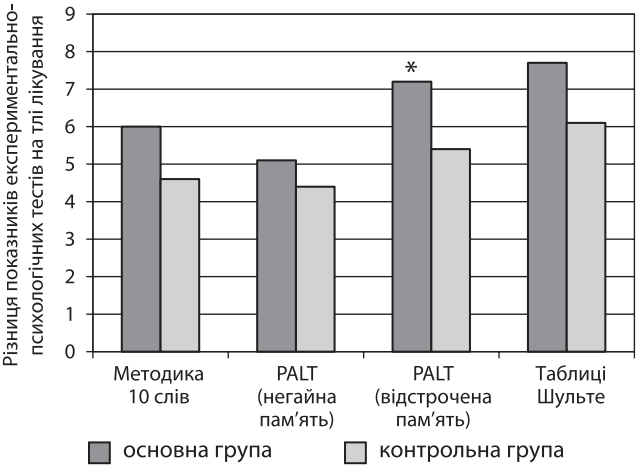


Рис. 4. **Динаміка вираженості когнітивних порушень у хворих основної та контрольної груп на тлі лікування за даними MMSE**

Зміна показників експериментально-психологічних тестів на фоні лікування у пацієнтів обох клінічних груп наведена на рисунку 5.



* — $p < 0,05$

Рис. 5. **Динаміка показників експериментально-психологічних тестів в обох клінічних групах на тлі лікування**

Як видно з отриманих даних, достовірної різниці між групами щодо змін показників короткочасної вербальної та семантичної пам'яті за методикою заучування 10 слів, обсягу негайної пам'яті за методикою PALT, темпу сенсомоторних реакцій за таблицями Шульте виявлено не було ($p > 0,05$).

Проте слід зазначити, що у пацієнтів основної групи, що отимувала лікування Мелітором, порівняно з контрольною, що отримувала лікування амітриптиліном, виявлено достовірне покращання показників відстроченої пам'яті за методикою PALT ($p < 0,05$).

Отже, з урахуванням отриманих нами результатів, незважаючи на те, що тяжкість депресії за даними шкали Гамільтона достовірно корелювала з вираженістю КП за даними MMSE у пацієнтів як основної, так і контрольної групи, застосування антидепресивної терапії виявилося ефективним щодо зменшення вираженості депресивних розладів. Щодо когнітивного дефіциту, повного

відновлення порушених когнітивних функцій у хворих не відбулося, проте мало місце певне покращання когнітивного функціонування за даними MMSE, достовірне підвищення показників відстроченої пам'яті за методикою PALT лише в основній групі, що отримувала Мелітор.

Застосування Мелітору виявилося більш ефективним щодо зменшення тяжкості депресивних розладів у пацієнтів порівняно з використанням амітриптиліну. Крім того, вже через 2 тижні терапії у пацієнтів основної групи на тлі прийому Мелітору спостерігали достовірно більш виражене зменшення тривожності ($p < 0,05$) та покращання сну ($p < 0,01$), порівняно з контрольною групою. Застосування Мелітору було більш безпечним і краще переносилося хворими. Зважаючи на те, що антидепресивна терапія повинна бути призначена на тривалий термін, безпечність препарату та його добра переносимість є предиктором прихильності хворих до такої терапії при тривалому застосуванні. В даному аспекті Мелітор також продемонстрував безперечні переваги в порівнянні з амітриптиліном.

Таким чином, на нашу думку, з метою підвищення ефективності лікування когнітивного дефіциту у пацієнтів з судинними когнітивними порушеннями та проявами депресії на фоні хронічної недостатності мозкового кровообігу доцільним є застосування комплексної терапії, що включає антидепресанти в поєднанні з нейропротекторними препаратами.

Список літератури

1. Бачинська Н. Ю. Синдром умеренных когнитивных нарушений / Н. Ю. Бачинська // НейроNews. — 2010. — № 2/1. — С. 12—17.
2. Маляров С. А. Восстановление дневной активности и социального функционирования пациента с депрессией — новая цель терапии / Маляров С. А., Чабан О. С., Бабич П. Н. // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия. — 2010. — № 3(22). — С. 80—86.
3. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии : учебное пособие / [Л. И. Вансовская, В. К. Гайда, В. К. Гербачевский и др.]; под ред. А. А. Крылова. — Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1990. — 272 с.
4. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей / А. Б. Смулевич — М.: Мед. информ. агентство, 2001. — 256 с.
5. Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: Findings from the cardiovascular health study / [Barnes DE, Alexopoulos GS, Lopez OL. et al.] // Arch Gen Psychiatry. — 2006. — Vol. 63. — P. 273—279.
6. Distribution of depressive disorders in the elderly / [Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA.] // J. Neurosci Rural Pract. — 2010. — № 1. — P. 67—73.
7. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review / J. K. Djernes // Acta Psychiatr Scan. — 2006. — Vol. 113. — P. 372—87.
8. Folstein M. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical / Folstein M., Folstein S., McHugh P. R. // J Psychiatr Res. — 1975. — Vol. 12. — P. 189—198.
9. Depression, apolipoprotein E genotype, and the incidence of mild cognitive impairment: A prospective cohort study / [Geda YE, Knopman DS, Mrazek D. A., et al.] // Arch Neurol. — 2006. — Vol. 63. — P. 435—440.
10. Superior antidepressant efficacy results of agomelatine versus fluoxetine in severe MDD patients: a randomized, double-blind study / [Hale A., Corral R-M., Mencacci C., et al.] // Int Clin Psychopharmacol. — 2010. — Vol. 25. — P. 305—14.
11. Hamilton M. A rating scale for depression / M. Hamilton // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. —1960. — 23. — P. 56—62.
12. Hickie I. B. Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression / I. B. Hickie, N. L. Rogers // Lancet. — 2011. — Vol. 378. — P. 621—31.
13. Howland R. H. A Benefit-Risk Assessment of Agomelatine in the Treatment of Major Depression / R. H. Howland // Drug Saf. — 2011. — Vol. 34 (9). — P. 709—731.
14. Cognitive function and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature / [Huang CQ, Wang ZR, Li YH., et al.] // Int Psychogeriatr. 2010. — Vol. 12. — P. 1—10.
15. Efficacy of the Novel Antidepressant Agomelatine on the circadian rest-activity cycle and depressive and anxiety symptoms in patients with major depressive disorder: a randomized, double-blind comparison with sertraline / [Kasper S., Hajak G., Wulff K. et al.] // J Clin Psychiatry. — 2010. — Vol. 71(2). — P. 109—120.
16. Kasper S. Beyond the monoaminergic hypothesis: agomelatine, a new antidepressant with an innovative mechanism of action / S. Kasper, M. Hamon // World J Biol Psychiatry. — 2009. — Vol. 10. — P. 117—26.
17. A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR / [Kennedy SH, Rizvi S, Fulton K, Rasmussen J.] // J. Clin. Psychopharmacol. — 2008. — Vol. 28. — P. 329—33.
18. Association of Depressed Mood and Mortality in Older Adults With and Without Cognitive Impairment in a Prospective Naturalistic Study / [Lavretsky H., Zheng L., Weiner M. W. et al.] // Am J Psychiatry. — 2010. — Vol. 167(5). — P. 589—597.
19. Health-related quality of life in patients with subarachnoid haemorrhage / Meyer B., Ringel F., Winter Y., et al.] // Cerebrovasc Dis. 2010; 30: 423—31.
20. Middleton L. Promising strategies for the prevention of dementia / Middleton L, Kristine Yaffe K. // Arch Neurol. — 2009. — Vol. 66(10). — P. 1210—1215.
21. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis / [Ownby RL, Crocco E, Acevedo A., et al.] // Arch Gen Psychiatry. — 2006. — Vol. 63(5). — P. 530—538.
22. Parmenter B. A. The cognitive perfomance of patients with multiple sclerosis during periods of high and low fatigue / Parmenter B. A., Denney D. R., Lynch S. G. // Multiple Sclerosis. — 2003. — № 9. — P. 111—118.
23. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women / [Paul B., Rosenberg P. B., Mielke M. M., et al.] // Am J Geriatr Psychiatry. — 2010. — Vol. 18(3). — P. 204—211.
24. Rickards H. Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke / H. Rickards // J Neurol Neurosurg Psychiatry. — 2005. — 76:48—52.
25. Longitudinal study of the socioeconomic burden of Parkinson's disease in Germany / [Winter Y, Balzer-Geldsetzer M, Spottke A., et al.] // Eur J Neurol. — 2010. — Vol. 17. — P. 1156—63.
26. Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life / [Winter Y, Korchounov A, Zhukova T., et al.] // J Neurosci Rural Pract. — 2011. — № 2(1). — P 27—32.

Надійшла до редакції 13ю08.2012 р.

О. О. Копчак

Центральный госпиталь МВД Украины (г. Киев)

Эффективность применения антидепрессивной терапии в лечении пациентов с депрессивными и когнитивными расстройствами на фоне хронической недостаточности мозгового кровообращения

Ми изучали эффективность применения терапии с использованием антидепрессантов для лечения депрессивных расстройств и уменьшения выраженности сосудистых когнитивных нарушений у пациентов с хронической недостаточностью мозгового кровообращения. В исследование включили 80 пациентов среднего и пожилого возраста с когнитивными нарушениями и проявлениями депрессии, которых в зависимости от назначеннной антидепрессивной терапии разделили на две группы: основную (получали агомелатин) и контрольную (получали амитриптилин). Антидепрессивная терапия у пациентов обеих групп оказалась эффективной для уменьшения выраженности депрессивных расстройств, но не способствовала полному восстановлению нарушенных когнитивных функций пациентов. Применение агомелатина оказалось более безопасным и эффективным в отношении уменьшения тяжести депрессивных расстройств у пациентов по сравнению с амитриптилином.

Ключевые слова: антидепрессивная терапия, когнитивные нарушения, депрессивные расстройства.

O. O. Kopchak
Central hospital of MIA of Ukraine (Kyiv)

Efficacy of antidepressants in the treatment of patients with depressive and cognitive disorders and chronic cerebrovascular insufficiency

We elucidated the efficacy of antidepressants in the treatment of vascular cognitive impairment and depressive symptoms in patients with chronic cerebrovascular insufficiency. There were 80 patients with cognitive impairment and depressive symptoms enrolled in to the study. Depending on the treatment all the patients were divided into two groups: main (received agomelatine) and control (received amitriptyline). Therapy with antidepressants was effective for decreasing of depressive disorders in patients of both groups, but did not improve significantly their cognitive functions. Treatment with agomelatine was more safe and effective in decreasing of depressive symptoms severity in patients comparing with amitriptyline.

Key words: antidepressants, cognitive impairment, depressive symptoms.

УДК616.832-004.2-07

А. В. Морозова
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПАТТЕРН-РЕВЕРСИВНЫХ ПОЛИХРОМАТИЧЕСКИХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Сравнительную оценку параметров полихроматических зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) на реверсии шахматного паттерна проводили у 57 пациентов (40 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 45 лет (в среднем 29,3 ± 9,4 года) с достоверным рассеянным склерозом (РС) по критериям Мак-Дональда (2010)

Наши результаты подтверждают, что системные субклинические зрительные нарушения наблюдаются у всех больных с РС, даже без объективно регистрируемого ретробульбарного неврита зрительного нерва, снижение зрения и офтальмоскопических изменений.

Хроматические ЗВП являются индикатором, наиболее чувствительным в диагностике межполушарной и межокулярной асимметрии и свидетельствуют о высокой уязвимости хроматического визуального пути у больных РС.

Комбинированное исследование магно-, конио- и парвоцеллюлярного путей является более подходящим биомаркером для выявления селективных и тотальных нарушений ретино-стриарных, стриарно-экстрастиарных кортикальных связей и функции дорзального и вентрального интегративных потоков.

Ключевые слова: паттерн-реверсивные полихроматические зрительные вызванные потенциалы, рассеянный склероз

Рассеянный склероз (РС) — прогрессирующее заболевание со многими механизмами, влияющими последовательно или одновременно на патофизиологический процесс. Мультифокальное вовлечение белого и серого вещества, воспаление, демиелинизация/ремиелинизация, утрата аксонов и нейрональные потери, нейродегенерация и глиоз вносят вклад в сложную клиническую картину РС [1, 2]. Различные уровни и степень вовлечения ЦНС при этом заболевании у каждого пациента определяют наблюдаемую разнородность фенотипического проявления болезни, прогноз и терапию.

В настоящее время не существует абсолютного маркера, подтверждающего РС. Однако продолжаются поиски биомаркеров, способных выявить определенные патофизиологические и патоморфологические изменения во времени и пространстве, которые могут иметь значение для: 1) первичной диагностики и субкатегориальной стратификации РС; 2) определения стадии заболевания и выявления ранних и субклинический предикторов обострений; 3) выбора терапии и успешного терапевтического прогноза; 4) оценки новой терапии.

Зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) признаны как самая полезная модальность для обнаружения бессимптомных повреждений зрительного нерва и дисфункции зрительного пути у больных с РС в случае негативного или неубедительного МР-сканирования [1, 2, 4].

Рутинными методами оценки афферентного зрительного потока являются ахроматические (черно-белые) ЗВП на реверсию шахматного паттерна (РШП) [10, 13]. Этот паттерн имеет относительно низкую вариабельность конфигурации и пиковой латентности, как у отдельного субъекта, так и во всей нормальной популяции. Паттерн-реверсивные ЗВП состоят из пиков N75, P100 и N135. Длительность прохождения сигнала (время ожидания/латентность) обычно составляет около 100 миллисекунд и названо — P100. Пиковая латентность P100 имеет относительно малую интериндивидуальную вариабельность и минимальное межокулярное различие. Амплитуда P100 также имеет низкое межокулярное различие, но значительно большую интериндивидуальную вариабельность. На латентность P100 влияют такие, не являющиеся патологическими, параметры как размер и контраст паттерна, средняя яркость паттерна, нарушение рефракции, плохая фиксация, миоз или мидриаз [8, 10].

Многие исследования показывают, что ЗВП служат более чувствительным и прямым индикатором демиелинизации, чем клинические симптомы и могут быть маркером подтверждающим наличие симптомов в прошлом или молчащих зон поражения [1, 2, 14]. Так 85 % людей с достоверным РС и 58 % людей с вероятным РС имеют девиантные ЗВП [1, 10].

Традиционно используемый черно-белый РШП стимулирует распространение зрительного потока только по магноцеллюлярному пути (МП), который чувствителен к изменению контраста, контрастным границам и движению. МП является одним из трех афферентных путей. Он обеспечивает ахроматическое (скотопическое) зрение, при котором оптические ощущения связаны с палочками сетчатки [13].

Два других пути обеспечивают фотопическое (цветовое зрение) и связаны с колбочками. Сетчатая оболочка содержит три класса колбочек (L, M и S), которые отвечают за длинную, среднюю и короткую длину волны видимого спектра, соответственно. Разница в сигналах, получаемых от трех типов колбочек, позволяет мозгу замечать все возможные цвета, через оппонентный процесс цветного виденья. Перцепционные исследования

© Морозова А. В., 2012

идентифицировали невральные пути, которые представляют цвет и светоощущение [6, 15, 16].

Парвоцеллюлярный путь (ПП) связан с оппонирующими сигналами между L- и M-колбочками сетчатки и обеспечивает «красно-зеленый» хроматический спектр [8, 12, 14].

Кониоцеллюлярный путь (КП) связан с S-колбочками, которые отвечают за короткую длину волны видимого «синего» спектра. Разница ответных сигналов между S-колбочками и суммой L- и M- ответов обеспечивает «желто-синий» спектр. КП также оказывает стимулирующее воздействие на все слои зрительной коры и поддерживает визуальное поведение [5, 7].

Светоощущение определяет сигнал суммы L- и M-ответа, который передается преимущественно по магноцеллюлярному пути [5, 6].

Анатомо-функциональная характеристика трех основных невральных путей представлена в табл. 1.

Таблица 1

Анатомо-функциональная характеристика трех параллельных невральных путей от сетчатки до стриарной и экстрастриарной зрительной коры

Тип зрительного пути/ Источник в сетчатке	Размер клеток в ЛКТ	Распространение		Зрительная корковая зона: вид информации	Ответ / Пространственное разрешение
		Контр-латеральная сетчатка	Ипсилате-ральная сетчатка		
Магноцеллюлярный путь (МП) / Палочки — располагаются по периферии сетчатки вне центральной ямки	Крупные клетки	ЛКТ — I слой	ЛКТ — II слой	**Скотопическое (ахроматическое) зрение** = L + M V1: IVCa, IVB — восприятие движения, яркости и контраста; V2: только светимость; V3: движение, ориентация, глубина; V5: сигналы движения, связь с движением глаз **Дорсальный поток** (движение) «ГДЕ?»	Быстрый / Низкая острота, высокая чувствительность
Парвоцеллюлярный путь (ПП)/ L-, M-колбочки сконцентрированы в основном в центральной ямке	Мелкие клетки	ЛКТ — IV и VI слои	ЛКТ — III и V слои	**Хроматическое зрение** с длинной и средней длинной волны видимого «красно-зеленого» спектра = L – M V1: IVCb, IVA; слои II и III: хроматический «красно-зеленый», светимость, ориентация; V2: различие цвета и светимость; V4: цвет, пространственная частота, ориентация и объектные особенности формы; V5: глобальная перцепция, интеграция сигналов движения и руководство к движению глаз Н**ижневисочная извилина:** вентральный поток (форма и цвет, движение «ЧТО?»)	Медленный/ Высокая острота, низкая чувствительность
Кониоцеллюлярный путь (КП) / S-колбочки — беспорядочная локализация	Очень мелкие клетки	ЛКТ — вентрально I и IV слои	ЛКТ — вентрально II и III слои	**Хроматическое зрение** с короткой длинной волны видимого «синего» цвета = L + M – S V1: II и III слои хроматический (сине-желтый спектр); V2: различие цвета и светимость; V4: цвет, пространственная частота, ориентация и объектные особенности формы; V5: глобальная перцепция, интеграция сигналов движения и руководство к движению глаз **Нижневисочная извилина:** форма, цвет и движение (вентральный поток «ЧТО?») **Стимулирующее воздействие на все слои зрительной коры, поддержка визуального поведения**	Медленней МП, но быстрее ПП

ЛКТ — латеральное коленчатое тело; **V1** — стриарная зрительная кора; **V2**, **V3**, **V4** и **V5** — экстрастриарная зрительная кора

Дальнейшая нервная передача осуществляется вдоль аксонов ганглиозных клеток, по зрительному нерву, зрительной хиазме и зрительному тракт к латеральному коленчатому телу (ЛКТ). ЛКТ состоит из двух магноцеллюлярных слоев, четырех парвоцеллюлярных слоев и расположенных между ними кониоцеллюлярных (интерламинарных) слоев. Аксоны большинства клеток коленчатого тела из одноименных путей формируют зрительную лучистость в перивентрикулярном белом веществе, по которой сигнал передается в зрительную кору.

К зрительной коре относится первичная, так называемая **стриарная кора** или V1 (17 поле по Бродману) и **экстрастриарные корковые зрительные области**, такие как **V2**, **V3**, **V4** (18 и 19 поля по Бродману) — в затылочной доле и **V5** — в средней височной извилине. Экстрастриарная кора содержит большой ряд функционально связанных визуальных областей, которые специализируются для анализа и категоризации особенностей различного стимула, как например цвет, форма и движение [3, 8] и формируют два визуальных обрабатывающих потока, направленных в интегративные зрительные зоны затылочно-теменной и затылочно-височной долей головного мозга. Дорзальный поток проецируется в теменную долю, которая вовлекается в пространственное восприятие и зрительномоторное выполнение (поток «ГДЕ?»); и вентральный поток проецируется в височную долю, которая вовлекается в определение объектных особенностей формы, цвета, расположения (поток «ЧТО?») [4].

Проведенное функциональное магнитное резонансное исследование (fMPИ) ответов человеческого мозга к большому ряду цветов свидетельствует, что цветовые сигналы, релевантные для восприятия, кодируются в большой популяции нейронов визуальной корковой

области V1 и V2. У человека с нормальной функцией зрения самые сильные ответы соответствуют равноярким красно-зеленым и желто-зелеными цветовым стимулам [12]. Центральная ямка более чувствительна к желто-зеленому спектру, чем к другим цветам, так как стимулируются практически одинаково два основных (M и L) из трех видов колбочек, и малочувствительна к синей [5].

Известно, что ранние ответы равноконтрастных ЗВП экспонируют характерные потенциалы. Компонент № 1 больше отражает парвоцеллюлярный процесс, компонент P1 связан с магноцеллюлярными путями [6].

Любое повреждение сетчатой оболочки и белого вещества на всем протяжении зрительного пути будет замедлять или прерывать сигнал, нарушая светоощущение, распознавание объектов, цветовое зрение, восприятие движения и стереоскопическое восприятие глубины.

Из вышеизложенного следует, что модификация параметров стимула (изменение цветов РШП) позволит выявить нарушения скорости афферентного потока на визуальные события не только ахроматического магноцеллюлярного пути, но и хроматических парво- и кониоцеллюлярных путей.

Таким образом, анализ полихроматических ЗВП на РШП представляет научный и практический интерес, так как может дать важную информацию относительно функциональной целостности зрительной системы и увеличит частоту обнаружения зрительных нарушений.

Цель исследования: провести сравнительную оценку параметров полихроматических ЗВП на реверсию шахматного паттерна и выявить вовлечение визуальных подсистем у больных с достоверным РС.

Комплексное клиническое и инструментальное обследование проведено на клинической базе Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького в 2009—2012 гг. Под наблюдением находились 57 пациентов (40 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 45 лет (в среднем 29,3 ± 9,4 года) с достоверным РС по критериям Мак-Дональда (2010) [11]. Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкале EDSS [9]. Когорте пациентов с РС и контрольной группе проведено нейроофтальмологическое обследование: определение остроты зрения, офтальмоскопия, исследование хроматического зрения при помощи «псевдоизохроматических таблиц» Исихары. Контрольная группа состояла из 50 здоровых людей.

Методика проведения паттерн-реверсивных ЗВП осуществлялись в соответствии с международными критериями «ISCEV standard for clinical visual evoked potentials», 2009 [10].

Регистрацию и обработку сигналов ЗВП проводили каждые 3 месяца с помощью 16-канального компьютерного диагностического комплекса «Эксперт» (Tredex) Украина ТРКО.31940081.001 — 2006 РЭ. Активные электроды O1, O2, Oz; референтный — Fpz (система 10/20). Ахроматический черно-белый (Ч-Б) РШП, хроматические красно-зеленый (К-З) и красно-синий (К-С) РШП предъявлялись монокулярно. Частота реверсии — 1/с ± 10 %. Полный цикл двух реверсий — 1 Hz. Угловой размер ячейки — 0,5° (30 угловых минут). Яркость — 50 кд/м^2. Контраст — 90 %. Число усреднений — 100. Эпоха анализа — 1000 мс. Анализировали межпиковую латентность и амплитуду компонентов N75- P100- N135.

МР-визуализацию головного и спинного мозга с внутривенным введением контрастного вещества (гадовист) и ангиографией проводили 1 раз в 6 мес. на аппарате Gyroscan Intera T10 (Голландия).

Для оценки достоверности и значимости различий между группами и паттерн-реверсивными стимулами использовали *t*-критерий Стьюдента и критерий хи-квадрат (χ^2) с поправкой Йейтса на непрерывность (статистический пакет Matlab R2007b).

По течению заболевания больные распределялись следующим образом: ремиттирующе-рецидивирующий тип течения РС (РРРС) — 41 (71 %), вторично-прогрессирующий тип РС (ВПРС) — у 12 (21 %) и первично-прогрессирующий тип РС (ППРС) наблюдался у 4 (7 %) пациентов. Длительность болезни при РРРС в среднем составила 7,4 ± 5,6 лет, ВПРС — 13,4 ± 7,3 и ППРС — 9 ± 4,31 лет.

Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале EDSS: от 0 до 1,5 баллов — 5 % (3 чел.); от 2 до 3,5 баллов — 51 % (29 чел.); от 4 до 5 баллов — 44 % (25 чел.).

Зрительные нарушения в процессе наблюдения зарегистрированы у 35 (61 %) из 57 больных, в том числе в дебюте заболевания у 29 (50 %) больных. У 4 (7 %) пациентов этот симптом был единственным проявлением клинически изолированного синдрома (КИС).

Субъективные ощущения у 33 (58 %) пациентов выражались в жалобах на нарушение зрения: монокулярно на правый глаз — 3 (5 %) чел., на левый — 15 (23 %) чел.; на оба глаза — 15 (23 %) чел. Диплопия отмечалась у 10 (18 %), а фотопсии — у 6 (11 %) больных.

Ретробульбарный неврит был диагностирован у 15 (29 %) пациентов.

Офтальмоскопия в 6 (11 %) случаях выявила декорацию височной половины диска зрительного нерва. Частичная атрофия зрительного нерва диагностирована у 2 (4 %) пациентов.

Миопия отмечалась у 5 (9 %) больных. Нарушений цветового зрения у больных РС выявлено не было.

При неврологическом осмотре нистагм был зарегистрирован у 42 (74 %), анизокория — у 4 (7 %), слабость конвергенции — у 21 (37 %), слабость отведения — у 6 (11 %), задний межъядерный офтальмопарез — у 34 (60 %) больных.

Наряду со зрительными и глазодвигательными нарушениями зафиксированы: прозопарез — 7 (12 %), дизартрия — 3 (5 %), вестибулопатия — 7 (12 %), атаксия — 16 (28 %), нарушение чувствительности — 39 (68 %), эпизоды слабости и онемение в конечностях — 18 (32 %), гемипарез — 6 (11 %), нижний парапарез — 9 (14 %). Жалобы на снижение памяти и нарушение концентрации внимания предъявляли 9 (15 %) человек.

По данным МР-сканирования доминировало вовлечение перивентрикулярных областей мозга (75 %), признаки корковой атрофии (54 %) и вентрикулодилатация (18 %). Юкстокортикальную локализацию очагов визуализировали в 15,4 %, из них в лобной доле — 5,7 %, теменной — 4,4 %, затылочной — 3,6 % и височной — 1,7 %.

Дизайн паттерн-реверсивных стимулов был подобран так, чтобы инициировать отдельные функциональные потоки в визуальной системе, описанные как МП, ПП и КП, а также активировать одновременно парво- и кониоцелюллярные пути.

Основные компоненты ахроматического и равноярких хроматических реверсивных паттернов в группе контроля экспонировали среднюю латентность N75 — 68,5 ± 5,3 мс; P100 — 97,5 ± 5,4 мс; N135 — 133,8 ± 5,4 мс и амплитуду N75 — P100 — 9,7 ± 2,8 мВ; P100 — N135 — 9,8 ± 2,7 мВ. Анализ не выявил достоверных различий

в форме волны и межпиковой латентности между парвоцеллюлярным красно-зеленым (К-З), кониоцеллюлярным желто-синим (Ж-С) РШП и магноцеллюлярным черно-белым (Ч-Б) РШП. Сигнал ЗВП на РШП в норме с идентификацией основных компонентов ответа показан на рис. 1.

Предъявление красно-синего (К-С) РШП контрольной группе также не изменило регистрируемую форму сигнала, но показало некоторое снижение амплитуды N75 — P100 — 8,4 ± 2,3 мВ; P100 — N135 — 8,6 ± 2,2 мВ и удлинение латентностей N75 — 73,6 ± 3,2 мс; P100 — 102,3 ± 2,4 мс; N135 — 139,7 ± 3,2 мс в сравнении с равнояркими хроматическими и ахроматическим паттернами. Однако эти параметры не превышали допустимых сигмальных отклонений. Параметры основных компонент ЗВП и их отклонения представлены в табл. 2.

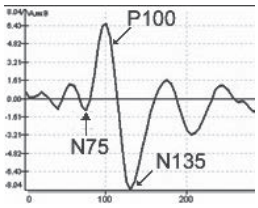


Рис. 1. **Нормальный сигнал паттерн-реверсивного ЗВП**

В сравнении с контрольной группой в процессе наблюдения у всех больных РС при стимуляции полихроматическими паттерн-реверсивными стимулами были отмечены как селективные, так и тотальные варианты нарушений визуальных подсистем с достоверностью ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблица 2

Параметры ЗВП на ахроматический черно-белый, хроматические (красно-зеленый, сине-желтый и красно-синий) РШП у больных РС в сравнении с группой контроля. Острота зрения 0,8—1,0 с коррекцией, нарушений цветового зрения нет

Предъявляемый паттерн	Стимулируемый глаз	O1					O2				
		Латентность, мс ($M \pm m$)			Амплитуда, мкВ ($M \pm m$)		Латентность, мс ($M \pm m$)			Амплитуда, мкВ ($M \pm m$)	
		N75	P100	N135	N75-P100	P100-N135	N75	P100	N135	N75-P100	P100-N135
Здоровые, $N = 50$											
Ахроматический РШП		63,6 ± 5,5	94,4 ± 5,6	132,7 ± 6,5	9,5 ± 2,6	9,8 ± 2,1	65,6 ± 5,1	96,5 ± 4,9	133,9 ± 5,1	9,6 ± 2,8	10,1 ± 2,3
Хроматический РШП		73,2 ± 2,9	102,6 ± 2,3	139,64 ± 3,1	8,4 ± 2,6	8,7 ± 2,1	72,4 ± 3,1	102,1 ± 2,9	138,9 ± 3,4	8,5 ± 2,8	8,8 ± 2,3
Больные РС, $N = 57$ ($p < 0,01$)											
Ахроматический РШП	правый	75,0 ± 5,5	112,6 ± 8,9	161,0 ± 11,1	6,4 ± 1,6	5,9 ± 1,3	75,8 ± 5,1	112,8 ± 8,7	160,9 ± 11,0	6,1 ± 1,2	6,3 ± 1,1
	левый	82,1 ± 5,8	125,5 ± 10,6	179,3 ± 13,9	6,1 ± 1,2	7,0 ± 1,7	79,7 ± 6,3	119,8 ± 10,2	170,3 ± 12,8	5,2 ± 1,4	6,6 ± 1,8
Красно-зеленый РШП	правый	75,5 ± 6,0	114,3 ± 8,0	166,4 ± 11,1	3,6 ± 0,9	5,8 ± 1,2	77,4 ± 5,9	115,7 ± 8,8	168,4 ± 10,1	4,0 ± 0,8	7,1 ± 1,6
	левый	82,4 ± 5,6	124,7 ± 8,5	181,4 ± 10,6	3,7 ± 0,8	5,6 ± 1,7	79,3 ± 5,7	119,1 ± 8,8	172,6 ± 10,4	3,9 ± 0,7	5,9 ± 1,6
Красно-синий РШП	правый	80,2 ± 5,8	119,5 ± 9,9	162,1 ± 12,2	3,7 ± 0,9	5,6 ± 1,6	78,3 ± 6,0	117,1 ± 7,9	162,2 ± 9,8	5,8 ± 0,9	8,1 ± 1,4
	левый	83,1 ± 5,0	128,8 ± 9,3	182,4 ± 14,3	5,0 ± 0,8	6,7 ± 1,8	83,1 ± 5,5	121,0 ± 7,6	168,3 ± 11,2	4,1 ± 0,9	6,4 ± 1,8

Таблица 3

Девиация параметров ЗВП у больных РС

$N = 57$ чел.	Стимулируемый глаз	Всего девиаций: в % (число случаев)	O1			O2			Межполушарная асимметрия в % (число случаев)	Межполушарная асимметрия пика в % (число случаев)			Межокулярная асимметрия в % (число случаев)
			Удлинение латентности пика в % (число случаев)										
			N75	P100	N135	N75	P100	N135		N75	P100	N135	
Ахроматический реверсивный шахматный паттерн	правый	85,9 (49)	29,8 (17)	84,2 (48)	63,2 (36)	29,8 (17)	77,2 (44)	77,2 (44)	52,6 (30)	40,4 (23)	26,3 (15)	47,4 (27)	59,6 (34)
	левый		52,6 (30)	84,2 (48)	73,7 (42)	43,9 (25)	73,7 (42)	77,2 (44)	66,7 (38)	43,9 (25)	52,6 (30)	66,7 (38)	
Хроматический реверсивный шахматный паттерн (красно-зеленый)	правый	96,6 (55)	40,4 (23)	73,7 (42)	84,2 (48)	40,4 (23)	84,2 (48)	89,5 (51)	59,6 (34)	36,8 (21)	43,9 (25)	43,9 (25)	66,7 (38)
	левый		66,7 (38)	89,5 (51)	89,5 (51)	59,6 (34)	86,0 (49)	89,5 (51)	63,2 (36)	29,8 (17)	43,9 (25)	47,4 (27)	
Хроматический реверсивный шахматный паттерн (красно-синий)	правый	85,9 (49)	52,6 (30)	70,2 (40)	63,2 (36)	47,4 (27)	80,7 (46)	59,6 (34)	80,7 (46)	70,2 (40)	50,9 (29)	66,7 (38)	66,7 (38)
	левый		59,6 (34)	84,2 (48)	80,7 (46)	59,6 (34)	86,0 (49)	63,2 (36)	66,7 (38)	50,9 (29)	47,4 (27)	56,1 (32)	

Сравнительный анализ ранних компонентов показал достоверное превалирование (χ^2 — 6,1; $p < 0,05$) для К-С и (χ^2 — 4,1; $p < 0,05$) для К-З хроматических паттернов, что подтверждает чувствительность параметра N75 к цветовой стимуляции с вовлечением конио- и парвоцеллюлярных потоков [7, 13]. Коэффициент сопряженности изменений пиков Р100 был сравним с К-З (χ^2 — 0,2; $p > 0,05$) и К-С (χ^2 — 0,1; $p > 0,05$) паттернами. Удлинение позднего компонента N135 Ч-Б РШП было также сопоставимо с К-З (χ^2 — 3,34; $p > 0,05$) и К-С (χ2 — 0,6; $p > 0,05$) паттерна ми. Однако встречалось реже, в сравнении с К-З РШП, но чаще, чем К-С РШП.

Девиация показателей ахроматического РШП отмечалась у 49 чел (85,9 %) из 57 обследованных. При монокулярной стимуляции обоих глаз в 37 (64,9 %) случаях правого глаза — 4 (7,1 %), левого глаза — 8 (14,2 %).

Полученные данные свидетельствуют о двустороннем повреждении афферентного ретино-стриарного светового магноцеллюлярного потока (χ^2 — 12,7; $p < 0,01$) и вовлечении преимущественно дорзального интегративного пути.

Девиации хроматического К-С РШП были зарегистрированы также у 49 (85,9 %) больных. Предъявляемый стимул позволил диагностировать сочетанное двустороннее вовлечение в патологический процесс парво- и кониоцеллюлярного пути в 43 (75,4 %) случаев (χ^2 — 27,9; $p < 0,01$); правого глаза — в 4 (7,1 %), левого — в 2 (3,5 %) случаях. Удлинение латентности ранних компонентов N75 достоверно превалировало в сравнении с Ч-Б РШП (χ^2 — 6,1; $p < 0,05$). Девиация N75 на стимуляцию К-С РШП была сопоставима с К-З стимуляцией, однако встречалась чаще. Удлинение латентности N135 регистрировалось реже, в сравнении с К-З паттерном (χ^2 — 6,8; $p < 0,01$) и было сравнимо с Ч-Б РШП (рис. 2).

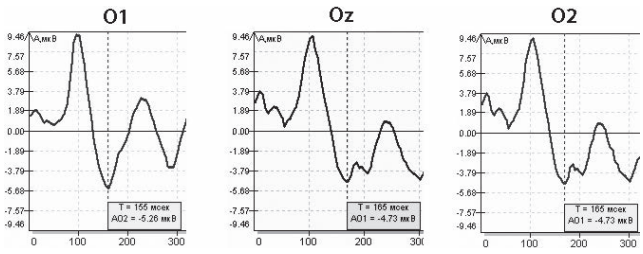


Рис. 2. **Удлинение N135 на реверсию хроматического (красно-синего) шахматного паттерн без признаков межокулярной и межполушарной асимметрии.** Данные свидетельствуют о нарушении афферентрого потока по парво- и кониоцеллюлярному путям ретрохиазмально у больного с клинически изолированным синдромом

Стимуляция равноярким К-З РШП показала селективное повреждение парвоцеллюлярного пути в 55 (96,5 %). При стимуляции обоих глаз — 51 (89,5 %), правого и левого глаза — по два случая (3,3 %). Частота регистрируемых девиаций параметра N75 была сопоставима с К-С паттерном (χ^2 — 0,2; $p > 0,05$), но достоверно превышала ахроматическую стимуляцию (χ^2 — 4,1; $p < 0,05$). Частота девиаций пика Р100 была сопоставима с другими паттерн-реверсивными стимулами. Частота девиаций пика N135 при стимуляции К-З РШП превалировала над К-С (χ^2 — 6,8; $p < 0,01$), однако была сравнима с ахроматическим паттерном (χ^2 — 3,3; $p > 0,05$).

Наиболее высокая двусторонняя ранимость ПП (χ^2 — 40,1; $p < 0,01$), по-видимому обусловлена топической локализацией и функциональной особенностью фовеокортикальных путей.

Межполушарная асимметрия достоверно чаще выявлялась при стимуляции КП, в сравнении с ПП (χ^2 — 9,1; $p < 0,01$) и МП (χ^2 — 3,9; $p < 0,05$) (*см.* табл. 3). Показатели при стимуляции ПП и МП были сопоставимы (χ^2 — 1,1; $p > 0,05$) (рис. 3).

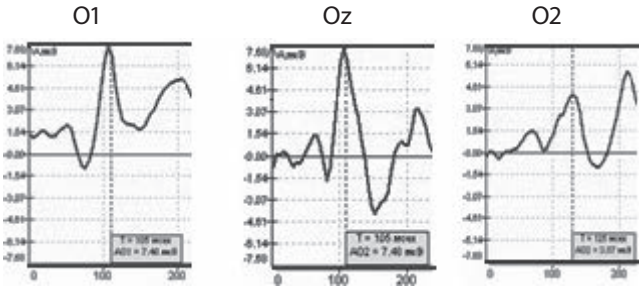


Рис. 3. **Межполушарная асимметрия на реверсию хроматического (красно-зеленого) шахматного паттерна. без признаков межокулярной асимметрии. Данные свидетельствуют о нарушении афферентного потока по парвоцеллюлярному пути ретрохиазмально**

В отличие от МП функция конио- и парвоцеллюлярных потоков заключается не только в дифференциации цветового спектра, пространственной ориентации, объектных особенностей формы, но также в глобальной перцепции, интеграции сигналов движения, руководстве к движению глаз, формированию вентрального потока в нижневисочную извилину. КП в свою очередь оказывает стимулирующее воздействие на все слои зрительной коры и поддерживает визуальное поведение.

Таким образом, анатомо-физиологическая характеристика магно-, парво- и кониоцеллюлярного потоков (*см.* табл. 1), индуцированное стимулирование ретинокортикальных потоков, выявляющих различные нарушения кортико-кортикальных связей между стриарной корой, экстрастриарными визуальными ассоциативными структурами и височно-парието-окципитальными интегративными зрительными областями, подчеркивают их высокую значимость в диагностике распространения процесса при РС.

Регистрируемые с помощью ЗВП односторонние прехиазмальные нарушения у 15 человек (29 %) сочетались с ипсилатеральным невритом оптического нерва (рис. 4).

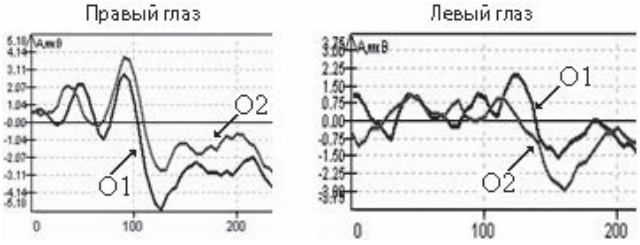


Рис. 4. **Межокулярная асимметрия на реверсию ахроматического и хроматического шахматных паттернов без признаков межполушарной асимметрии. Данные свидетельствуют о прехиазмальном нарушении афферентного потока у больного с оптическим невритом слева**

Частичная атрофия и деколорация височной половины диска зрительного нерва во всех

случаях сопровождалась соответствующим нарушением ахроматического и цветового афферентного потоков, девиацией всех показателей ЗВП. У больных с клинически регистрируемыми визуальными нарушениями чувствительность хроматического РШП была сопоставимой (χ^2 — 1,07; $p > 0,05$) с ахроматическим РШП. По-видимому, утрату ганглиозных клеток сетчатки, получающих сигналы от палочек и трех видов колбочек, можно рассматривать, как следствие ретроградного аксонального вырождения, которое в этих случаях приводит к тотальному визуальному дефициту.

Двусторонняя девиация параметров ЗВП на стимуляцию всеми паттернами обоих глаз наблюдалась у 34 человек (56,7 %), из них только в 19 (68,4 %) случаях (χ^2 — 4,2; $p < 0,05$) больные отмечали ухудшение зрения. Эти данные свидетельствует об асимптомном двустороннем дефиците визуальной функции и отражают субклиническое вовлечение в демиелинизирующий процесс не только другого зрительного нерва, но и соответствующих визуальных потоков.

В сравнении с ахроматическим РШП, в отсутствие зрительных расстройств, при использовании хроматических паттерн-реверсивных потенциалов достоверно чаще выявлялась межполушарная (χ^2 — 6,1; $p < 0,05$) асимметрия (рис. 5). Уязвимость специфических путей, также нашла достоверное ($p < 0,05$) отражении в снижение межпиковой амплитуды у больных.

Таким образом, использование полихроматических паттерн-реверсивных стимулов, чувствительных в определении нарушений трех параллельных афферентных подсистем, позволило обнаружить наличие визуальных дефектов при исследовании «интактного» глаза, о которых больные не подозревали, и которые не выявлялись при клинических офтальмологических исследованиях.

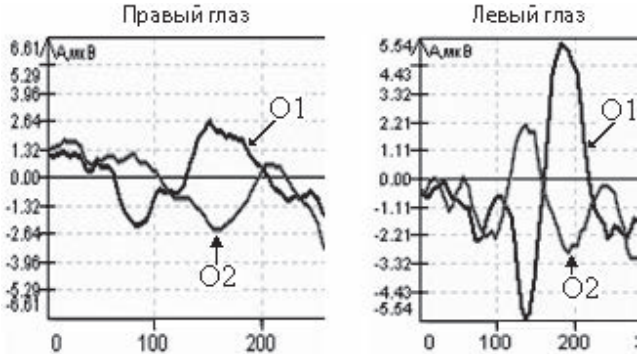


Рис. 5. **Межокулярная и межполушарная асимметрия на реверсию ахроматического шахматного паттерна. Данные свидетельствуют о пре- и постхиазмальном нарушении афферентного потока по магноцеллюлярному пути у больного с РС, который дебютировал с оптического неврита справа**

Пациенты с клинически достоверным РС, у которых регистрировались содружественные зрительные нарушения на реверсию шахматного паттерна, имели большую вероятность прогрессирования или наличие изменений в перивентрикулярном белом веществе и/или проекции корковой зрительной зоны при МР-визуализации, что впоследствии было подтверждено дополнительным исследованием с контрастом.

Наши результаты подтверждают, что системные субклинические зрительные нарушения наблюдаются у всех больных с РС, даже без объективно регистрируемого ретробульбарного неврита зрительного нерва, снижения зрения и офтальмоскопических изменений.

Хроматические ЗВП являются индикатором, наиболее чувствительным в диагностике межполушарной и межокулярной асимметрии, и свидетельствуют о высокой уязвимости хроматического визуального пути у больных РС.

Комбинированное исследование МП, КП и ПП выявляет клинически скрытое вовлечение специфических зрительных путей, является наиболее подходящим биомаркером для обнаружения селективных и тотальных нарушений ретино-стриарных, стриарно-экстрастиарных кортикальных связей и функции дорзального и вентрального интегративных потоков.

Список литературы

1. Вызванные потенциалы в диагностике рассеянного склероза / [Гнездицкий В. В., Корепина О. С., Байдина Е. В., Переседова А. В.] В кн.: Гусев Е. И., Завалишин И. А., Бойко А. Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. — М.: Миклош, 2004. — С. 344—356.

2. Вызванные потенциалы / [Омеляненко А. А., Морозова Т. М., Трибрат А. А., Москаленко М. А.] В руководстве для врачей: Евтушенко С. К., Москаленко М. А. Рассеянный склероз у детей (клиника, диагностика, лечение). — Киев, 2009. — С. 120—133.

3. B. Wandell., A. A. Brewer, R. F. Dougherty. Visual Field Map Clusters in Human Cortex // Phil. Trans. of the Royal Society London. — 2005. — V. 360. — P. 693—707

4. The topography of visual evoked response properties across the visual field / [Baseler H. A., Sutter E. E., Klein S. A., Carney T.] // Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. — 1994. — V. 90. — P. 65—81.

5. Engel S. Colour tuning in human visual cortex measured with functional magnetic resonance imaging / Engel S., Zhang X. M., Wandell B. // Nature. — 1997. — V. 388. — P. 68—71.

6. From spatial frequency contrast to edge preponderance: the differential modulation of early visual evoked potentials by natural scene stimuli / [Hansen B. C., Jacques T., Johnson A. P., Ellemberg D.] // Visual Neuroscience. — 2011. — V. 28. — P. 221—237.

7. Hendry S. H. The koniocellular pathway in primate vision / S. H. Hendry, R. C. Reid // Annu. Rev. Neurosci. — 2000. — V. 23. — P. 127—53.

8. Kidd D. P. Neuro-ophthalmology / Kidd D. P., Newman N. J., Biousse V. In: Blue books of neurology series. — 1st ed. — 2008. —375 p.

9. Kurtzke J. F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) / J. F. Kurtzke // Neurology. — 1983. — V. 33 (11). — P. 1444—52.

10. ISCEV standard for clinical visual evoked potentials (2009 update) / [Odom J. V., Bach M., Brigell M. et al.] // Documenta Ophthalmologica. — 2010. — V. 120. — Number 1. — P. 111—119.

11. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria / [Polman C. H., Reingold S. C., Banwell B. et al.] // Annals of Neurology. — 2011. — V. 69 (2). — P. 292—302.

12. Porciatti V. Normative data for onset VEPs to red-green and blue-yellow chromatic contrast / V. Porciatti, F. Sartucc // Clin. Neurophysiol. — 1999. — V. 110. — P. 772—781

13. Porciatti V. Retinal and cortical evoked responses to chromatic contrast stimuli. Specific losses in both eyes of patients with multiple sclerosis and unilateral optic neuritis / V. Porciatti, F. Sartucci // Brain. — 1996. — V. 119. — P. 723—740.

14. Equiluminant red-green and blue-yellow VEPs in multiple sclerosis / [Sartucci F., Murri L., Orsini C., Porciatti V.] // J. Clin. Neurophysiol. — 2001. — V. 18(6)-P. 583—91.

15. Blindsight depends on the lateral geniculate nucleus / [Schmid M. C., Mrowka S. W., Turchi J. et al.] //Nature. — 2010. — V. 466. — P. 373—377.

16. Warner C. E. Retinal afferents synapse with relay cells targeting the middle temporal area in the pulvinar and lateral geniculate nuclei» / Warner C. E., Goldshmit Y., Bourne J. A. // Journal of Comparative Neurology. — 2010. — V. 518 — P. 4439—4462.

Надійшла до редакції 19.06.2012 р.

Г. В. Морозова
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького (м. Донецьк)

Діагностична значимість патерн-реверсивних поліхроматичних зорових викликаних потенціалів у хворих на розсіяний склероз

Порівняльну оцінку параметрів поліхроматичних зорових викликаних потенціалів (ЗВП) на реверсію шахового патерну проводили у 57 пацієнтів (40 жінок і 17 чоловіків) віком від 18 до 45 років (в середньому 29,3 ± 9,4 року) з достовірним розсіяним склерозом (РС) за критеріями Мак-Дональда (2010).

Наші результати підтверджують, що системні субклінічні зорові порушення спостерігаються у всіх хворих з РС, навіть без об'єктивно реєстрованого ретробульбарного неврита зорового нерва, зниження зору і офтальмоскопічних змін.

Хроматичні ЗВП є індикатором, найбільш чутливим у діагностиці межполушарной і межокулярной асиметрії і свідчать про високу вразливість хроматичного візуального шляху у хворих на РС.

Комбіноване дослідження магно-, коніо- и парвоцелюлярних путей є найбільш придатним біомаркером для виявлення селективних і тотальних порушень ретино-стріарних, стріарно-екстрастіарних кортикальних зв'язків та функції дорзального і вентрального інтегративних потоків.

G. V. Morozova
M. Gorky Donets'k National Medical University

Diagnostic significance of pattern-reversing polychromatic visual evoked potentials in multiple sclerosis patients

Comparative evaluation of the parameters of polychromatic visual evoked potentials (VEP) to checkerboard pattern reversal was carried out in 57 patients (40 women and 17 men) from 18 to 45 years (average age 29.3 ± 9.4 years) with definite multiple sclerosis (MS) by McDonald criteria (2010).

Our results confirm that systemic subclinical visual impairment observed in all patients with MS, even without objectively recorded retrobulbar optic neuritis, reduced vision and ophthalmoscopic changes.

Chromatic VEP are an indicator, the most sensitive in the diagnosis of interhemispheric asymmetry and interocularys and testify to the high vulnerability of the chromatic visual way for people with MS.

A combined study of the MW, CW and PW is more suitable biomarker for the detection of selective and total violations retinostriatal, striate-cortical connections and features dorsal and ventral streams integrative.

УДК 616.853-053.2:577.11

Е. Ю. Пилипец, *мл. науч. сотрудник отдела детской психоневрологии и клинической нейрогенетики*
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

СОСТОЯНИЕ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

Методом атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой проведено определение содержания макроэлементов: Na, K, Ca, Mg, P и микроэлементов: Al, Cu, Fe, Mn, Si, Zn в образцах волос 162 детей в возрасте от 2 до 17 лет с разными типами эпилептических припадков в сравнении с практически здоровыми детьми (60 человек). Установлено, что каждая подгруппа детей, сформированная по типу припадков, имеет характерные значимые отличия, как по отношению к общей группе пациентов, так и по отношению к другим подгруппам. Установлены наиболее существенные отличия между группой детей с абсансами и всеми остальными в виде достоверно повышенного уровня Al, Ca, Fe и снижения K. Подгруппы пациентов с синдромами Веста и Леннокса — Гасто и с миоклоническими припадками характеризуются достоверным снижением относительно всех других подгрупп содержания Ca, Mg, Mn, P и Zn.

Ключевые слова: дети, эпилептические припадки, макроэлементы, микроэлементы.

Эпилепсии относят к наиболее распространенным заболеваниям центральной нервной системы, около 1 % общей популяции страдает данной патологией [1].

Эпилепсии детского возраста имеют ряд существенных особенностей, так именно у детей диагностируются формы заболевания с заведомо благоприятным прогнозом (ряд генерализованных и фокальных идиопатических форм) и заведомо резистентные к терапии, тяжелые варианты (синдромы Веста и Леннокса — Гасто, тяжелые формы миоклонических эпилепсий).

Особую проблему заболевание эпилепсией в детском возрасте представляет с точки зрения возникновения хронической патологии ЦНС в развивающемся, незрелом организме, что влечет за собой личностные и когнитивные нарушения, связанные с самим патологическим процессом и с применяемыми методами терапии [2].

Важным направлением исследования особенностей состояния организма при патологии является анализ его макро- и микроэлементного обмена [3, 4]. Установлена значимая роль ряда элементов в сотнях ферментативных процессов, обеспечивающих состояние пластического и энергетического обмена как молекулярно-биохимической основы при нормальном и патологическом состоянии мозга [4]. В клинических и экспериментальных исследованиях показана роль макро- и микроэлементов в эпилептогенезе [5], выявлены определенные изменения их содержания и баланса при эпилепсиях [6]. Однако особенности и нарушения элементного гомеостаза в детском возрасте, наиболее драматичном с точки зрения развития эпилептического процесса, остаются недостаточно изученными, исследования в этой области немногочисленны и не отражают ряда аспектов проблемы. Все вышеизложенное и обусловило актуальность данной работы.

Нами было проведено исследование содержания эссенциальных макроэлементов: Na, K, Ca, Mg, P и микроэлементов: Al, Cu, Fe, Mn, Si, Zn в образцах волос 162 детей с различными формами эпилепсий и типами эпилептических припадков в возрасте от 2 до 17 лет, из них мальчиков было 86, девочек — 74.

В группу контроля вошли 60 практически здоровых детей в возрасте от 3 до 16 лет, из них 33 девочки и 27 мальчиков.

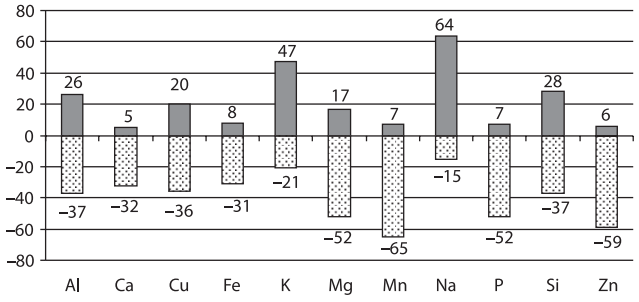
В качестве субстрата исследования были выбраны волосы, в связи с тем, что именно они отражают

© Пилипець О. Ю., 2012

долговременные изменения концентраций макро- и микроэлементов, преимуществом также является неинвазивность метода, что особенно значимо в детском возрасте [3]. Исследование содержания элементов проводили методом атомной эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой с помощью сканирующего атомно-эмиссионного спектрометра TRACE SCAN Advantage, производитель Thermo Jarrell Ash (США). Подготовку и анализ проб проводили в соответствии с рекомендациями МАГАТЭ и методическими рекомендациями «Выявление и коррекция нарушений обмена макро- и микроэлементов» [7]. Полученные результаты были обработаны статистически методами Стьюдента — Фишера и Манна — Уитни.

Была проанализирована частота отклонений содержания элементов от нормы в группе детей с эпилепсиями. Для определения границ нормы был использован метод центильного анализа [8]. За норму принимались показатели, находящиеся в пределах от 25 до 75 центилей в группе контроля. Показатели, выходящие за данные границы, были условно обозначены как гипо- или гиперэлементное состояние. Полученные данные представлены на рисунке.

В группе пациентов с эпилепсиями по всем элементам отмечаются как гипо-, так и гиперэлементные состояния. Статистическая обработка результатов показала достоверную разницу между «гипо» и «гипер» по всем элементам кроме Si. При этом гипоэлементное состояние достоверно чаще встречается для большинства элементов: Al, Ca, Cu, Fe, Mg, Mn, P, Zn. Чаще всего отмечается гипоэлементоз по Mn, Zn, Mg, Mn, P. Только по двум элементам: Na и K в 2—4 раза чаще наблюдается гиперэлементное состояние.



Частота отклонений содержания элементов у пациентов с эпилепсиями (*n* = 162) от контроля (в %)

Полученные данные послужили основанием для более углубленного анализа состояния элементного статуса. Было проведено исследование содержания элементов в волосах детей с эпилепсиями в сравнении с группой контроля, его результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Содержание элементов в группе больных с эпилепсиями и группе контроля в мкг/г

	Эпилепсии	Группа контроля
Al	17,5 ± 0,9	20,05 ± 1,2
Ca	1192,5 ± 37,5^{1***}	1615,0 ± 64,5
Cu	10,6 ± 1,0	10,1 ± 0,3
Fe	26,7 ± 1,1^{1**}	32,2 ± 1,4
K	109,1 ± 7,51***	47,8 ± 2,4
Mg	159,8 ± 6,5^{1**}	198,0 ± 8,4
Mn	1,71 ± 0,09^{1***}	2,68 ± 0,1
Na	304,4 ± 21,0^{1***}	149,2 ± 3,0
P	141,3 ± 4,0^{1***}	168,0 ± 3,4
Si	32,8 ± 1,5	30,3 ± 1,0
Zn	174, 9 ± 3,0^{1***}	209,5 ± 4,5

Примечание. Здесь и далее: ^{1} — достоверное различие между детьми с эпилепсиями и группой контроля. * — степень достоверности $p < 0,05$; ** — степень достоверности $p < 0,01$; *** — степень достоверности $p < 0,001$

Таким образом, сравнение содержания элементов в волосах детей с эпилепсиями и детей группы контроля выявило, что при эпилепсиях достоверно ниже содержание Ca, Fe, Mg, Mn, P и Zn и достоверно выше содержание K и Na. Различия в содержании Al, Cu, Si не достоверны.

Группа пациентов с эпилепсиями была неоднородна по типам эпилептических припадков. Согласно Международной классификации эпилепсий и эпилептических припадков [9] пациенты были распределены на подгруппы: 1) генерализованные: а) абсансы — 20 пациентов (12,3 %), б) генерализованные тонико-клонические (ГТКП) — 10 пациентов (6,2 %), в) миоклонические — 8 пациентов (4,8 %), синдромы Веста и Леннокса — Гасто — 8 пациентов (4,8 %); 2) парциальные: а) простые и комплексные — 21 пациент (12,9 %), б) парциальные и вторично-генерализованные — 61 пациент (37,7 %); 3) полиморфные припадки — 34 пациента (20,9 %).

В таблице 2 представлены результаты исследования содержания макро- и микроэлементов в зависимости от типов припадков.

Таблица 2

Содержание элементов в волосах больных эпилепсиями в зависимости от типа припадков, в мкг/г

	Абсансы	ГТКП	Парциальные	Парциальные и вторично-генерализованные	Миоклонии	Синдромы Веста и Леннокса — Гасто	Полиморфные
Al	23,76 ± 2,6^{1*}	14,4 ± 3,0	18,2 ± 1,5	21,5 ± 2,1	9,4 ± 0,6^{1***}	9,73 ± 1,3^{1***}	10,61 ± 1,3^{1***}
Ca	1694,6 ± 171,0^{1**}	1328 ± 240,0	1170,0 ± 125,1	1223,3 ± 63,0	724,0 ± 46,5^{1***}	542,8 ± 77,1^{1***}	1023,8 ± 68,1^{1*}
Cu	11,8 ± 0,5	11,3 ± 0,5	10,6 ± 0,4	10,0 ± 0,5	18,0 ± 0,7^{1***}	10,3 ± 0,3	10,3 ± 0,3
Fe	38,3 ± 3,1^{1***}	27,3 ± 4,4	29,0 ± 1,7	23,7 ± 1,1^{1*}	18,0 ± 0,7^{1***}	26,4 ± 3,7	25,7 ± 1,3
K	39,0 ± 4,8^{1***}	58 ± 9,8^{1***}	172,0 ± 34,2	127,9 ± 15,4	84,3 ± 21,2	68,14 ± 21,9	108,2 ± 19,2
Mg	147,4 ± 18,6	179,7 ± 29,1	221,6 ± 32,9^{1*}	156,9 ± 13,4	77,0 ± 4,1^{1***}	76,0 ± 11,6^{1***}	165,1 ± 18,1
Mn	2,01 ± 0,2	1,27 ± 0,15^{1*}	1,71 ± 0,12	1,53 ± 0,19	0,99 ± 0,11^{1***}	0,70 ± 0,13^{1***}	2,4 ± 0,4
Na	238,8 ± 29,4	234,4 ± 20,5^{1**}	368,0 ± 38,1	335,6 ± 34,4	245 ± 47,8	266,5 ± 66,5	290,5 ± 28,1
P	171,7 ± 9,6^{1**}	151 ± 12,6	151,8 ± 3,7^{1*}	129,1 ± 6,7	102 ± 4,1^{1***}	135,4 ± 11,3	146,2 ± 4,9
Si	45,5 ± 4,2^{1**}	30,2 ± 2,7	37,6 ± 2,9^{1**}	28,8 ± 2,3	18,6 ± 3,2^{1***}	26,85 ± 3,4	35,0 ± 3,3
Zn	211,3 ± 8,7^{1***}	192,5 ± 8,71*	192,2 ± 10,2^{1*}	167,4 ± 3,5	127,0 ± 5,9^{1***}	125,1 ± 15,8^{1**}	172,6 ± 7,1

В группе пациентов с абсансами по отношению к общей группе пациентов отмечаются более высокие показатели по содержанию Al, Ca, Fe, P, Si и Zn, снижено содержание K, на грани достоверности снижение уровня Na, по Mg и Cu достоверных различий нет. У пациентов с генерализованными тонико-клоническими припадками по большинству элементов (Al, Ca, Cu, Fe, Mg) достоверных различий по отношению к общей группе пациентов не выявлено, достоверно снижено содержание Na, K и Mn, увеличено содержания Zn.

В наибольшей степени от общей группы отличается группа пациентов с миоклоническими припадками — с уровнем достоверности $p < 0{,}001$ снижено содержание Al, Ca, Fe, Mg, Mn, P, Si и Zn, снижено также содержание Cu ($p < 0{,}05$). Не достоверно отличие от общей группы лишь по содержанию Na и K.

Группа пациентов с парциальными припадками относительно общей группы пациентов имеет достоверные отличия по нескольким элементам: увеличено содержание Mg, P, Si и Zn, по остальным элементам различия далеки от достоверности. Группа пациентов с парциальными и вторично-генерализованными припадками незначительно отличается от общей группы пациентов, отмечается лишь снижение Fe, тенденция с снижению P и повышению содержания K, по остальным элементам нет даже тенденции к различиям. В группе с полиморфными припадками достоверно снижено содержание Ca и Al.

В группе пациентов с синдромами Веста и Леннокса — Гасто достоверно по отношению к общей группе снижено содержание Al, Ca, Mg, Mn ($p < 0{,}001$) и Zn ($p < 0{,}01$).

Наиболее отличается от всех групп группа «абсансы». Так, только в этой группе отмечено достоверное увеличение содержания Ca, Fe, Al. Увеличение содержания Si отмечено также в группе с парциальными припадками. В то же время во всех группах, кроме абсансов, снижено содержание Ca, особенно значимо — при миоклониях и при синдромах Веста и Леннокса — Гасто. В группах «парциальные и вторично-генерализованные», и «миоклонии» наблюдается снижение Fe. В группах: «полиморфные», «миоклонии», «синдромы Веста и Леннокса — Гасто» также достоверно снижено содержание Al. В группах «миоклонии», «синдромы Веста и Леннокса — Гасто» снижено содержание Zn. Разнонаправлено изменяется содержание K — в группе «абсансы» уменьшается, в большинстве других групп — увеличивается на фоне существенного увеличения содержания Na во всех без исключения группах. Наблюдается однонаправленное снижение, в том числе и в группе «абсансы», содержания Mg и Mn. Увеличение содержания меди наблюдается только в группе «миоклонии».

Нами был проведен статистический анализ достоверности различий содержания элементов между подгруппами пациентов с разными типами припадков. Сопоставление полученных результатов показывает, что двух одинаковых по элементному составу групп нет. Перечень различий колеблется от 2 до 9 элементов.

Наиболее отличающейся от других групп является группа абсансов — сохраняется своеобразная «сверхобеспеченность» по отношению ко всем другим группам пациентов. Наиболее «дефицитарными» являются группы «миоклонические припадки» и «синдромы Веста и Леннокса — Гасто». По нашему мнению, подобные отличия элементного статуса группы пациентов с абсансными эпилепсиями соответствуют доброкачественному течению данных форм заболевания. В свою очередь, выраженный дефицит по большинству эссенциальных элементов с параллельным гиперэлементозом по K и Na отражает злокачественное течение тяжелых миоклонических форм, синдрома Веста и Леннокса — Гасто.

Таким образом, каждый тип припадков характеризуется особенным элементным «портретом» при наличии общих отличий в сравнении с контролем. Наблюдаемые отклонения свидетельствуют о нарушениях обмена макро- и микроэлементов, которые могут сопровождаться нарушениями пластического и энергетического обмена, что показано в работах ряда авторов для взрослых больных с эпилепсиями [6, 10]. Как интегральный эффект возникают состояния, формирующие функциональные изменения, характерные для эпилепсий. Так, повышенная возбудимость, безусловно, сопряжена с изменениями в содержании Na, K, Ca, которое, в свою очередь, зависит от функционирования механизмов активного транспорта, энергообеспечение которого контролируется оптимальным состоянием ферментных систем, зависимых от Mg, P, Zn, Fe и их соотношений. Из проведенного на данном этапе сопоставления следует вывод о том, что при различных типах припадков элементный гомеостаз отражает разные пути изменений регуляторных механизмов.

Список литературы

1. Sander J. Epidemiology of the epilepsies / J. Sander, S. D. Shorvon // J. Neurol. Neurosurg Psychiatry. — 1996. — Vol. 61, № 4. — P. 33—43.

2. Эпилептология детского возраста : под ред. Петрухина А. С. — М.: Медицина, 2000. — 624 с.

3. Скальный А. В. Микроэлементозы у детей: распространенность и пути коррекции: практ. пособие для врачей / Скальный А. В., Яцык Г. В., Одинаева Н. Д. — М.: КМК, 2002. — 86 с.

4. Кудрин А. В. Микроэлементы в неврологии / А. В. Кудрин, О. А. Громова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 304 с.

5. Погодаев К. И. Эпилептология и патохимия мозга / К. И. Погодаев. — М.: Медицина, 1986. — 287 с.

6. Дубенко А. Е. Состояние энергетического обмена у больных эпилепсией, его роль в патогенезе заболевания и направленная медикаментозная коррекция : Дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: 14.01.15 / А. Е. Дубенко / Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. — Харьков, 2000. — 310 л.

7. Скальный А. В. Референтные значения концентрации химических элементов, полученные методом ИСП-АЭС / А. В. Скальный // Микроэлементы в медицине. — 2003. — Т. 4. вып. 1.

8. Скальный А. В. Установление границ допустимого содержания химических элементов в волосах детей с применением центильных шкал / А. В. Скальный // Вестник С.-Петербургской ГМА им. И. И. Мечникова. — 2000. — Вып. 1—2 (3). — С. 62—65.

9. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes // Epilepsia. — 1989. — Vol. 30. — 389—399.

10. Богданова И. В. Характеристика микроэлементов и ряда ферментов сыворотки крови больных эпилепсией на различных этапах заболевания : Дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.01.15 / И. В. Богданова / Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. — Харьков, 1997. — 179 с.

Надійшла до редакції 16.07.2012 р.

О. Ю. Пилипець

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

Стан макро- та мікроелементного обміну у дітей з різними типами епілептичних нападів

Методом атомно-емісійної спектроскопії з індуктивно зв'язаною плазмою проведено визначення вмісту макроелементів: Na, K, Ca, Mg, P та мікроелементів: Al, Cu, Fe, Mn, Si, Zn в зразках волосся 162 дітей віком від 2 до 17 років з різними типами епілептичних нападів в порівнянні з практично здоровими дітьми (60 осіб). Встановлено, що кожна підгрупа дітей, сформована за типом нападів, має характерні значущі відмінності як по відношенню загальної групи пацієнтів, так і по відношенню до інших підгруп. Встановлені найбільш суттєві відмінності між підгрупою дітей з абсансами та всіма іншими у вигляді достовірно підвищеного рівню Al, Ca, Fe та зниженням K. Підгрупи дітей з синдромами Веста та Ленокса — Гасто та з міоклонічними нападами характеризуються достовірним зниженням відносно всіх інших груп вмісту Ca, Mg, Mn, P, Zn.

Ключові слова: діти, епілептичні напади, макроелементи, мікроелементи.

O. Yu. Pylypets

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

State of macro- and microelemental metabolism in children with different types of epileptic seizures

By the mean of inductively coupled plasma atomic emission spectroscopy macroelemental content of Na, K, Ca, Mg, P and microelemental content of Al, Cu, Fe, Mn, Si, Zn were defined in hair samples of 162 children at the age of 2—17 years with different types of epileptic seizures and compared against healthy children (60 persons). There were defined that every subgroup formed by type of seizures has meaning difference against total group of children with epilepsy and other subgroup. Most meaningful differences were revealed between group with absence and other groups. There were definitely increased levels of Al, Ca, Fe and decreased level of K. Subgroups with West's syndrome, Lennox-Gastaut's one and myoclonic seizures were characterized by meaningful decrease of Ca, Mg, Mn, P, Zn against other groups.

Key words: children, epileptic seizures, macroelements, microelements.

УДК 616.89:612.68.008.041

С. Г. Полшкова, *лікар-психіатр, докторант*
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ОСІБ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙ

У статті описані результати проведеного дослідження, а саме особливості якості життя в осіб небезпечних видів професій. Обстежено 354 людини, з них 278 гірників (обстежені на базі Донецької обласної лікарні профзахворювань) і 76 машиністів і їх помічників (обстежені на базі Залізничної клінічної лікарні № 1 ст. Київ). У цьому дослідженні оцінена якість життя даної категорії осіб до терапії, а також вивчена динаміка цього показника в результаті проведеної терапії.

Виявлено, що в осіб небезпечних видів професій значно знижена якість життя. Результати дослідження також показали, що лікування таких пацієнтів за допомогою розробленої нами системи терапії дає хороші показники щодо поліпшення якості їхнього життя, а лікування за допомогою тільки фармакотерапії не робить істотного впливу на якість життя цих пацієнтів.

Ключові слова: особи небезпечних видів професій, система терапії, якість життя

В останні десятиріччя в усьому світі відзначається зростання інтересу до питань соціального функціонування та якості життя (ЯЖ) пацієнтів. Показник ЯЖ може певною мірою бути характеристикою суб'єктивного ставлення хворого як до проявів та наслідків хвороби, так і до лікування, що проводилося. Вже в 70-ті роки минулого сторіччя це поняття прийшло в загальну медицину, а з початку 80-х — в психіатрію. Цей показник став неодмінним і надзвичайно важливим компонентом оцінки результатів лікування різними препаратами та ефективності наданої допомоги. У вітчизняній психіатрії вже існують дослідження, в яких показник ЯЖ є критерієм ефективності лікування [1, 2].

ВООЗ визначає ЯЖ як сприйняття людиною своєї позиції в житті, у тому числі фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища, у якому він живе, ступеня задоволеності конкретним рівнем життя й іншими складовими психологічного комфорту та відображає здатність людини адаптуватися до проявів хвороби [3].

Широта поширення терміна ЯЖ в клінічних дослідженнях та фінансовій політиці медицини стає зрозумілою в історичному плані. До останніх двох десятиліть оцінка результатів лікування фокусувалася на подовженні життя хворого, тобто збільшенні кількості життя. Проте будь-який результат продуктивної активності має дві головні складові — кількість та якість.

Якщо прогрес в медичній технології робить все більш можливим продовження життя хворого, то зовсім не байдуже, який рівень його благополуччя в ці придбані роки. Тому дуже важливим є терапевтичний підхід, який робить життя хворих скоріше кращим, ніж довгим. З точки зору економічної політики охорони здоров'я це означає, що пріоритетними в порівнянні з іншими стають такі медичні технології, які дають більший виграш у кількості чи якості життя хворого.

Активний інтерес до досліджень якості життя осіб із психічними розладами диктується сучасними вимогами до економічності охорони здоров'я, що знаходиться під тиском фінансових проблем, наявних на різних рівнях в усіх індустріалізованих країнах. Фахівці прагнуть до отримання ефекту вище і за межами конвенціональних параметрів безпеки і симптоматичної ефективності лікування. Терапевтичні системи мають все менше шансів реалізувати себе в практиці, не маючи значущих і різнопланових переваг перед вже існуючими.

Тому метою нашого дослідження було вивчення параметрів якості життя в осіб небезпечних видів професій та динаміки цього показника в результаті проведеного лікування.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний; клініко-анамнестичний; опитувальник Q-LES-Q; шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) [6]; методи математичної статистики. Статистичне оброблення проводили за допомогою програмного забезпечення «Statistica 8.0» та воно включало використання параметричних

© Полшкова С. Г., 2012

й непараметричних критеріїв достовірності отриманих даних, кореляційний аналіз, двохвибірковий критерій Уілкоксона [7].

В якості осіб небезпечних видів професій ми досліджували гірників, що постраждали внаслідок аварій на вугільних шахтах (на базі Донецької обласної клінічної лікарні профзахворювань), а також машиністів і помічників машиністів (залізничники та метрополітен), які потрапляли в аварії під час виконання рейсу (на базі Залізничної клінічної лікарні № 1 ст. Київ).

Всього нами було обстежено 534 працівники небезпечних видів професій — гірники вугільних шахт і машиністи метрополітену та їх помічники, й залізничники. 354 обстежених було відібрано в наше дослідження за критеріями включення, з них — 278 гірників и 76 машиністів и помічників машиністів. Усі обстежені нами пацієнти були чоловічої статі, середній вік 37,3 ± 1,7, тобто працездатного віку. Всі вони не відмічали наявності суїцидальних думок чи суїцидальних спроб в анамнезі, тобто не було явних аутоагресивних тенденцій.

Пацієнтів було поділено на 2 групи в залежності від отриманого лікування: пацієнти I групи порівняння отримували розроблену нами терапевтичну систему, яка включала фармакотерапію, фізіотерапію і комплекс психотерапевтичного втручання — індивідуальна, групова, сімейна психотерапія. А до II групи увійшли пацієнти, які відмовилися від психотерапії і отримували тільки фармакотерапію, іноді в комбінації із фізіотерапією. Групи було стандартизовано за стандартними характеристиками.

Для вивчення якості життя осіб небезпечних видів професій було використано шкалу Q-LES-Q (опитувальник якості та задоволення від життя), а також шкалу оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) [4—7].

Шкала Q-LES-Q охоплює такі сфери: «Фізична сфера», «Психологічна сфера», «Рівень незалежності», «Соціальні відносини», «Навколишнє середовище» і «Духовна сфера», сума значень яких дає загальну підсумкову оцінку якості життя. Поряд із основними вищезазначеними сферами в структурі опитувальника виділяється глобальна оцінка якості життя (G) — сфера «Загальна якість життя і стан здоров'я».

Форма опитувальника Q-LES-Q — заповнювалась пацієнтом самостійно і складалась з 16 пунктів. Максимальний бал за 14 пунктами — 70. Пункти 15 и 16 не входять в загальний бал опитувальника. Показники оцінювалися за якістю та кількістю. Кількісну оцінку проводили за 5-бальною системою, якісний аналіз відображував ступінь задоволення від життя за останній тиждень, де: 1 бал — дуже погано; 2 бали — погано; 3 бали — задовільно; 4 бали — добре; 5 балів — дуже добре.

До опитувальника включено такі питання: фізичне здоров'я, настрій, робота в цілому, домашня робота, соціальні взаємовідносини, взаємовідносини в сім'ї, дозвілля, спроможність функціонувати в повсякденному житті, сексуальна задоволеність, економічний статус, помешкання чи ситуація житла, спроможність фізично рухатися, зір, загальне почуття благополуччя, медикаменти, задоволення життям [5].

Аналіз отриманих показників (табл. 1), показав значні порушення якості життя в осіб небезпечних видів професій. Якісний та кількісний аналіз показав, що більша частина обстежених «не задоволені» своїм життям. Відповіді на питання стосовно ЯЖ були в межах «дуже погано» (1 бал), «погано» (2 бали) та «задовільно» (3 бали). Гірше за все обстежені оцінювали взаємовідносини в сім'ї та роботу в цілому, а краще за все оцінювалася здатність фізично рухатися та зір. При цьому не відмічалося значних відмінностей між двома групами ($p > 0{,}001$, $p > 0{,}05$). Такий показник як ставлення до терапії і медикаментів не оцінювався до терапії.

Таблиця 1

Середні значення показника ЯЖ (Q-LES-Q) в осіб небезпечних видів професій до лікування

Питання	Показники (M ± m)	
	I група	II група
Фізичне здоров'я	2,5 ± 0,6	2,4 ± 0,7*
Настрій	2,6 ± 0,2	2,3 ± 0,4*
Робота в цілому	1,7 ± 0,4	1,3 ± 0,7**
Робота по дому	2,3 ± 0,3	2,3 ± 0,1*
Соціальні взаємовідносини	2,3 ± 0,5	2,2 ± 0,4*
Взаємовідносини в сім'ї	1,5 ± 0,2	1,3 ± 0,7*
Дозвілля	2,5 ± 0,3	2,3 ± 0,5*
Здатність функціонувати в повсякденному житті	2,3 ± 0,7	2,1 ± 0,5*
Сексуальна задоволеність	2,2 ± 0,6	2,0 ± 0,5**
Економічний статус	2,4 ± 0,4	2,1 ± 0,8*
Помешкання/чи ситуація житла	2,2 ± 1,0	2,3 ± 1,3*
Здатність фізично рухатися	3,9 ± 0,3	3,6 ± 0,2*
Зір	3,6 ± 0,2	3,7 ± 0,3*
Загальне почуття благополуччя	2,1 ± 0,2	2,3 ± 0,3*
Ставлення до терапії і медикаментів	Не оцінювали	Не оцінювали
Задоволеність життям	2,4 ± 0,4	2,3 ± 0,6*

Примітка. Тут і далі: * — $p > 0{,}001$, ** — $p > 0{,}05$ (за 2-вибірковим критерієм Уілкоксона)

Також ми використовували шкалу оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.), яка складається з 10 питань: оцінка себе здоровим; реалізованість; любов; гедонія; друзі; соціальна активність; фінансове благополуччя; сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями; задоволення від роботи; соціальний статус. Шкала заповнюється пацієнтом самостійно, оцінюється 1 раз на 3 місяці. Відповіді ранжируються від 0 до 3 балів, де 0 — дуже погано, 1 — погано, 2 — добре, 3 — дуже добре. Результати цього дослідження подано в табл. 2

Таблиця 2

Середні значення показника ЯЖ за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) у осіб небезпечних видів професій до лікування

Питання	Показники (M ± m)	
	I група	II група
Оцінка себе здоровим	1,1 ± 0,4	1,0 ± 0,5*
Реалізованість	0,6 ± 0,4	0,7 ± 0,5*
Любов	0,7 ± 0,4	0,9 ± 0,5**
Гедонія	0,8 ± 0,3	1,0 ± 0,1*
Друзі	1,0 ± 0,5	0,9 ± 0,4*
Соціальна активність	1,1 ± 0,2	1,0 ± 0,4*
Фінансове благополуччя	0,8 ± 0,4	0,9 ± 0,7**
Сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями	0,7 ± 0,3	0,8 ± 0,1*
Задоволення від роботи	1,0 ± 0,5	1,1 ± 0,4*
Соціальний статус	0,9 ± 0,2	0,9 ± 0,7*

Як видно з таблиці 2, результати за даною шкалою корелюють із попередньою шкалою Q-Les Q. В цілому результати проведеного дослідження демонструють не тільки низький рівень ЯЖ за суб'єктивними оцінками пацієнтів, але й відображають становище цієї категорії пацієнтів в соціумі.

Пацієнтів також було оцінено через 3 місяці терапії. За опитувальником Q-LES-Q було отримано такі дані (табл. 3).

Таблиця 3

Середні значення показника ЯЖ (Q-LES-Q) у осіб небезпечних видів професій після проведеного лікування

Питання	Показники (M ± m)	
	I група	II група
Фізичне здоров'я	3,5 ± 0,7	2,6 ± 0,5*
Настрій	3,6 ± 0,3	2,7 ± 0,5*
Робота в цілому	3,1 ± 0,7	1,9 ± 0,5*
Робота по дому	3,7 ± 0,1	2,4 ± 0,8*
Соціальні взаємовідносини	3,4 ± 0,5	2,5 ± 0,7*
Взаємовідносини в сім'ї	3,9 ± 0,4	2,3 ± 0,6*
Дозвілля	3,3 ± 0,5	2,6 ± 0,3*
Здатність функціонувати в повсякденному житті	3,8 ± 0,7	2,9 ± 0,7**
Сексуальна задоволеність	3,4 ± 1,6	2,5 ± 1,5*
Економічний статус	3,6 ± 0,5	2,7 ± 1,2*
Помешкання/чи ситуація житла	3,6 ± 0,4	2,6 ± 0,4**
Здатність фізично рухатися	3,9 ± 0,2	3,8 ± 0,2*
Зір	3,7 ± 0,5	3,5 ± 0,6*
Загальне почуття благополуччя	3,9 ± 0,3	2,6 ± 0,3*
Ставлення до терапії і медикаментів	3,6 ± 0,2	2,4 ± 0,1*
Задоволеність життям	3,8 ± 0,7	2,2 ± 0,4*

Показники ЯЖ в I та II групах після терапії були не однаковими. Так, аналізуючи загальний бал в першій групі, ми бачимо, що більшість відповідей на запитання була «задовільно» (3 бали) та «добре» (4 бали), коли в II групі переважали відповіді «погано» (2 бали) чи «задовільно» (3 бали). А на питання задоволення роботою в цілому пацієнти II групи, які не отримували психотерапію, навіть відповідали «дуже погано» (1 бал), тому загальний бал становив 1,9 ± 0,5, на відміну від I групи, в якій пацієнти в середньому оцінили цей пункт на 3,1 ± 0,7 бали.

При цьому такі показники як здатність фізично рухатися та зір після проведеної терапії значно не змінилися, вони як до, так і після терапії оцінювалися як «задовільно» й «добре». В цілому ми бачимо, що показники якості життя у пацієнтів першої групи порівняння відновилися після проведеної терапії, коли у пацієнтів II групи ЯЖ залишалася порушеною. Фізичне здоров'я пацієнти II групи оцінили як «погане» — 2,6 ± 0,5, а пацієнти I групи — як «задовільне» та «добре» — 3,5 ± 0,7.

Ставлення до терапії та медикаментів пацієнти I групи оцінили як «задовільне» та «добре» — 3,6 ± 0,2, а II групи — 2,4 ± 0,1 бали. А такий показник як задоволеність життям у пацієнтів II групи навіть погіршився в порівнянні із попереднім обстеженням і оцінено пацієнтами як «погана» 2,2 ± 0,4, коли у пацієнтів I групи цей показник покращився — 3,8 ± 0,7.

Результати оцінки за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) після проведеного лікування подано в таблиці 4, де ми також можемо бачити, що показники за цією шкалою корелюють із результатами за шкалою Q-LES-Q.

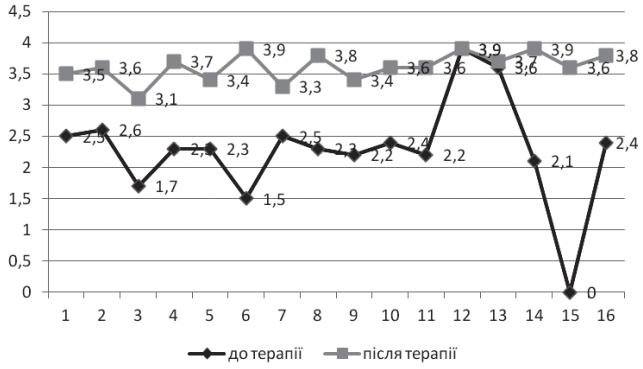
Таблиця 4

Середні значення показника ЯЖ за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) у осіб небезпечних видів професій після проведеного лікування

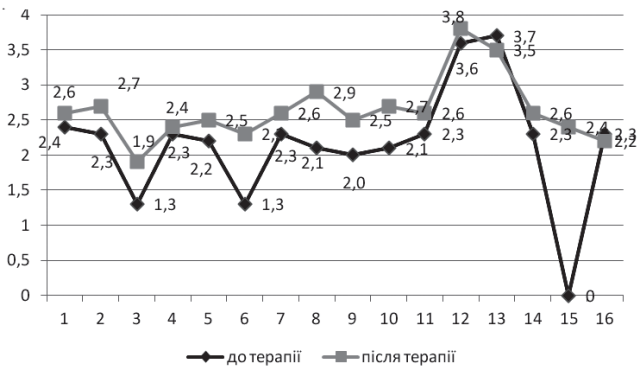
Питання	Показники (M ± m)	
	I група	II група
Оцінка себе здоровим	2,3 ± 0,4	1,4 ± 0,5*
Реалізованість	2,4 ± 0,4	1,3 ± 0,5*
Любов	2,5 ± 0,4	1,4 ± 0,5**
Гедонія	2,3 ± 0,3	1,3 ± 0,1*
Друзі	2,3 ± 0,5	1,2 ± 0,4*
Соціальна активність	2,3 ± 0,2	1,4 ± 0,4*
Фінансове благополуччя	2,4 ± 0,4	1,3 ± 0,7**
Сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями	2,3 ± 0,3	1,3 ± 0,1*
Задоволення від роботи	2,3 ± 0,5	1,2 ± 0,4*
Соціальний статус	2,3 ± 0,2	1,3 ± 0,7*

Однак, динаміка показників ЯЖ в I та II групах була не однаковою (рис.).

Динаміка показників ЯЖ в I групі порівняння



Динаміка показників ЯЖ в II групі порівняння



Примітка: 1 — Фізичне здоров'я; 2 — Настрій; 3 — Робота в цілому; 4 — Робота по дому; 5 — Соціальні взаємовідносини; 6 — Взаємовідносини в сім'ї; 7 — Дозвілля; 8 — Здатність функціонувати в повсякденному житті; 9— Сексуальна задоволеність; 10 — Економічний статус; 11 — Помешкання/чи ситуація житла; 12 — Здатність фізично рухатися; 13 — Зір; 14 — Загальне почуття благополуччя; 15 — Ставлення до терапії і медикаментів (до терапії не оцінювалось); 16 — Задоволеність життям

Динаміка показників ЯЖ за шкалою Q-LES-Q в I та II групі порівняння до та після терапії

Результати порівняльного аналізу між групами показують, що рівень якості життя за деякими сферами у вибірці пацієнтів I групи, що отримували комплексну фармако-, психо- та фізіотерапію, значно вище, ніж у II групі пацієнтів. Достовірно більш вищі оцінки отримали такі сфери як «соціальні відносини» та «духовна сфера». Це свідчить про те, що пацієнти I групи відчувають більше задоволення від життя, відносин та задоволення фінансовими ресурсами і найближчим оточенням. Швидше за все, це можна пояснити тим, що ці пацієнти отримували крім фармакотерапії і фізіотерапії ще психотерапію, під час якої вони пробляли існуючі психологічні проблеми і конфлікти, що допомагало їм краще адаптуватися до умов життя та праці і отримувати більше задоволення, при тому, що пацієнти обох груп були в однакових умовах праці та життя.

Таким чином, результати даної роботи можуть служити відправним пунктом для проведення повномасштабного вивчення психологічних аспектів якості життя осіб небезпечних видів професій, тому що дають відомості щодо функціонування пацієнтів. Вони, поряд із клінічними характеристиками, можуть стати однією з найважливіших складових оцінки якості психіатричної допомоги, використовуватися при плануванні діяльності психіатричних служб. Ці показники можуть бути основою для виділення окремих груп пацієнтів, що мають подібні проблеми, особливості функціонування та самооцінки, що дозволяє створити базу для формування реабілітаційних програм і більш цілеспрямовано здійснювати психологічну допомогу.

Крім того під час використання в даному дослідженні шкали Q-LES-Q та шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) ми побачили, що результати оцінки за даними шкалами корелюють між собою. При цьому використання шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) є більш зручним внаслідок її компактності — 10 питань, на відміну від шкали Q-LES-Q, де 16 питань.

Список літератури

1. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4. — С. 79—83.

2. Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування / [Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О. та ін.] // Там само. — 2002. — Т. 10, вип. 2. — С. 113—114.

3. Абрамова И. В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения / И. В. Абрамова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2000. — № 1. — С. 42—46.

4. Assisted evaluation scale of quality of life / [Grabot D., Martin C., Auriacombe M., Tignol J.] // Encephale. — 1996. — Vol. 22. — № 3. — P. 181—185.

5. Психологические тесты: В 2 т. / под ред. А. А. Карелина. — М.: Владос, 2000. — 248 с.

6. Чабан О. С. Психосоматичні аспекти в практиці лікаря-інтерніста на прикладі метаболічного синдрому (діагностика, клініка, лікування, профілактика) / Методичні рекомендації / Чабан О. С., Хаустова О. О., Жабенко О. Ю. — К., 2009. — С. 40.

7. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. — Киев: Морион, 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 07.06.2012 р.

С. Г. Полшкова

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

Параметры качества жизни у лиц опасных видов профессий

В данной статье описаны результаты проведенного исследования, а именно особенности качества жизни у лиц опасных видов профессий. Обследовано 354 человека, из них 278 горняков (обследованы на базе Донецкой областной больницы профзаболеваний) и 76 машинистов и их помощников (обследованы на базе Железнодорожной больницы № 1 ст. Киев). В данном исследовании оценено качество жизни данной категории лиц до терапии, а также изучена динамика этого показателя в результате проведенной терапии.

Выявлено, что у лиц опасных видов профессий значительно снижено качество жизни. Результаты исследования также показали, что лечение таких пациентов с помощью разработанной нами системы терапии дает хорошие показатели по улучшению их качества жизни, а лечение с помощью только фармакотерапии не оказывает существенного влияния на качество жизни этих пациентов.

Ключевые слова: лица опасных видов профессий, система терапии, качество жизни.

S. G. Polshkova

Ukrainian Scientific-Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Addiction Health Ministry of Ukraine (Kyiv)

Quality of life parameters in patients of dangerous professions

This article describes the results of the study, namely the features of quality of life in patients of dangerous professions. A total of 354 people, of which 278 miners (surveyed on the basis of the Donets'k Regional Hospital Occupational Diseases), and 76 drivers and their assistants (evaluated on the basis of the Railway Hospital № 1 st. Kyiv). This study evaluated quality of life for this category of persons before therapy, and evaluated the dynamics of this indicator as a result of therapy. Revealed, that the quality of life was reduced significantly in persons of dangerous professions. The study also showed that treatment of these patients that was developed by us gives good results to improve their quality of life. A treatment with only pharmacotherapy did not significantly affect the quality of life for these patients.

Key words: persons of dangerous professions, the system of treatment, quality of life.

УДК: 616.895.8

С. В. Римша, С. В. Теклюк, О. Ф. Мруг
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ КОНВЕНЦІЙНИХ НЕЙРОЛЕПТИКІВ ТА АТИПОВИХ АНТИПСИХОТИКІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ СОЦІОРЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРА

У статті аргументовано необхідність подальшого пошуку антипсихотичних препаратів для поліпшення якості лікування психічних захворювань шизофренічного спектра разом з залученням соціореабілітационних заходів, що дало б можливість подолання актуальних на сучасному етапі проблем психофармакотерапії.

Ключові слова: психофармакотерапевтичні методи, соціореабілітаційні підходи.

В останні десятиліття світова медицина зробила значний крок, започаткувавши активне використання психофармакотерапії з лікувально-профілактичною та реабілітаційною метою. Саме тому гострим питанням став постійний пошук покращання якості лікування, який дає змогу ставити інші задачі та відкривати нові можливості застосування існуючих препаратів та синтез нових.

Важливою віхою історії психофармакології стало її комплексне поєднання з психотерапевтичними та соціореабілітаційними методами впливу, тим самим створюючи єдиний важіль біологічного та психосоціального підходів у лікуванні психічних захворювань. Такі заходи включають активну просвітницьку роботу з хворим та його родиною, а також пошук нових методів вторинної профілактики психічних захворювань [4].

У процесі підбору методів реабілітації повинні враховуватися такі основні ризики для особистості хворого і його соціального функціонування, як обмеження соціальних зв'язків, втрата здатності до незалежного проживання, стигматизуючий вплив психіатричного діагнозу, порушення міжособистісного спілкування, формування нейрокогнітивного дефіциту, емоційна напруженість в родині з підвищенням ризику її розпаду, соціальне «витіснення» пацієнта в нижчі шари суспільства та загальне зниження якості його життя. Метою психосоціальної реабілітації є досягнення незалежного функціонування пацієнта в суспільстві, подолання нейрокогнітивного дефіциту, попередження повторних загострень і регоспіталізацій, розроблення ефективних стратегій контролю захворювання та якість життя пацієнта і його оточення. Масштабність реабілітаційних заходів повинна зростати по мірі нормалізації у пацієнта здатності до свідомого контролю соціальної поведінки та включення в суспільну діяльність і спілкування. Психосоціальна реабілітація є одним із етапів медико-соціальної реабілітації хворих із психічними розладами. Її задачею є створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь та навичок, відновленню особистості, нормалізації сімейних стосунків та інтеграції пацієнтів у соціум [1].

Обґрунтуванням для призначення реабілітаційних процедур є різні форми дисфункції особистості, необхідність формування позитивних мотивацій, підвищення рівня соціального функціонування хворого і створення оптимальних передумов для його реінтеграції в суспільство. Як психореабілітаційні заходи широко використовують індивідуальні та групові форми особистісно орієнтованої психотерапії, психоосвітні програми, сімейну терапію, тренінги соціальних навичок та інші форми психосоціальних впливів, що здійснюються в умовах адекватно організованого реабілітаційного середовища [4].

На даний час існує можливість широкого вибору форм і методів реабілітації хворих, однак обґрунтованість їх призначення і реальна ефективність нерідко не беруться до уваги. Однією з причин цього є відсутність загальноприйнятих критеріїв і об'єктивних методів оцінки. Разом з тим адекватно підібрані та індивідуально дозовані реабілітаційні заходи на ініціальних стадіях шизофренії є індикатором успішності отриманої допомоги, і значною мірою визначають рівень подальшої життєдіяльності та соціальної адаптації хворого [2].

Патодинамічна складова реабілітаційного потенціалу хворих на шизофренію включає такі характеристики як темп прогредієнтності, актуальність психопатологічних переживань, співвідношення позитивних і дефіцитарних симптомів та механізми компенсації порушень на клініко-психопатологічному рівні.

Оцінка психологічної складової реабілітаційного потенціалу особистості охоплює вивчення емоційно-мотиваційного, когнітивного та комунікативного функціонування пацієнта, що дозволяє оцінити реальні можливості його взаємодії із соціумом.

Пріоритетним напрямком реабілітації хворого на шизофренію є усунення преморбідних вад соціалізації, розвиток реабілітаційного потенціалу особистості і оптимізація пристосувальної поведінки хворого. Одними із головних шляхів досягнення поставлених задач є формування мотивованої зацікавленості хворого в лікуванні та оптимальний вибір антипсихотичних медикаментозних засобів [6].

Психофармакотерапевтична оптимізація обумовлена тим, що в багатьох випадках застосування раніше дієвих препаратів при повторних загостреннях вже не дає попереднього ефекту та вимагає введення в терапевтичну практику заходів подолання терапевтичної резистентності. Проблема психофармакотерапії має ще багато невирішених питань. Клінічна практика та численні клінічні дослідження доводять, що в процесі сучасного патоморфозу психічних захворювань та видозміни їх клінічної картини ефективність існуючих нейролептиків породжує все більшу необхідність появи нейролептиків нового покоління, які мають більшу селективність дії та кращу переносимість. Проте, їх поява потребує додаткової об'єктивної оцінки та вивчення, підвищення ефективності психофармакотерапевтичної дії, проведення клінічно обґрунтованої антипсихотичної терапії з індивідуальним підходом до вибору того чи іншого нейролептика.

Значний прогрес спостерігається в галузі вивчення механізмів дії антипсихотиків, що дозволяє синтезувати препарати із визначеними клінічними властивостями, що значно підвищує їхню фізіологічну переносимість та надає можливість уникати небажаних взаємодій із

© Римша С. В., Теклюк С. В. , Мруг О. Ф., 2012

іншими препаратами. Синтез нових антипсихотиків з високою селективністю дії на різні нейромедіаторні системи підвищує безпечність лікування та дозволяє більш тонко аналізувати психопатологічну структуру психічних захворювань шизофренічного спектра. Наразі в систематиці нейролептиків велике значення надається поясненню впливу психофармакологічних засобів на механізми нейрональної передачі. Всі нейролептики є антагоністами дофамінових рецепторів, також вони взаємодіють з іншими нейромедіаторними системами — блокують гістамінові, мускаринові, адренергічні і серотонінові рецептори.

Атипові антипсихотики порівняно із конвенційними нейролептиками мають більш виражений вплив на блокаду серотонінових рецепторів другого типу. Ця особливість пояснює відсутність нейролепсії та вплив на негативну симптоматику. Саме такі знання особливостей нейромедіаторного впливу нейролептиків дають змогу лікарям-практикам клінічно орієнтуватися у систематиці психотропних засобів.

Згідно з запропонованою А. В. Снєжнєвським класифікацією нейролептиків [8], основним принципом застосування останніх є урахування залежності між їх психотропною дією, ступенем важкості клінічної картини і співвідношенням позитивної та негативної симптоматики. Ступінь важкості клінічної картини захворювання характеризує генералізація хвороби. Параноїдальний, іпохондрично-сенестопатичний, психопатичний синдроми та синдром вербального галюцинозу формують меншу генералізацію захворювання, в той час як поліморфні стани в межах складних синдромів визначають його значну генералізацію. При терапії таких генералізованих станів нейролептики виявляють седативний (щодо збудження та безсоння) та антипсихотичний (щодо галюцинацій, кататонії та маячіння) вплив, який відрізняється по силі їх дії. Під час лікування психічних розладів з незначною генералізацією нейролептики виявляють свою селективну дію.

За ретроспективною оцінкою психофармакологічного впливу найбільш дієвими щодо гострих психотичних станів є неконвенційні нейролептики. Проте вони ж і спричиняють більш значні екстрапірамідні розлади. Їхня ефективність визначається дозою, за якої нейролептик досягає так званого нейролептичного порогу. Його рівень є мультифакторіальним і залежить від багатьох чинників: статі, гормонального фону, інфекційних та нейродегенеративних захворювань головного мозку, супутньої соматичної патології тощо [10]. Саме екстрапірамідні порушення у вигляді рухових розладів є найбільш частими побічними ефектами нейролептиків неврологічного характеру. До них відносять прояви паркінсонізму, акатизії (постійної потреби в русі та безперервній зміні положення, непосидючості), гострої дискінезії (окулогирні кризи, торзійні спазми, напруження оральних м'язів) та пізньої дискінезії (хореоатетоїдні скорочення м'язів), яка частіше з'являється при тривалому (більше 6 місяців) лікуванні нейролептиками, а також у осіб жіночої статі старших за 40 років та хворих на органічні захворювання ЦНС. Саме тому застосування антипсихотиків обмежується рівнем нейролептичного порогу.

До побічних дій нейролептиків соматичного характеру відносять вегетативні порушення антихолінергічного рівня внаслідок блокади м-холінорецепторів (сухість в роті, порушення акомодації, запори, дизуричні прояви) або зумовлені блокадою альфа-адренорецепторів (гіпотермія та ортостатична гіпотензія). Ендокринні порушення проявляються у вигляді збільшення маси тіла, гінекомастії, сексуальних розладів, порушення менструального циклу, галактореї, що є найбільш актуальним при тривалій терапії нейролептиками.

Складним та дискутабельним залишається питання щодо лікарської взаємодії психотропних засобів. Її характер є індивідуальним у кожного хворого та дозволяє вважати оптимальною для нейролептиків монотерапію. Винятком може бути призначення двох атипових антипсихотиків або комбінація типового антипсихотика з неконвенційним, причому у випадку такої необхідності слід додержуватися мінімальних ефективних доз.

Часта зміна доз або самих препаратів є необґрунтованою, тому що зворотний розвиток симптомів шизофренії відбувається поступово від найбільш виражених продуктивних симптомів-мішеней до негативних проявів захворювання.

На теперішній час психофармакотерапія пройшла багато етапів свого розвитку. Насамперед, це поява нового покоління антипсихотичних препаратів, які мають якісно кращу переносимість, що є одним з найбільш важливих критеріїв у підборі адекватної терапії. Ці психотропні засоби в клінічно ефективних дозах практично не спричиняють побічних екстрапірамідних ефектів. Значний крок вперед спостерігається і у вивченні біологічних механізмів дії антипсихотиків, а саме їх нейромедіаторного та рецепторного впливу. Завдяки цьому вдалося розробити більш сучасну і клінічно орієнтовану нейрохімічну класифікацію антипсихотичних та тимоаналептичних засобів [3]. Виявилось, що блокада нейролептиками більше 70 % дофамінових рецепторів другого типу в нігростріальній ділянці сприяє розвитку екстрапірамідного синдрому. Це відкриття дало можливість оптимізувати клінічно ефективні дози традиційних нейролептиків і частково пояснити дію атипових антипсихотиків.

Актуальність синтезу нових антипсихотиків також зумовлює те, що суттєво змінились клініка і перебіг психічних захворювань, серед яких зміна феноменології і перебігу шизофренії внаслідок терапевтичного патоморфозу: з'явилась велика кількість стертих нерозгорнутих і атипових форм психотичних форм з підгострим перебігом, негативної симптоматики і когнітивних порушень, а також явища інтолерантності; рідше спостерігаються у клінічній практиці такі характерологічні прояви шизофренії як аутизм, кататонічні прояви та виражені дефектні стани [9].

Слід також зауважити, що за останній час збільшилась кількість хворих, у лікуванні яких попередньо ефективна психофармакотерапія виявляється такою вже не у достатній мірі, що вимагає використання нових препаратів, застосування поліпрагмазії та запобігання виникненню терапевтичної резистентності [7].

Наразі гострим залишається питання подолання низького комплайєнсу. Найбільш частими причинами його є недотримання режиму терапії хворим, відсутність критичного ставлення до хвороби, погана переносимість лікарського засобу, страх проявів побічних дій препаратів, відмова від лікування з особистих чи маячних мотивацій, недостатня ефективність та відсутність довіри і взаємопорозуміння з лікарем. Саме це визначає необхідність підсилення значення ролі етико-деонтологічного аспекту психофармакотерапії, які повинні враховувати принципи поваги автономії пацієнта (за винятком осіб, не здатних діяти автономно), динамічного уточнення клініко-діагностичної оцінки (повинні враховуватися

симптоматичний, синдромологічний, патофізіологічний та етіологічний рівні діагностики), комплексного поєднання психофармакотерапії із психотерапевтичним консультуванням, адекватності лікування, урахування співвідношення можливого позитивного та негативного терапевтичного патоморфозу та взаємодії застосовуваних паралельно лікарських засобів, застосування анамнестично ефективної терапії та індивідуалізації.

В процесі психофармакотерапії перш за все редукуються такі найбільш гострі прояви прогредієнтного процесу психічних розладів, як психомоторне збудження, прояви психічного автоматизму, маячна інтерпретація дійсності, кататонічні та галюцинаторні розлади, суїцидальні думки, агресія та аутоагресія. Проте нівелююча властивість традиційних нейролептиків рідко розповсюджується на негативні прояви захворювання. Такі симптомокомплекси як соціальна відгородженість, когнітивний дефіцит, притупленість афекту відображають поступовий розвиток захворювання, а терапія, спрямована лише на купірування гострої продуктивної психопатологічної симптоматики, не може вирішити питання уповільнення прогредієнтності ендогенного процесу, особливо на стадіях продрому та ремісії.

Завдяки появі антипсихотиків нового покоління, які мають широкий спектр рецепторної дії, розширилися терапевтичні можливості впливу на позитивні і негативні симптоми шизофренії, збереження і поглиблення досягнутої ремісії та забезпечення попередження екзацербації, уповільнення прогредієнтності захворювання та зменшення «біологічної токсичності» процесу загалом.

Психофармакотерапія шизофренії впливає і на якість життя хворих — на їхнє соціальне та професійне функціонування, самовідчуття та власне самооцінку відчуття особистісного задоволення власним життям. Вочевидь, такі необхідні та суб'єктивно значущі складові якості життя пацієнтів повинні обов'язково враховуватися під час проведення адекватної терапії, яка має бути спрямована не лише на купірування гострих продуктивних розладів, але й на попередження маніфестації та екзацербації всіх складових психозу, попередження інвалідизації, на досягнення достатньо якісного рівня життя та підтримання його таким.

Рішення щодо шляхів ефективного і безпечного нівелювання загострень захворювання у пацієнтів, хворих на шизофренію, шизотиповий та шизоафективний розлади, залишається актуальною проблемою сучасної психіатрії. До теперішнього часу не існує єдиної думки щодо порівняльної ефективності конвенційних та неконвенційних антипсихотиків в лікуванні шизофренії. Деякі автори [5, 11] наводять дані про високу ефективність атипових антипсихотиків при купіруванні гострих станів у хворих на шизофренію, включаючи і психомоторне збудження. У низці робіт [8] інші автори в подібних клінічних ситуаціях вважають більш доцільним та виправданим застосування класичних нейролептиків і рекомендують застосування антипсихотиків нового покоління після купірування психомоторного збудження.

Отже, підсумовуючи вказані відомості, можемо стверджувати, що аналіз впливу психофармакологічних засобів та їх комплексне застосування із психореабілітаційними заходами є однією з актуальних задач сучасної психіатрії та потребує пошуку покращання якості лікування захворювань шизофренічного спектра, а також динамічного підбору соціореабілітаційних заходів та їх комплексне застосування для реабілітаційного розвитку особистості.

Список літератури

1. Абрамов, В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами : руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. работников/ В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.
2. Абрамов В. А. Психический дефект при шизофрении и проблема госпитализма/ В. А. Абрамов, Г. Г. Путятин, А. В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 1. — С. 101—116.
3. Применение атипичного нейролептика рисполепт при лечении шизофрении и шизоаффективных психозов : пособие для врачей / [Литвинцев С. В., Колчев А. И., Койстрик К. Н. и др.]. — СПб., 2001. — С. 2—23.
4. Марута Н. А. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) / Н. А. Марута, А. Н. Бачериков // Международный медицинский журнал. — 2002. — № 1. — С. 46—52.
5. Медико-соціальна реабілітація хворих на ініціальну шизофренію (методичні рекомендації) / МОЗ України, Київський центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. — Київ, 2007. — С. 7—12.
6. Мосолов С. Н. Основы психофармакотерапии / С. Н. Мосолов. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
7. Мосолов С. Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С. Н. Мосолов. В кн.: Новые достижения в терапии психических заболеваний / под ред. проф. С. Н. Мосолова. — М.: Изд-во БИНОМ, 2002. — С. 21—37.
8. Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1.
9. Смулевич А. Б. Некоторые актуальные проблемы клинической психофармакотерапии / А. Б. Смулевич, Г. П. Пантелеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1983. — Т. 83. — № 9. — С. 1345—1351.
10. Темков И. Клиническая психофармакология / И. Темков, К. Киров. — М.: Медицина, 1971. — 356 с.
11. Blin O. Antipsychotic and anxiolytic properties of risperidone, haloperidol and metholrimeprazine in schizophrenic patients / Blin O., Azorin J., Bouhours P. // Clin. Psychopharm. — 1996. — Vol. 16, № 1. — P. 38—44.

Надійшла до редакції 21.06.2012 р.

С. В. Рымша, С. В. Теклюк, Е. Ф. Мруг
Винницкий национальний медицинский университет им. М. И. Пирогова (г. Винница)

Сравнительный анализ применения конвенциональных нейролептиков и атипичных антипсихотиков с использованием социореабилитационных мероприятий при лечении психических заболеваний шизофренического спектра

В статье аргументируется необходимость дальнейшего поиска антипсихотических препаратов для улучшения качества лечения психических заболеваний шизофренического спектра наряду с вовлечением социореабилитационных мероприятий, что дало бы возможность преодоления актуальных на современном этапе проблем психофармакотерапии.

Ключевые слова: психофармакотерапевтические методы, социореабилитационные подходы.

S. V. Rymsha, S. V. Teklyuk., O. F. Mrug
National medical university named after M. I. Pirogov (Vinnytsya)

Comparative analysis of employment of conventional neuroleptics and atypic antipsychotics applying socio-rehabilitating measurs in the treatment of mental disorders with schizophrenic spectrum

In the article is argued the necessity of further searching of antipsychotic preparations applying socio-rehabilitating measures for improvement of quality of the mental disorders with schizophrenic spectrum for having an opportunity overcoming the existing problems of psychofarmacotherapy.

Key words: psychofarmacotheraputical methods, socio-rehabilitating measures.

УДК 616-006-716.8:611.92:615.851

В. А. Рослякова
Стоматологическая клиника (г. Харьков)

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В статье представлена система психотерапевтического сопровождения больных с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: психотерапевтическое сопровождение, злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.

Основы психоонкологии, заложенные A. Sutherland (1950), R. Feigenberg (1970), J. Holland (1977), берут свое начало от возникновения общественного интереса к качеству жизни (КЖ) больных, имеющих злокачественные новообразования [1]. Ключевым моментом явилась общемировая дискуссия, разгоревшаяся вокруг темы «стоит ли онкологическим больным говорить об их состоянии». В 1967 E. Kübler-Ross (из наблюдений за реакцией больных после оглашения им смертельного диагноза) опубликовала свой труд «О смерти и умирании», в котором был сформулирован и детально описан принцип DABDA — пять стадий «принятия смерти»: 1) D (*denial*) — отрицание: больной не может поверить, что это действительно с ним случилось; 2) A (*anger*) — гнев: возмущение работой врачей, ненависть к здоровым людям; 3) B (*bargaining*) — торги: попытка заключить сделку с судьбой (например, больные загадывают, что они поправятся, если монетка упадет орлом); 4) D (*depression*) — депрессия: отчаяние и ужас, потеря интереса к жизни; 5) A (*acceptance*) — принятие: «Я прожил интересную и насыщенную жизнь. Теперь я могу умереть» (данную стадию переживают не более 2 % людей) [2].

В российской медицинской психологии Менделевич В. Д. в 2001 г. выделил пять адаптированных стадий реакций на оглашение онкологического диагноза следующим образом: 1 фаза (анозогнозическая); 2 фаза (дисфорическая); 3 фаза (аутосуггестивная); 4 фаза (депрессивная); 5 фаза (апатическая). По мнению автора, длительность каждой стадии (фазы) не имеет определенных временных интервалов и отражает содержательную часть переживания и «проживания» заболевания [3]. Е. Ф. Бажин и А. В. Гнездилов (1980) установили, что психологические и психопатологические особенности при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания и выделили следующие шесть этапов: 1) поликлинический (диагностический), типичными реакции которого являются общее беспокойство, выраженная тревога, ощущение полнейшей безнадежности и бесперспективности существования, мысли о неизбежности скорой и мучительной смерти; 2) этап «поступления в клинику»: на данном этапе происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний, что, в существенной мере, связано с построением компенсаторной системы психологических защит. Несмотря на признание больным существующей онкопатологии, появляется уверенность в квалификации врачей, надежда на достижения современной медицины; 3) предоперационный (предлечебный): наблюдается резкий подъем интенсивности психогенных переживаний. В рамках тревожно-депрессивного синдрома преобладающим становится страх возможной гибели в процессе операции; 4) послеоперационный: снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больных и происходит своеобразное «психологическое облегчение», а преобладающим психопатологическим синдромом становится астено-ипохондрический; 5) этап выписки из стационара не имеет выраженных специфических психопатологических феноменов; 6) катамнестический этап характеризуется проявлением характерологических изменений в виде стремления к самоизоляции. Отношение к привычным и прежде любимым развлечениям становится резко негативным; попытки вмешательства близких людей, как правило, безуспешны; утрачивается интерес к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и его последствиями — инвалидизацией, утратой привлекательности и т. п. Особенно болезненными являются переживания, относящиеся к интимной сфере: страх близости, чувство одиночества [4].

Цель работы — разработка системы психотерапевтического сопровождения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области на основе изучения особенностей формирования психосоциальной дезадаптации и факторов повышенного риска ее возникновения у данного контингента.

С соблюдением принципов этики и деонтологии осуществлено комплексное (клиническое, психодиагностическое и социодемографическое) обследование 100 человек в возрасте от 25 до 45 лет с документированными злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

На основе полученных результатов исследования особенностей формирования (течения) психосоциальной дезадаптации, установленных факторов повышенного риска ее возникновения у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области нами разработана система психотерапевтического сопровождения (СПС) данного контингента с дифференцированным использованием комплекса психотерапевтических методик, включающая в себя сочетанную групповую и индивидуальную формы работы с доминирующими эффектами группового взаимодействия. СПС представляет собой поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от фазы основного заболевания и содержательной части психотерапии. При этом задачи содержательной части должны включать принцип взаимного потенцирования.

Цель СПС: 1) симптоматическая коррекция психических нарушений пациента; 2) нивелирование поведенческих паттернов дезадаптационно-стрессового поведения; 3) психологическая коррекция изменений личности, возникших в процессе онкозаболевания: активация мотивационной сферы, ценностных ориентаций; 4) формирование и поддержание позитивных саногенных личностных факторов; 5) воздействие на формирование адекватных внутрисемейных межличностных

© Рослякова В. О., 2012

отношений; 6) мобилизация ресурсов, выходящих за пределы сферы медицинской психологии в область духовности, экзистенциально-гуманистической психологии; 7) совладание с болезнью и смена актуальной жизненной позиции.

В структуру СПС входят следующие психотерапевтические методики:

— рациональная индивидуальная психотерапия (Dubois P.,1905), направлена на коррекцию неверных суждений больных о симптомах и происхождении заболевания, убеждение с помощью неопровержимых аргументов специальных знаний в возможностях позитивного исхода, десенситизацию в процессе диалогов тревожных и ипохондрических переживаний, а также подготовку основы для проведения сопряженных с рациональной терапией методов когнитивно-бихевиоральной (КБТ) и рационально-эмоциональной психотерапии (РЭПТ) [6];

— аутогенная тренировка (АТ) (J. Schultz, 1932) применялась для регуляции соматовегетативных расстройств, техник самоконтроля и релаксации, навыки которых использовались в когнитивно-бихевиоральной терапии, психодраме, арт-терапии [6];

— когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) в модификации A. Beck (1967), основывающаяся на коррекции когнитивных заблуждений, образующих депрессивные симптомы (чувство вины, греховности, отвержения, утраты привлекательности, чувство достоинства и самодостаточности) [7];

— рационально-эмоциональная психотерапия (РЭПТ) (A. Ellis, 2002), целью которой является рационально-эмоциональная коррекция представлений больных о «катастрофизации» актуального состояния, реконструкция системы убеждений, отказ от жестких ригидных требований к себе («я должен») и «отмену» эмоциональных иррациональных установок, неизбежно ведущих к фрустрации и углублению тревожных, ипохондрических, фобических неврозоподобных расстройств [8];

— адьювантная психологическая терапия (АПТ) в модификации S. Moorey, S. Greer, 1989, (наиболее востребованная в психоонкологии краткосрочная проблемно-фокусированная структурированная когнитивно-поведенческая программа), направленная на пересмотр пациентами своих представлений о болезни, способствующая изменению дезадаптивных поведенческих паттернов; изменению копинг-стиля «беспомощность/отчаяние» и овладению противоположной стратегией «дух борьбы» (*fighting spirit*). Основными фокусами являются: 1) личностное восприятие (отношение) пациентом своего заболевания, 2) способность больного справляться с трудностями (т. е. с тем, что он делает для преодоления опасностей, связанных с онкопатологией [9];

— психодрама стилевых механизмов психологических защит (МПЗ) (P. F. Kellerman, 2001), посредством которой проводится детекция и балансировка МПЗ с неадекватным напряжением (как чрезмерным, так и сниженным). Особую роль играет коррекция защиты «отрицания», имеющая двойственную позицию адаптивного и дезадаптивного свойств, меняющихся в зависимости от стадии процесса, психического состояния пациента [10];

— позитивная психотерапия (Nossrat Peseschkian, 1996), используется в качестве конфликт-центрированной психодинамической терапии, основной задачей которой является устранение дезинтеграции психической целостности личности в выделяемых зонах конфликтов. Пошаговая модель строилась исходя из классических представлений о том, что больные с онкопатологией не осознают своих желаний, подвержены самопожертвованию и не могут планировать свое будущее. Для разрешения конфликтов необходимо обучение больного оказывать самому себе помощь, затем — своему ближайшему окружению, включаться с позитивными взглядами в микросоциальные и макросоциальные процессы. Применяются приемы ролевых игр, нарративов, техник воображения [11];

— интерперсональная психотерапия (ИПТ) (G. Klerman, M. Weissman, 1984) применялась для коррекции психопатологических расстройств, возникающих у пациентов и ближайшего окружения в связи с такими проблемами, как отягощенное переживание скорби в связи с возможной смертью близкого человека; для гармонизации межличностных ролевых конфликтов, которые выражались в разнице ожиданий от поведения и реакций членов семьи и больных, приводивших пациентов к выраженному дистрессу; формировании ролевого перехода в реальных и моделируемых ситуациях, к которым пациент должен быть адаптирован, т. е. освоить неизвестную ему ранее роль; для возмещения дефицита межличностных отношений, выражающегося как в обеднении социальных связей, так и количества интеракций в семейном окружении наряду со снижением качественных характеристик общения [12];

— экзистенциально-гуманистическая смысловая терапия (Yalom I. D, 1977, 1999) представляет высокоиндивидуализированный метод, который автором охарактеризован как принцип «новой психотерапии для каждого нового пациента» в процессе, происходящем «здесь и сейчас между пациентом и психотерапевтом». Данный вид психотерапии использовали для обсуждения вопросов смысла жизни, судьбы, одиночества, собственной смерти, соприкосновения с тайной; что способствует адаптации, умиротворению, обретению семьи и друзей, почтительному и достойному отношению к утратам и возможной смерти, чувству удовлетворения прожитой жизнью [1,13];

— визуализация представлений по методике (K. Simonton, 2001), применялась в составе терапии изобразительным творчеством, помимо классического применения изображения регресса раковых опухолей и клеток, пациенты отрабатывали варианты позитивного отношения к пластическим изменениям внешности вследствие деформаций; снижая напряженность ожиданий пластической косметической трансформации; наряду с саногенным эффектом ингибиции неоплазм методика играла адаптационную роль к обретению «нового» лица [14];

— арт-терапия (Kretschmer Wolfgang, 1982; Бурно М. Е,2009; Гнездилов А. В., 2000; Копытин А. И. 2010) с использованием методик, которые составляют психологически-ориентированную психотерапию искусством (арт-терапия, драматерапия, танцевально-двигательная терапия и музыкотерапия). Универсальные механизмы арт-терапии позволяли включать её на этапах симптоматической коррекции, личностной реконструкции, групповой суппортивно-экспрессивной терапии, когнитивно-бихевиоральной и экзистенциально-гуманистической психотерапии [15].

Список литературы

1. Levin T. Психоонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) Психические расстройства в общей медицине / T. Levin, W. D. Kissane. — 2007. — Т. 02. — № 3. — С. 27—31.
2. Kübler-Ross, E. On Death and Dying / E. Kübler-Ross. — New York, NY: Scribner Publishers. — 1969. — С. 21—24.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.
4. Бажин Е. Ф. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях : метод. реком. / Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В., Цейтина Г. П.; под ред. проф. М. М. Кабанова. — Л., 1987. — 21 с.
5. Sheard T. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses / T. Sheard, P. Maguire // Br J Cancer. — 1999; 80: 1770—80.
6. Свядощ А. М. Неврозы. / А. М. Свядощ. — М.: Медицина, 1982. — 342 с.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 752 с.
8. Ellis A.. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — 2-е изд. / Эллис А., Драйден У.; пер. с англ. Т. Саушкиной. — СПб.: Речь, 2002. — 362 с.
9. Moorey S. Psychological therapy for patients with cancer: A new approach / S. Moorey., S. Greer. — Oxford: Heinemann Medical Books, 1989. — 206 с.
10. Kellerman P. F. (Келлерман Питер). Психодрама крупным планом. Анализ терапевтических механизмов / P. F. Kellerman. — М.: Изд-во Независимая фирма «Класс» — 2001 — С. 240.
11. Peseschkian N. Психосоматика и позитивная психотерапия: пер. с нем. / Н. Пезешкиан. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.
12. Interpersonal Psychotherapy of Depression. / [G. L. Klerman, M. M. Weissman, B. Rounsaville, E. Chevron]. — New York, Basic Books, 1984. — 187 с.
13. Yalom I. D. Экзистенциальная психотерапия: пер. с англ. / И. Ялом. — М.: Класс, 1999. — 576 с.
14. Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон С. Саймонтон (K. Simonton, S. Simonton) [пер. с англ.]/ — Санкт-Петербург; Москва; Харьков; Минск, 2001. — С. 93—95.
15. Орлова Т. В. Краткая история и современное состояние психотерапии в паллиативной онкологии [Электронный ресурс] / Т. В. Орлова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. — 2011, № 5. Режим доступа URL : http://medpsy. ru.

Надійшла до редакції 29.06.2012 р.

В. О. Рослякова
Стоматологічна клініка (м. Харків)

Система психотерапевтичного супроводу у хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки

У статті наведено систему психотерапевтичного супроводу хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

Ключові слова: психотерапевтичний супровід, злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки.

V. A. Roslyakova
Dentist Clinic, city of Kharkiv

System of therapeutic support of the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area

The system of therapeutic support of the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area is presented in the article.

Key words: therapeutic support, malignant tumors of the maxillofacial area.

УДК 616.858-008.6-07:616.89-07

Д. Ю. Сайко
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Представлены данные комплексного исследования психических расстройств у больных болезнью Паркинсона (БП). Обследовано 373 больных болезнью Паркинсона: 297 больных болезнью Паркинсона, осложненной психическими расстройствами (основная группа), и 76 больных болезнью Паркинсона без психических нарушений (контрольная группа). Проанализирована структура психической патологии у больных с БП. Выделены основные клинико-психопатологические и патопсихологические особенности, факторы и механизмы формирования различных психических расстройств при БП.

Ключевые слова: психические расстройства, болезнь Паркинсона, этиопатогенетические факторы, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические механизмы формирования

Неутешительная статистика последних лет свидетельствует о значительном увеличении количества нейродегенеративных заболеваний, в частности Болезни Паркинсона (БП), в большинстве стран мира. Подобную динамику связывают, прежде всего, с ростом средней продолжительности жизни и неблагоприятными экологическими факторами [1, 13].

Согласно статистике, БП в структуре общей популяции встречается с частотой 60—187 на 100 000 населения. Наблюдается рост заболеваемости с возрастом. У пожилых лиц она достигает уровня 1,9 % и даже 6,9 % в популяции [6]. Кроме того, отмечается тенденция к «омоложению» данного недуга — увеличивается количество больных в возрасте 30—45 лет [3]. На сегодняшний день, наряду с онкологическими заболеваниями, БП занимает лидирующие позиции среди причин инвалидности и смерти. Уже через 10 лет после начала заболевания 2/3 больных БП становятся тяжелыми инвалидами или умирают, через 15 лет эта цифра достигает 80 % [13].

Наряду с классическими двигательными нарушениями, наличие психических нарушений является одной из важных составляющих клинической картины БП [1, 2, 5, 11]. В ряде исследований отмечено, что психические расстройства являются значимыми факторами, снижающими качество жизни пациентов и способствующими формированию инвалидности [2, 5, 12]. При этом вопросы генеза, закономерностей формирования и особенностей клинического оформления психических расстройств при болезни Паркинсона на сегодняшний день остаются открытыми и требуют детальной разработки.

© Сайко Д. Ю., 2012

Целью данного исследования было комплексное изучение клинико-психопатологической структуры, патопсихологических механизмов формирования и предикторов развития психических нарушений при болезни Паркинсона.

Для реализации цели исследования использовали: клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, клиническая беседа); психометрические методы (шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS) [14], шкала Монтгомери — Асберга (MADRS) [8], клиническая шкала оценки тревоги (CAS) [8], краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE) [4], унифицированная рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS) [3]), шкала дневной активности Шваб и Ингланд [3]; патопсихологические методы (стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ) [9], цветовой тест Люшера [10], опросник Бехтеревского института для определения типа отношения к болезни [7]) и методы математической статистики.

В исследовании приняли участие 373 больных болезнью Паркинсона, у 297 из них (что составило 79,6 % от общей выборки больных) было зафиксировано наличие психической патологии, в том числе: у 59 человек (19,9 %) было диагностировано расстройство адаптации в виде депрессивной реакции F 43.21, у 36 человек (12,1 %) — реккурентное аффективное расстройство, депрессия F 33.0 — 33.1, у 89 человек (29,9 %) — органическое непсихотическое депрессивное расстройство F 06.36, у 33 человек (11,1 %) — органическое тревожное расстройство F 06.4, у 52 человек (17,5 %) — органическое эмоционально-лабильное расстройств F 06.6, у 28 человек (9,5 %) — деменция при болезни Паркинсона F 02.3. Больные БП, осложненной психическими расстройствами, составили основную группу исследования. У 76 пациентов в клинической картине БП психические расстройства не регистрировались, данные больные вошли в контрольную группу.

Таким образом, согласно данным исследования, по генезу у больных с БП чаще формировались психические расстройства органического генеза F 06.36, F 06.6, F 06.4, F 02.3 (68,0 %), по клинической форме — депрессии F06.36, F 43.21, F 33.0—33.1 (61,9 %). Психические расстройства у больных БП значительно ухудшали клинический и социально-профессиональный прогноз, быстро формируя инвалидность (в 89,3 % случаев при F 02.3 и в 21,2 % случаев при F 06.6).

Анализ выделенных форм психической патологии при болезни Паркинсона позволил выделить их специфичные клинико-психопатологические и патопсихологические характеристики, факторы и механизмы формирования, и характер взаимосвязи с основным заболеванием. Полученные результаты представлены ниже.

Депрессивные реакции у больных БП (F 43.21). Основными этиопатогенетическими факторами формирования депрессии F 43.21 у больных БП выступали: женский пол (66,1 %), возраст 54,4 ± 4,2 года, занятость в сфере умственного труда (89,8 %), высшее (незаконченное высшее) образование (89,8 %), статус вне брака (72,9 %), хроническая соматическая патология (52,5 %), наследственная отягощенность аффективной патологией (55,9 %), невропатическая конституция (77,9 %), интровертированные (69,5 %), тревожные (66,1 %) и аффективно-ригидные (42,4 %) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (81,4 %) острого воздействия (64,6 %), связанных с болезнью Паркинсона, сексуальными проблемами, другой угрозой здоровью (76,3—52,5 %); длительность БП 4,1 ± 0,8 года, дрожательная форма БП (r = 0,64), быстрый тип прогрессирования БП (r = 0,72), 2—2.5 стадия БП (r = 0,6), 80—70 % двигательная активность (60,9 %), умеренно легкая выраженность клиники БП (0,5—1,7 по шкале MDS-UPDRS), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5—0,7 по шкале MDS-UPDRS), сохранный когнитивный уровень (72,9 %).

Клинически депрессивные реакции F 43.21 у больных БП характеризовались умеренно легкой степенью тяжести депрессивного состояния (25,4 ± 3,7 по шкале MADRS) с ведущими обсессивными (37,3 %) и истерическими (30,5 %) расстройствами: субъективно высказываемые признаки подавленного настроения выраженной степени (4,5 ± 0,7 по шкале MADRS), выраженная тревога (16,8 ± 3,1 по шкале CAS), напряжение, боязнь, страх, обида, неудовлетворенность собой, общее неудовольствие (49,2—33,9 %); двигательное беспокойство (69,5 %) и манерность умеренной степени (54,2 % по шкале PANSS); ипохондрические идеи (64,4 %), снижение уровня интересов (52,5 %), навязчивые мысли (52,5 %), трудности в принятии решений (49,2 %), мысли о самоубийстве (35,6 %) в легкой степени (1,2 ± 0,1 по шкале MADRS); вегетативно-висцеральные кризы, вегетативные нарушения сердечно-сосудистой, мочевыделительной, дыхательной систем, головные боли (54,2—30,5 %), умеренно выраженные нарушения сна и аппетита (3,8 ± 0,4 и 4,1 ± 0,6 по шкале MADRS).

В качестве основных патопсихологических факторов формирования депрессивной реакции F 43.21 у больных паркинсонизмом были выделены: выраженная ситуационная тревожность (16,8 ± 3,1 по шкале CAS), проявляющаяся опасениями (74,6 %), суетливостью (69,5 %) и реакцией испуга (66,1 %); фрустрация потребности в безопасности, ощущение собственного бессилия как результат противодействия неблагоприятным обстоятельствам; сочетание тревожных, депрессивных и эмоционально-неустойчивых личностных черт; истероидные и сенситивно-тревожные особенности реагирования на БП.

Пусковым фактором развития данной формы депрессии при БП служил не столько факт самой болезни Паркинсона, сколько наличие выраженных, прежде всего моторных, ее последствий. В период от установления диагноза паркинсонизма до формирования депрессивной реакции у больных происходила фрустрация потребностей в безопасности и сохранении собственной индивидуальности, формировалось состояние выраженного психологического переутомления, разочарованности и неудовлетворенности, ощущение собственного бессилия вследствие явного прогрессирования болезни Паркинсона. На фоне данных патопсихологических изменений, вследствие преобладания у больных этой группы тревожных, депрессивных и эмоционально-неустойчивых личностных черт, развивалась аффективная депрессивная реакция невротического генеза по механизму ««бегства в болезнь».

Реккурентное аффективное расстройство, депрессия F 33.0—33.1 у больных болезнью Паркинсона. В качестве основных этиопатогенетических факторов формирования депрессии F 33.0—33.1 у больных БП выступали: мужской пол (72,2 %), возраст 62,6 ± 2,1 года, занятость в сфере умственного труда (83,3 %), высшее (незаконченное высшее) образование (80,6 %),

наследственная отягощенность аффективной патологией (72,2 %), дистимические (77,8 %) и интровертированные (58,3 %) преморбидные особенности; длительность БП 2,4 ± 2,1 лет, акинетико-ригидная форма БП (r = 0,56), умеренный тип прогрессирования БП (r = 0,8), 1—1.5 стадия БП (r = 0,63), 80 % двигательная активность (44,4 %), умеренно легкая выраженность клиники БП (0,5—1,7 по шкале MDS-UPDRS), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5—0,8 по шкале MDS-UPDRS), сохранный когнитивный уровень (75,0 %).

В качестве основных клинических особенностей депрессии F 33.0—33.1 у больных БП были выделены: умеренно тяжелая степень депрессии (32,3 ± 5,1 по шкале MADRS) с ведущим тоскливым синдромом (52,8 %): суточные колебания настроения, горе, тоска, эмоциональная отчужденность, печаль, ангедония умеренной степени (3,4 ± 0,2 по шкале MADRS), апатия умеренной степени (1,1 ± 0,3 по шкале MADRS) (86,1—44,4 %); рудиментарные (55,6 %) и ступорозные (33,3 %) двигательные расстройства; расстройства воли (72,2 %), пессимистические мысли выраженной степени (4,6 ± 0,6 по шкале MADRS), снижение уровня интересов (63,9 %), социальная отстраненность (58,3 %), идеи малоценности (52,8 %), мысли о самоубийстве (38,9 %) умеренной степени (3,7 ± 0,5 по шкале MADRS), чувство вины сильной выраженности (36,1 % по шкале PANSS); снижение массы тела, запоры, нарушения сна и аппетита выраженной степени (4,3 ± 0,3 и 4,6 ± 0,7 по шкале MADRS), сексуальные нарушения (72,2—55,6 %).

Основными патопсихологическими факторами формирования депрессии F 33.0—33.1 у больных паркинсонизмом выступали: отсутствие психогенных факторов в формировании депрессии; фрустрация аффилиативной потребности, неудовлетворенная потребность в понимании и доброжелательных отношениях; сочетание дистимических и интровертированных особенностей реагирования на неблагоприятные факторы; выраженная депрессивная форма реагирования на БП (меланхолический или апатический тип отношения к болезни).

Патопсихологический механизм формирования эндогенной депрессии при БП заключался в следующем: на фоне фрустрации аффилиативной потребности, неудовлетворенной потребности в понимании и доброжелательных отношениях у больных БП активизировался поиск новых взаимоотношений, которые могли бы принести понимание и спокойствие. Отрицательный результат этого поиска приводил к состоянию психологической усталости и депрессивной реакции эндогенного генеза с явлениями социальной дезадаптации и снижением общей психической продуктивности.

Органическое непсихотическое депрессивное расстройство F 06.36 у больных БП. Основными этиопатогенетическими факторами формирования депрессии F 06.36 у больных БП служили: мужской пол (76,4 %), возраст 66,1 ± 2,5 года, занятость в сфере умственного труда (78,7 %), высшее (незаконченное высшее) образование (73,0 %), статус вне брака (75,3 %), наследственная отягощенность аффективной патологией (51,7 %), дистимические (68,5 %) и возбудимые (53,9 %) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (58,4 %) хронического действия (63,5 %), связанных с ухудшением материально-бытовых условий, страхом потерять работу, потерей социального статуса, собственными неблаговидными поступками (58,4—46,1 %); длительность БП 15,5 ± 2,0 лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП (r = 0,72), медленный тип прогрессирования БП (r = 0,78), 3 стадия БП (r = 0,67), 60 % дневная активность (55,1 %), умеренная выраженность клиники БП (1,1—1,6 по шкале MDS-UPDRS) и двигательных осложнений (1,1—1,4 по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (66,3 %).

Основными клиническими особенностями депрессии F 06.36 у больных БП выступали: умеренная степень тяжести депрессии (28,1 ± 1,8 по шкале MADRS) с ведущими астено-анергическими проявлениями органического генеза (65,2 %): астения, усталость выраженной степени (4,8 ± 0,9 по шкале MADRS), эмоциональная лабильность, слабодушие, тоска, напряженность средней степени (по шкале PANSS), безразличие, апатия умеренной степени (1,3 ± 0,2 по шкале MADRS) (80,9—37,1 %); пессимистические мысли выраженной степени (4,7 ± 0,8 по шкале MADRS), быстрая истощаемость психической деятельности, снижение уровня концентрации внимания, ригидность мышления, чувство вины умеренной степени (PANSS), нарушения абстрактного мышления средней степени (PANSS), расстройства памяти (88,8—40,4 %); ухудшение коммуникативных функций (73,0 %), расстройства воли (68,5 %); снижение массы тела, сексуальные нарушения, нарушения аппетита и сна (67,4—39,3 %).

Патопсихологическими факторами формирования органического непсихотического депрессивного расстройства выступали: фрустрация потребностей в самореализации и признании; сочетание дистимических, тревожных и возбудимых особенностей реагирования на неблагоприятные факторы; формирование компенсаторной депрессивной реакции на фоне выраженного конфликта противоречивых мотивационно-поведенческих тенденций.

Пусковым фактором развития депрессии F 06.36 выступал факт наличия болезни Паркинсона и ее физических последствий, которые вызывали фрустрацию высокого уровня притязаний, потребности в самореализации и признании. Упорство в отстаивании фрустрированных позиций в сочетании с внутренними разнонаправленными мотивационно-поведенческими тенденциями (достижение успеха — избегание неуспеха, активность и решительность — блокировка активности, стремление к доминированию — неуверенность в себе) вызывали компенсаторную депрессивную реакцию, характерную для личностей с дистимическими, тревожными и возбудимыми особенностями реагирования на неблагоприятные факторы.

Органическое эмоционально-лабильное расстройство F 06.6. Среди этиопатогенетических факторов формирования расстройства F 06.6 у больных БП были выделены: мужской пол (98,1 %), возраст 69,4 ± 2,8 лет, занятость в сфере физического труда (71,2 %), среднее (среднеспециальное) образование (67,3 %), наследственная отягощенность расстройствами личности (55,8 %) и алкогольной зависимостью (40,4 %), перинатальная патология (65,4 %), возбудимые (42,3 %) преморбидные особенности; длительность БП 20,3 ± 1,4 лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП (r = 0,6), медленный тип прогрессирования БП (r = 0,8), 3—4-я стадия БП (r = 0,72), 60—50 % двигательная активность (69,2 %), умеренно выраженная тяжесть клиники БП (1,3—2,3 по шкале MDS-UPDRS), умеренные двигательные осложнения (1,5—1,8 по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (75,0 %).

Клинически расстройство F 06.6 у больных БП характеризовалось преобладанием астенических расстройств

органического генеза (92,3 %): постоянное ощущение усталости выраженной степени (2,4 ± 0,3 по шкале по шкале MADRS), эмоциональная лабильность, слабодушие, импульсивность умеренной степени (PANSS) (80,8—59,6 %); быстрая истощаемость психической деятельности, снижение уровня концентрации внимания, ригидность мышления, расстройства памяти, нарушения абстрактного мышления сильной степени (PANSS), ипохондрическая мнительность (PANSS), расстройства воли средней степени (92,3—48,1 %); ухудшение коммуникативных функций (76,9 %), социальная отстраненность (53,8 %); расстройства сна (53,8 %) выраженной степени (2,1 ± 0,3 по шкале MADRS), вегетативно-висцеральные кризы (44,2 %), головные боли (36,5 %).

Патопсихологическими факторами формирования расстройства F 06.6 у больных паркинсонизмом служили: отсутствие психогенных факторов в формировании психопатологического состояния; фрустрация физиологических потребностей, чрезмерно ограничивающая независимость больного; сочетание приобретенных дистимических и психастенических личностных особенностей, ведущих к гипостенической (психастенической) форме эмоционального и поведенческого реагирования больных на неблагоприятные факторы.

Пусковым фактором развития органического эмоционально-лабильного расстройства служил факт наличия рецидивирующей болезни Паркинсона, проявления которой вызывали фрустрацию физиологических потребностей в полноценной физической и психической деятельности через ограничение независимости. Эта фрустрация, на фоне приобретенных, вследствие органического поражения головного мозга, дистимических и психастенических личностных особенностей, приводила к компенсаторной гипостенической форме эмоционального и поведенческого реагирования.

Органическое тревожное расстройство F 06.4 у больных БП. Факторами этиопатогенеза органического тревожного расстройства F 06.4 у больных БП являлись: женский пол (81,8 %), возраст 65,2 ± 1,9 лет, занятость в сфере умственного труда (87,9 %), статус вне брака (78,8 %), наследственная отягощенность невротическими расстройствами (48,5 %) и расстройствами личности (30,3 %), невропатическая конституция (63,6 %), возбудимые (60,6 %) и тревожные (48,5 %) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (63,6 %), хронического воздействия (81,0 %), связанных с одиночеством, потребностью в любви, конфликтами в семье, проблемами с детьми, разрывом дружеских отношений, сексуальными проблемами (63,6—48,5 %); длительность БП 14,9 ± 2,3 лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП (r = 0,53), умеренно быстрый тип прогрессирования БП (r = 0,79), 2—3 стадия БП (r = 0,7), 60 % дневная активность (51,5 %), умеренно легкая выраженность клиники БП (0,5—1,6 баллов по шкале MDS-UPDRS), умеренные двигательные осложнения (1,1—1,3 баллов по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (69,7 %).

Клинически органическое тревожное расстройство у больных БП проявлялось в преобладании тревожных (93,9 %) и ананкастных (57,6 %) расстройств поведения органического генеза с активной социальной устраненностью (60,6 %): тревога высокой степени выраженности (20,2 ± 1,1 по шкале CAS), эмоциональная лабильность, напряженность средней степени (PANSS), отчаяние, боязнь (93,9—36,4 %); снижение уровня концентрации внимания умеренной степени (PANSS), ригидность мышления, расстройства памяти, стереотипное мышление умеренной степени (PANSS), трудность принятия решений, нарушения абстрактного мышления средней степени (PANSS), недостаточность суждений и критики умеренной степени (PANSS) (78,8—66,7 %); двигательное беспокойство (36,4 %); расстройства воли (78,8 %); вегетативно-висцеральные кризы, гипергидроз, нарушения сна, сексуальные нарушения (72,7—48,5 %).

Патопсихологическими факторами формирования тревожного расстройства F 06.4 у больных паркинсонизмом выступали: участие психогенных факторов (63,6 %), хронического воздействия (81,0 %), связанных с одиночеством, потребностью в любви (63,6 %), конфликтами в семье (63,6 %), проблемами с детьми (60,6 %), разрывом дружеских отношений (54,5 %), сексуальными проблемами (48,5 %); фрустрация потребности в самореализации на фоне высокого уровня притязаний и потребности в признании; пассивность позиции, зависимость, чувство недостатка эмоционального тепла со стороны окружающих, потребность в их защите и помощи; тревожные личностные особенности, ведущие к тревожной форме эмоционального и поведенческого реагирования больных на неблагоприятные факторы и развитию социальной дезадаптации.

Пусковым фактором развития тревожного расстройства F 06.4 служил факт наличия болезни Паркинсона, которая вызывала фрустрацию потребности в самореализации и признании вследствие комплекса неполноценности, сформированного на фоне проявлений болезни Паркинсона. Эта фрустрация, на фоне усиленных, вследствие органического поражения головного мозга, конституциональных тревожных личностных особенностей, приводила к формированию компенсаторных тревожных форма поведения, выражающихся в пассивности, зависимости, тревожности, неуверенности, мнительности, чувстве недостатка эмоционального тепла со стороны окружающих, потребности в их защите и помощи.

Деменция при болезни Паркинсона F 02.3. Основными этиопатогенетическими факторами формирования деменции F 02.3 у больных БП служили: средний возраст 77,9 ± 3,2 года, занятость в сфере физического труда (71,4 %), среднее (среднеспециальное) образование (96,5 %), хроническая соматическая патология (89,3 %), наследственная отягощенность алкогольной зависимостью (42,9 %) и эпилепсией (35,7 %), перинатальная патология (75,0 %), аффективно-ригидные (71,4 %) и интровертированные (39,3 %) преморбидные особенности; длительность БП 24,4 ± 2,7 года, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП (r = 0,79), медленный тип прогрессирования БП (r = 0,73), 4—5 стадия БП (r = 0,82), 30 % двигательная активность (75,0 %), выраженно тяжелая степень клиники БП (2,3—3,5 по шкале MDS-UPDRS), выраженные двигательные осложнения (2,4—2,6 по шкале MDS-UPDRS), выраженный когнитивный дефицит (89,3 %).

Клинически деменции F 02.3 у больных БП характеризовались преобладанием когнитивных нарушений (100 %), сочетающихся с апатоабулическими расстройствами органического генеза: расстройствами запоминания и воспроизведения в зрительной, кратковременной и долговременной памяти, ригидностью мышления, быстрой истощаемостью психической деятельности, недостаточностью суждений и критики средней степени (PANSS), конструктивными нарушениями, нарушениями концентрации внимания сильной степени

(PANSS), стереотипным мышлением (PANSS), снижением уровня интересов, невозможностью принять решение, расстройствами понимания, нарушениями абстрактного мышления сильной степени (PANSS), агнозией (96,4—71,4 %); безразличием, притупленным аффектом средней степени (PANSS), слабодушием, эмоциональной отчужденностью сильной степени (PANSS), ангедонией (78,6—60,7 %); ухудшением коммуникации, пассивно-апатической социальной отстраненностью и волевыми расстройствами сильной степени (PANSS) (89,3—57,1 %); сексуальными нарушениями (92,9 %) и нарушениями сна (78,6 %).

Анализ результатов психометрического и патопсихологического исследования больных паркинсонизмом с деменцией F 02.3 продемонстрировал, что у больных данной группы не было единого патопсихологического механизма формирования деменции F 02.3. Основная роль в формировании деменции F 02.3 принадлежала органическому поражению головного мозга, а патопсихологические механизмы, участвующие в формировании отдельных клинических психопатологических проявлений, являлись производными когнитивных расстройств и расстройств мышления при этой форме деменции.

Подводя итоги проведенного исследования, следует отметить, что выделенные в его ходе клинико-психопатологические особенности и патопсихологические механизмы формирования психических расстройств при БП необходимо рассматривать в качестве дополнительных критериев их дифференциальной диагностики и учитывать в качестве конкретных мишеней их терапевтической коррекции при БП.

Список литературы

1. Зальялова, З. А. Немоторные проявления болезни Паркинсона / З. А. Зальялова, Л. А. Яковлева, Э. И. Богданов : методическое пособие для постдипломного образования. — Казань, 2009. — 34 с.
2. Калищук-Слободин, Т. Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот с соавт. // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), (додаток). — С. 58—59.
3. Крыжановский, Г. Н. Болезнь Паркинсона (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика)/ Г. Н. Крыжановский, И. Н. Карабань, С. В. Магаева с соавт. — М.: Медицина, 2002. — 336 с.
4. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / [В. Н. Кузнецов, М. А. Мазуренко, С. А. Маляров, О. А. и др.] — Киев, 2004. — 160 с.
5. Левин, О. С. Психические расстройства при болезни Паркинсона и их коррекция / О. С. Левин. В кн.: Экстрапирамидные расстройства : руководство по диагностике и лечению [под ред. Штока В. Н. и др.] — М.: Медпресс-информ, 2002. — С. 125—151.
6. Московко, С. П. Мир болезни Паркинсона / С. П. Московко, Г. С. Московко // НейроNEWS. — № 3/2. — 2008. — С. 43—49
7. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / [Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс]. — СПб., 2005. — 86 с.
8. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: МИА, 2003. — 432с.
9. Собчик, Л. Н. Многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI) : методическое пособие / Л. Н. Собчик. — СПб., 1999. — 137 с.
10. Собчик, Л. Н. МЦВ — метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера : практическое руководство / Л. Н. Собчик. — СПб.: Изд-во «Речь», 2001. — 112 с.
11. Aarsland, D. Neuropsychiatric symptoms of patients with progressive supranuclear palsy and Parkinson's disease / D. Aarsland, I. Litvan, J. P. Larsen // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 2001. — Vol. 13(1). — P. 42—49.
12. Chaudhuri, K. R. Early Parkinson's disease and non-motor issues / K. R. Chaudhuri, Y. Naidu // J. of. Neurology. — 2008. — Vol. 255. — Suppl. 5. — P. 33—38.
13. Epidemiology of Parkinson's disease / [G. Alves, E. B. Forsaa, K. F. Pedersen, et. al.] // Ibid. — 2008. — Vol. 255. — Suppl. 5. — P. 18—32.
14. Kay, S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophr. Bull. — 1987. — Vol. 13. — P. 261—276.

Надійшла до редакції 11.07.2012 р.

Д. Ю. Сайко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Особливості клініки і закономірності формування психічних розладів при хворобі Паркінсона

Наведено дані комплексного дослідження психічних розладів у хворих на хворобу Паркінсона. Обстежено 373 хворих на хворобу Паркінсона: 297 хворих на хворобу Паркінсона, яка ускладнена психічними розладами (основна група) та 76 хворих на хворобу Паркінсона без психічних порушень (контрольна група) Проаналізовано структуру психічної патології у хворих на хворобу Паркінсона. Виділено основні клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, чинники та механізми формування різних психічних розладів при хворобі Паркінсона.

Ключові слова: психічні розлади, хвороба Паркінсона, етіопатогенетичні фактори, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні механізми формування.

D. Yu. Sayko

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

Clinical peculiarities and regularities of formation of mental disorders in Parkinson's disease

The data of an integrated examination of mental disorders in patients with Parkinson's disease (PD). Three hundred seventy three PD patients were examined, including 297 PD patients with mental disorders (the main group) and 76 PD patients without mental impairments (the control group). The structure of mental pathology in patients with PD was analyzed. The main clinical-psychopathological and pathopsychological peculiarities, factors, and mechanisms of formation of different mental disorders in PD were determined.

Key words: mental disorders, Parkinson's disease, etiopathogenetic factors, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological mechanisms of formation.

УДК: 616.1-005.4:616.89.19

М. Б. Федак, *здобувач кафедри психотерапії*
Харківська академія післядипломної освіти (м. Харків)

ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

У статті викладені дані з клініко-психопатологічного та патопсихологічного вивчення хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Виділені провідні психопатологічні синдроми, встановлено підвищення рівня тривоги та депресії. Сформована етапна система психотерапевтичної корекції.

Ключові слова: ІХС, тривога, депресія, психотерапія

За останні роки в Україні, як в цілому світі спостерігається постійна тенденція до зростання захворювань серцево-судинної системи, серед яких провідне місце займає ішемічна хвороба серця (ІХС). Підвищена психоемоційна стресогенність оточуючого середовища є визначальним чинником такого становища [2—4, 8—10].

Численні дослідження підкреслюють патогенетичну значущість у розвитку ІХС саме стану емоційної сфери хворих. Враховуючи таке становище, важливим є визначення стану психоемоційної сфери хворих на ІХС та розроблення лікувально-реабілітаційних програм медико-психологічної спрямованості [1, 4, 7].

У 25 % осіб з захворюваннями системи кровообігу спостерігаються тривожно-депресивні емоційні порушення [5].

В останній час набула розвитку концепція психокардіології, яка обумовлює необхідність вивчення психосоматичних і соматопсихічних співвідношень у хворих на серцево-судинні захворювання [11].

Все зазначене обумовило обґрунтування проведеного нами дослідження, метою якого було визначення стану емоційної сфери хворих на ІХС.

До спостереження увійшли 65 осіб, хворих на ІХС — 44 чоловіки та 21 жінка віком від 42 до 60 років (середній вік —48,6 років), які склали основну групу. До групи порівняння увійшли 48 осіб, хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) без ознак ІХС —27 чоловіків та 21 жінка віком від 40 до 60 років, середній вік — 46,5 років.

Відповідно до критеріїв Канадської асоціації кардіологів була діагностована у всіх обстежених хворих стабільна стенокардія напруження I—III функціональних класів.

Дослідження було побудовано за лонгітудінальним дизайном. Застосовані такі методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (шкала депресії Гамільтона HDRS), шкала реактивної тривоги та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна), статистичний.

Першим етапом дослідження стало вивчення преддиспозиційних чинників формування психоемоційного стану обстежених пацієнтів з ІХС та АГ. У всіх пацієнтів були виявлені особистісно-значущі емоційно-стресові чинники. Виділені деякі гендерні відмінності — у чоловіків преддиспозиційні психотравмуючі чинники містилися більшою мірою в соціальній площині, а у жінок — в особистісній.

Результати психодіагностичного дослідження виявили таке. У процесі дослідження за даними методики Спілбергера — Ханіна встановлено високий рівень як особистісної тривожності, так і реактивної тривоги у більшості пацієнтів основної групи. У хворих на ІХС вони становили 54,4 ± 1,02 та 49,8 ± 1,29 балів, відповідно, і були дещо вищими ніж у пацієнтів з АГ — 48,4 ± 1,06 та 46,8 ± 1,79 балів, відповідно. Для хворих обох груп були характерні тривожні побоювання з приводу свого стану здоров'я (прогресування хвороби, виникнення інфаркту міокарду, повторних приступів тощо) та соціальної адаптації із урахуванням впливу захворювання.

Аналіз показників депресивного стану хворих на ІХС та АГ за даними шкали Гамільтона показав високий рівень депресії (64,2 ± 1,07 та 52,0 ± 1,05 бали відповідно). При цьому у пацієнтів основної групи переважали емоції тривожно-депресивного спектра: тривога — 97,1 ± 1,7 %, сум — 95,7 ± 2,0 %, досада — 91,4 ± 2,8 %, засмучення — 87,1 ± 3,4 %, туга — 80,0 ± 4,0 %, а у досліджених групи порівняння — емоції побічно-депресивного спектра: страх — 98,6 ± 1,2 %, тривога — 95,7 ± 2,0 %, переляк — 90,0 ± 3,0 %, туга — 87,1 ± 3,4 %, жах — 85,7 ± 3,5 %, смуток — 84,3 ± 3,6 % та відчай — 62,7 ± 4,8 %. В обстежених порівняльної групи показники депресії були клінічно не окресленими (39,7 ± 2,01 балів); крім того, у них домінували позитивні емоції: довіра (81,4 ± 0,7 %), задоволення (64,1 ± 0,2 %), симпатія (61,5 ± 0,5 %), упевненість (57,9 ± 3,1 %), радість (51,9 ± 1,2 %).

Клінічні прояви у обстежених хворих були в межах синдромологічних утворень депресивного, тривожного і тривожно-депресивного характеру.

Статистичне оброблення отриманих даних дозволило провести рівневу стратифікацію патогенетично значущих чинників формування розладів психічної сфери. Провідними патогенетичними ланками формування психопатологічної симптоматики у хворих на ІХС були порушення емоційної сфери тривожного, депресивного і сполученого регістру.

На підставі отриманих результатів була сформована система медико-психологічної корекції емоційних порушень, яка побудована за інтегративним принципом.

На останньому етапі дослідження був проведений комплексний аналіз отриманих результатів за напрямками зміни образу життя, підтримуючої терапії та медико-психологічного супроводу. Встановлені деякі відмінності у хворих різних груп досліджених: краща ефективність встановлена в основній групі хворих на ІХС, тоді як у групі порівняння отриманий прогноз виявився лише задовільним.

За результатами аналізу висновки з отриманих даних надали можливість прогнозувати високу ефективність лікування у хворих на ІХС із порушеннями емоційної сфери. Застосування психокорекційної програми дасть можливість підвищити рівень медичної, психологічної та особистісної реабілітації, покращити рівень соціального функціонування хворих та якість їхнього життя.

Список літератури

1. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова // Неврология и психиатрия. — 2008. — № 243. — С. 71—74.

2. Марута Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — С. 5.

3. Марута Н. А. Депрессии в общесоматической практике: Справ. Пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Н. А. Марута, Л. Н. Юрьева, А. И. Мамчур. — Киев, 2009. — 30 с.

© Федак М. Б., 2012

4. Михайлов Б. В. Соматоформные расстройства: клиника, диагностика, принципы терапии / Б. В. Михайлов, Е. И. Кудинова // Архів психіатрії. — 2010. — Т. 16, вип. 3(62). — С. 8—13.

5. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (аспекты психопатологии и клинической систематики) / А. Б. Смулевич, А. А. Сыркин, А. Н. Львов // Приложение к журналу Неврология, психиатрия, психосоматика. — 2010. — С. 4—36.

6. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2000—2010 рр. — Харків, 2011. — 173 с.

7. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії (2-е видання, перероблене та доповнене) / за ред. д. м. н., проф. Підкоритова В. С. В кн.: Довідник лікаря «Психіатр». — К.: Доктор-Медік, 2011. — 292 с.

8. Табачніков С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України // Міжнародний психіатричний журнал. — 2007. — Т. I, № 1. — С. 5—7.

9. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення/ Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10—14.

10. Чабан О. С. 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. — К., 2009. — 40 с.

11. An open label trial of interpersonal psychotherapy in depressed patient with coronary disease / [D. Koszycki, S. Lofountaine, N. Fiasure-Smith et al.] // Psychosomatics. — 2004. V. 45(4). — P. 319—324.

Надійшла до редакції 27.06.2012 р.

М. Б. Федак

Эмоциональные расстройства у больных с ишемической болезнью сердца

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

В статье изложены данные клинико-психопатологического и патопсихологического изучения больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Выделены ведущие психопатологические синдромы, установлено повышение уровня тревоги и депрессии. Сформирована этапная система психотерапевтической коррекции.

Ключевые слова: ИБС, тревога, депрессия, психотерапия.

M. Fedak

Emotions disorders in patients on coronary hart disease

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

The results of clinic-psychopathologic and pathopsychologic investigations in patients on coronary hart disease are note in this article. The main psyhopatologic syndromes approved increased levels of anxiety and depression was shawn. It was established a new step by step system of psychotherapeutic correction.

Key words: coronary hart disease, anxiety, depression, psychotherapy.

УДК 616.89-008.47:616.891.4

В. Ю. Федченко, *аспірант відділу неврозів та пограничних станів*
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
(м. Харків)

СПЕЦИФІКА ФАКТОРІВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНУ СТРУКТУРУ ДАНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Проведена комплексна якісна та кількісна оцінка факторів психічної травматизації (ФПТ) у хворих на соматоформні розлади, встановлений їхній зв'язок із провідним синдромом.

Визначена суб'єктивна значущість ФПТ, а також об'єктивні анамнестичні дані щодо тривалості їхньої дії, інтервалу від початку дії ФПТ до виникнення клінічних проявів, характеру дії ФПТ, їх динаміки на момент обстеження, а також реакції на аналогічні події в минулому. Виокремлено провідні та «фонові» ФПТ, а також сфера формування невротичного конфлікту у цієї категорії хворих.

Встановлено, що на розвиток соматоформних розладів впливають провідні ФПТ, пов'язані зі сферою власного здоров'я та сімейними стосунками з орієнтацією на власні потреби, що визначають особливості клінічних проявів соматоформних розладів у вигляді виражених вегето-вісцеральних та емоційних порушень.

Ключові слова: соматоформні розлади, фактори психічної травматизації, етіологія, патогенез

Епідеміологічні дослідження свідчать про стрімке зростання пограничних психічних розладів, спровокованих психічною травматизацією за наявності низького адаптаційного потенціалу особистості [1—4].

Згідно з результатами проведених досліджень вважається, що під час формування невротичних розладів сама хвороба є психотравмою [5—7].

Так, при соматоформних розладах, відповідно до концепції мультифакторного ґенезу, особливостями психотравмуючих ситуацій є не лише наявність психогенної дії зовнішнього чинника, але й подальше приєднання самого соматичного неблагополуччя, яке проявляється вегето-вісцеральними пароксизмами. У хворих спостерігаються симптоми невротичного реагування у формі елементарних емоційних реакцій, рідше — невротичної фіксації, що виникає при відчутті соматичного дискомфорту [8, 9].

За даними літератури, на формування соматоформних розладів впливають психогенні чинники різноманітної природи, такі як побутові, соціальні, сімейні та особистісні [9—11].

Незважаючи на те, що виникнення та збереження клінічної симптоматики міцно пов'язані з неприємними подіями, переживаннями або конфліктами, хворі, зазвичай, опираються спробам обмірковувати можливості її психологічної обумовленості, що може відбуватися навіть при наявності чітких депресивних та тривожних симптомів. Для хворих на соматоформні розлади досяжний ступінь розуміння причин виникнення хворобливих проявів часто виявляється небажаною та фруструючою ситуацією [10, 12].

Враховуючи вищенаведене, визначення специфіки факторів психічної травматизації у хворих на соматоформні розлади та їхнього впливу на клініко-психопатологічну структуру даної патології має практичне значення для розроблення патогенетично зумовлених схем психотерапевтичної корекції цих розладів.

Для досягнення мети дослідження у відділі неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України» було обстежено 50 хворих на соматоформні розлади (F 45). Групу обстежених склали 4 хворих на соматизовані розлади (F 45.0), 40 хворих на соматоформну вегетативну

© Федченко В. Ю., 2012

дисфункцію серця та серцево-судинної системи (F 45.30) та 6 хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (F 45.31). Враховуючи подібність психопатологічної структури даних розладів, вони були розглянуті в рамках однієї форми психічної патології. Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10. До групи порівняння увійшли 50 осіб без психічних розладів.

Використовували комплексний підхід, що включав клініко-психопатологічний метод (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки) в сполученні з анкетою-опитувальником «Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)» [13] з метою всебічної кількісної та якісної оцінки факторів психічної травматизації, який був доповнений клінічним опитувальником для виявлення та оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич) [14], а також методи статистичної обробки отриманих результатів.

У групі хворих на соматоформні розлади переважали особи жіночої статі (78,00 %), чоловіків було 22,00 % пацієнтів. Більшість хворих належали до вікової групи від 30 до 39 років (42,00 %), значну частину обстежених складали пацієнти у віці від 18 до 29 років (26,00 %) та у віковій групі 40—49 років (20,00 %), 12,00 % становили особи у віці від 50 до 59 років.

Аналіз рівня освіти обстежених продемонстрував, що більшість осіб мали вищу освіту (72,00 %). Середню, середню спеціальну і незакінчену вищу освіту мали відповідно 4,00 %, 20,00 % та 4,00 % пацієнтів. Переважна більшість обстежених даної групи проживали в місті (84,00 %), значно менша кількість — в сільській місцевості (16,00 %).

Вивчення сімейного стану показало, що всі обстежені характеризували власне особисте життя незадовільно, при цьому 76,00 % пацієнтів перебували у шлюбі, а 24,00 % — були самотні.

Більшість хворих на соматоформні розлади належали до категорії працюючих (70,00 %), серед них 71,43 % осіб займалися розумовою працею. 12,00 % обстежених тимчасово не працювали, 16,00 % — не працювали, але й не намагалися знайти роботу, 2,00 % хворих були студентами. Необхідно відзначити, що у деяких випадках пацієнти, переважно жінки, розглядали можливість звільнення з роботи, або зміни роду діяльності, якщо їх самопочуття не поліпшиться.

У групі порівняння переважали жінки, більшість осіб належала до вікової групи 18—29 років (40,00 %), значну частину обстежених становила група осіб у віці 30—39 років (36,00 %). Більшість осіб мали вищу освіту (54,00 %), проживали у місті (84,00 %), перебували у шлюбі (64,00 %), належали до категорії працюючих (76,00 %) та займалися розумовою працею (44,00 %). Таким чином, група порівняння за віком, місцем проживання, сімейним станом, рівнем освіти та зайнятості була подібна до основної. Вірогідно більше хворих на соматоформні розлади були жіночої статі, мали вищу освіту та займалися розумовою працею, проте в цій групі вірогідно більше осіб не працювали та не шукали роботу ($p \leq 0,05$).

Тривалість захворювання на соматоформні розлади у більшості випадків складала від 1-го до 3-х років (40,00 %). У значній кількості обстежених був зафіксований термін захворювання від 6-ти місяців до 1-го року (24,00 %). Тривалість захворювання терміном до 1-го місяця, від 1-го до 3-х місяців, від 3-х до 6-ти місяців і від 3-х до 10 років становила відповідно 6,00 %, 6,00 %, 4,00 % та 14,00 % випадків. Хронічний перебіг з тривалістю від 10 і більше років спостерігався у 6,00 % випадків.

Вивчення попереднього лікування показало, що усі хворі на соматоформні розлади до того часу як були госпіталізовані у відділення неврозів та пограничних станів, зверталися до спеціалістів іншого профілю. Після неодноразових обстежень у лікарів-інтерністів соматичних розладів виявлено не було і хворі були направлені до психіатрів. Більшість осіб (60,00 %) не отримували попереднього лікування та після обстежень і виключення наявної соматоневрологічної патології були направлені для отримання спеціалізованої психіатричної медичної допомоги. У 40 % випадків пацієнти отримували лікування переважно 1—2 рази як у лікарів-інтерністів, так і у психіатрів.

З метою детального вивчення особливостей психогеній застосовували анкету-опитувальник «Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)», структура якої надавала можливість усебічно проаналізувати як суб'єктивну значущість ФПТ, що вплинули на самопочуття обстежених, так і об'єктивні анамнестичні дані щодо тривалості їхньої дії, інтервалу від початку дії ФПТ до виникнення клінічних проявів, характеру дії ФПТ, їх динаміки на момент обстеження, а також реакції на аналогічні події в минулому.

На підставі анкети-опитувальника встановлено, що в ґенезі соматоформних розладів значно переважали поєднані ФПТ (76,00 %). Причому, зроблено висновок, що пацієнти, які обирали поодинокі ФПТ, мали нижчий рівень адаптаційних можливостей, оскільки сприймали психогенні ситуації як більш суб'єктивно неподолані і зверталися по медичну допомогу на значно коротших термінах захворювання.

Сприйняття гостроти психогенної ситуації у хворих на соматоформні розлади свідчило, що в 56,30 % випадків пацієнти оцінювали ФПТ як хронічні, а в 43,70 % випадків сприймали ситуацію як гостру.

Тривалість дії ФПТ більше 12-ти місяців визначалась у 48,89 % випадків, у 14,81 % випадків становила від 6-ти до12-ти місяців, у 13,33 % — від 1-го до 3-х місяців, у 11,11 % — від декількох днів до 1 місяця, у 6,67 % — 1 місяць, у 5,19 % — від 3-х до 6-ти місяців.

Вивчення інтервалу від початку дії ФПТ до виникнення клінічних проявів продемонструвало, що у 29,63 % випадків невротичні симптоми виникали протягом декількох днів після початку дії ФПТ, у 27,41 % випадків — більше, ніж через 12 місяців, по 11,85 % випадків складали інтервали «1 місяць», «3—6 місяців» та «від 6-ти до 12-ти місяців» та інтервал «до 3-х місяців» становив 7,41 % всіх випадків.

За характером дії ФПТ у хворих на соматоформні розлади розподілилися таким чином: у 50, 37 % випадків на момент обстеження психогенна ситуація тривала, у 42,22 % випадків відбулася та в 7,41 % випадків лише припускалася.

Були розглянуті особливості динаміки ФПТ на момент обстеження хворих на соматоформні розлади. Так, у 31,85 % випадків ситуація була частково подолана, у 29,63 % випадків залишилася незмінною, у 20,00 % випадків ситуація була подолана повністю та лише у 18,52 % випадків погіршилася.

Реакції на аналогічні події в минулому в 42,22 % випадків не було, у 31,85 % випадків стан був легший за теперішній, у 16,30 % випадків такий ж за важкістю, у 9,63 % випадків важчий за теперішній.

Серед факторів психічної травматизації хворі на соматоформні розлади частіше за все відзначали фактор, пов'язаний зі станом власного здоров'я (38,00 % хворих), напруження та нерегулярність в навантаженнях (34,00 % хворих), відсутність емоційної підтримки (24,00 % хворих), конфлікти подружжя (18,00 % хворих), смерть близького члена родини (16,00 % хворих), переживання самотності (14,00 % хворих), хворобу близьких (12,00 %), «невпевненість у завтрашньому дні» (страх погіршання соціально-економічного стану в майбутньому або змін умов життя в цілому) та конфлікти з родичами (по 10,00 % хворих).

Слід зазначити, що була виявлена відмінність між кількістю виявлених у пацієнтів ФПТ та їхнім суб'єктивно значущим навантаженням. Так, найбільш значущими хворі на соматоформні розлади вважали й оцінювали найвище переживання самотності — 9,86 балів та відсутність емоційної підтримки — 8,50 балів. ФПТ, пов'язаним зі станом власного здоров'я, відповідала оцінка в 8,34 балів, факторам напруження та нерегулярності в навантаженнях — 8,24 балів, конфліктам подружжя та хворобі близьких — по 8,00 балів, смерті близької людини — 7,88 балів, конфліктам з родичами — 7,80 балів та «невпевненості у завтрашньому дні» — 6,40 балів.

Для зіставлення у групі порівняння виокремлено 12 факторів психічної травматизації, які реєструвалися частіше за інші, серед них смерть близького члена родини — 42,00 % осіб, власна хвороба — 24,00 % осіб, переживання самотності, «невпевненість у завтрашньому дні» — 20,00 % осіб, хвороба близьких, погіршання або незадоволеність матеріально-побутовим становищем — 18,00 % осіб, відсутність емоційної підтримки, втрата близької або коханої людини, конфлікти з оточуючими (друзі, сусіди) — 14,00 % осіб, зрада, розлучення, напруження та нерегулярність в навантаженнях — 12,00 % осіб.

Так само, як і в основній групі, були виявлені деякі розбіжності між кількістю обраних обстеженими ФПТ та їх суб'єктивно значущим навантаженням. За кількістю балів обстежені найвище оцінювали розлучення — 9,67 балів, зраду — 9,50 балів, втрата близької або коханої людини — 9,00 балів, смерть близького члена родини — 8,95 балів, переживання самотності — 7,70 балів, погіршання або незадоволеність матеріально-побутовим становищем — 7,44 балів, напруження та нерегулярність в навантаженнях — 7,33 балів, хворобу близьких — 7,11 балів, власну хворобу — 7,00 балів, відсутність емоційної підтримки — 6,70 балів, «невпевненість у завтрашньому дні» — 6,70 балів, конфлікти з оточуючими (друзі, сусіди) — 6,57 балів.

Для об'єктивізації отриманих даних в структурі анкети фактори психічної травматизації розподілені відповідно до сфер життєдіяльності людини. За загальним аналізом факторів психічної травматизації у хворих на соматоформні розлади та осіб групи порівняння за сферами психогенного впливу (таблиця) у хворих на соматоформні розлади найбільша кількість ФПТ була пов'язана зі сферою сімейних стосунків, в той час як у осіб групи порівняння — зі здоров'ям, власним або близьких (відповідно 33,33 % та 25,95 %). У хворих вірогідно більше ($p \leq 0,05$) відзначались не тільки «сімейні» ФПТ, але й у сфері здоров'я та професійної діяльності, а вірогідно менше ($p \leq 0,05$) — соціально-економічні та соціально-психологічні ФПТ порівняно з особами групи порівняння.

Характеристика факторів психічної травматизації

Фактори психічної травматизації	% ± *m* %		Значущість ФПТ (вираженість у балах)	
	Хворі на соматоформні розлади	Група порівняння	Хворі на соматоформні розлади	Група порівняння
Пов'язані зі здоров'ям	26,67 ± 3,82 *	25,95 ± 3,23 *	8,42 ± 1,57 *	8,08 ± 2,12 *
Сімейні	33,33 ± 4,07 *	24,86 ± 3,19 *	7,78 ± 2,18	7,82 ± 2,16
«Сепараційні»	10,37 ± 2,63	15,14 ± 2,64	9,50 ± 0,92 *	8,38 ± 1,58 *
Пов'язані з професійною діяльністю	14,81 ± 3,07 *	8,65 ± 2,07 *	7,80 ± 2,21	6,65 ± 2,18
Соціально-економічні та соціально-психологічні	12,59 ± 2,87 *	21,62 ± 3,03 *	8,00 ± 1,53 *	6,73 ± 2,55 *
Емоційно-стресові потрясіння	2,22 ± 1,27	3,78 ± 1,41	6,00 ± 1,71	5,67 ± 1,69

Умовні позначення: * — при порівнянні показників у групах хворих на соматоформні розлади та осіб групи порівняння різниця вірогідна при $p \leq 0,05$

Найвище за ступенем психогенного впливу хворі на соматоформні розлади та особи групи порівняння оцінювали «сепараційні» ФПТ (відповідно 9,50 та 8,38 балів). При цьому, хворі вірогідно вище за осіб групи порівняння ($p \leq 0,05$) оцінювали значущість факторів, пов'язаних зі здоров'ям, «сепараційних», соціально-економічних та соціально-психологічних.

В цілому, пацієнти з соматоформними розладами мали певні проблеми у різних сферах життя, але можна відзначити, що у цієї категорії хворих найбільш актуальними за процентними та бальними характеристиками є фактори психічної травматизації, пов'язані зі сферою здоров'я та сімейними стосунками. Смерть або страждання близьких людей ініціювали у хворих тривогу та сумніви щодо власного здоров'я, а погане самопочуття або власні хвороби в минулому змушували неодноразово звертатися до лікарів-інтерністів у пошуках «невиліковної» патології. При цьому вони відчували роздратованість, якщо стикалися з непорозумінням з боку оточуючих або лікарів і вимагали розуміння їх стану та участі у пошуках допомоги. Таким чином, надмірна увага та щадне ставлення до власного здоров'я ставали у цієї категорії хворих домінуючою ідеєю.

Враховуючи вищенаведене, необхідно зауважити, що специфіка факторів психічної травматизації визначає особливості клінічних проявів соматоформних розладів. Проведений факторний аналіз продемонстрував, що найбільший вплив на симптоматику (достовірна

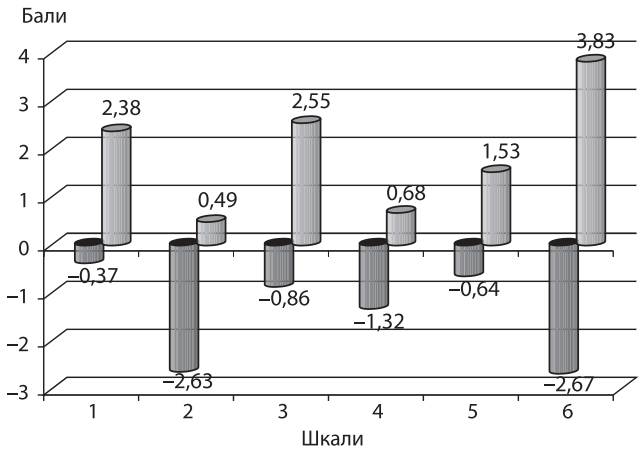
кореляція з провідним синдромом вегетативних порушень) у хворих на соматоформні розлади мали фактори, пов'язані зі сферою власного здоров'я та сімейними стосунками з орієнтацією на власні потреби (r = +0,63; r = +0,56).

В цілому, клінічна картина соматоформних розладів у групі обстежених характеризувалася наявністю виражених вегето-вісцеральних та емоційних порушень. Під час оцінки вегето-вісцеральних проявів виявлено, що основними були скарги на кардіалгії (84,00 %), коливання тиску (80,00 %), вегето-судинні пароксизми (78,00 %), головний біль (76,00 %), неприємні больові відчуття в епігастрії (54,00 %), задуху (32,00 %).

Порушення емоційної сфери проявлялися у вигляді емоційної лабільності (86,00 %), дратівливості (82,00 %), зниженого настрою (74,00 %), експлозивності (52,00 %) та неадекватності емоційного реагування (48,00 %).

У більшості хворих на соматоформні розлади були виявлені порушення ефекторно-вольової сфери такі, як астенія (72,00 %) та пов'язана з нею гіподинамія (68,00 %).

Отримані дані повністю підтверджуються результатами обстеження за допомогою клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич) (рисунок).



Умовні позначення шкал:
1 — Тривога; 2 — Невротична депресія; 3 — Астенія; 4 — Істеричний тип реагування; 5 — Обсесивно-фобічні порушення; 6 — Вегетативні порушення

Рівень невротизації у хворих на соматоформні розлади та осіб групи порівняння

З цих результатів видно, що у хворих на соматоформні розлади показники ДК < –1,28 були зареєстровані за шкалами невротичної депресії, істеричного типу реагування та вегетативних розладів, що свідчить про хворобливий характер виявлених порушень. Найнижчий показник ДК (–2,67 бали) відзначався за шкалою вегетативних порушень. Для хворих цієї групи характерною була зосередженість на власному самопочутті, соматичних відчуттях, роботі внутрішніх органів.

Для цієї категорії хворих характерним був низький показник ДК і за шкалою невротичної депресії, що становив –2,63 бали. Депресивний компонент поряд зі зниженим настроєм проявлявся відчуттям невизначеності, безвиходу, песимістичним переглядом системи цінностей, ідеями поразки, думками про свою нікчемність та невірно обраний життєвий шлях. Необхідно підкреслити, що для хворих на соматоформні розлади значущим фактором був не тільки стан здоров'я, але й реакція оточуючих. Вони потребували уваги, співчуття до себе, розуміння їх стану, участі у пошуках допомоги. Наведені особливості ставлення хворих до свого стану відповідають виявленому за шкалою істеричного типу реагування ДК, що становив –1,32 бали.

Депресивний компонент у структурі соматоформних розладів був міцно пов'язаний з тривогою та обсесивно-фобічними порушеннями. Хворі відчували тривогу, страх за своє здоров'я, страх наявності невиліковної хвороби. Наведені скарги супроводжувалися загальною слабкістю, млявістю та відчуттям внутрішнього дискомфорту. ДК за шкалами тривоги, астенії та обсесивно-фобічних порушень були в інтервалі від –1,28 до +1,28 бали і свідчили, що виявлені порушення сприяли поглибленню психопатологічної симптоматики.

Таким чином, соматоформні розлади у групі обстежених формувалися переважно під впливом поєднаних (76,00 %), хронічних факторів психічної травматизації (56,30 %). За іншими характеристиками на розвиток захворювання впливали поточні (50,37 %), довготривалі ФПТ (48,89 %), з якими пацієнти раніше не стикалися (42,22 %). У більшості випадків симптоматика розвивалася впродовж декількох днів після дії ФПТ (29,63 %), проте на момент обстеження для значної кількості пацієнтів психогенна ситуація частково втратила свою актуальність (31,85 %).

За результатами проведеного дослідження, на розвиток соматоформних розладів впливають провідні ФПТ, пов'язані зі сферою власного здоров'я та сімейними стосунками з орієнтацією на власні потреби, що визначають особливості клінічних проявів соматоформних розладів у вигляді виражених вегето-вісцеральних та емоційних порушень.

Список літератури

1. Венгер, О. П. Вплив соціальних факторів на розвиток неврастенії, дисоціативних та тривожно-фобічних розладів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.18 / О. П. Венгер. — Х., 2003. — 20 с.

2. Дворников, В. В. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей невротические тревожно-фобические расстройства / В. В. Дворников // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14. — № 1 (52).

3. Александровский, Ю. А. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2010. — № 5. — С. 27—35.

4. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2001—2010 рр. // [М. К. Хобзей, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко та ін.] — 2011. — 175 с.

5. Органные неврозы как психосоматическая проблема / [А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, С. И. Рапопорт и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. — № 12. — С. 4—16.

6. Романовский, В. А. Психогении. Невротические реакции, неврозы, невротические развития : лекция / В. А. Романовский. — 2001. — 108 с.

7. Иванов, С. В. Органные неврозы: аспекты психосоматических соотношений в клинической гетерогенности / С. В. Иванов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — № 1. — С. 10—17.

8. Жданова, М. П. Соматоформные расстройства (типология, принципы лечения) / М. П. Жданова, Е. А. Пугач // Реабилитация и абилитация человека. Интегративно-информационные технологии : сб. науч. работ; под ред. В. Н. Казакова. — Киев: КВТЦ, 2004. — С. 177—185.

9. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / [Б. В. Михайлов,

И. Н. Сарвир, В. В. Чугунов, Н. В. Мирошниченко] // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1. — Вып. 1. — С. 36—38.

10. Невротичні, соматоформні розлади та стрес : навч. посібник / [Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов, А. Мамчур, Т. В. Малишко]; за ред. проф. Л. М. Юр'євої. — Дніпропетровськ: Арт-пресс, 2006. — 116 с.

11. Janca, A. Diagnosis and assessment of somatoform disorders: facts and controversiers / A. Janca. In: Book of Abstracts of XIV World Congress of Psychiatry. — Prague, 2008. — P. 206.

12. Михайлов, Б. В. Патогенетические механизмы, клиника, дифференциальная диагностика и принципы терапии саматоформных расстройств / [Б. В. Михайлов и др.] // Проблемы медицинской науки и образования. — 2001. — № 2. — С. 22—26.

13. Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ): свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська: № 35636; 10.11.2010.

14. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие / под. ред. В. Д. Менделевича. — М., 2005. — 432 с.

Надійшла до редакції 08.08.2012 р.

В. Ю. Федченко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

Специфика факторов психической травматизации у больных соматоформными расстройствами и их влияние на клинико-психопатологическую структуру данной патологии

Проведена комплексная качественная и количественная оценка факторов психической травматизациии (ФПТ) у больных соматоформными расстройствами, установлена их связь с ведущим синдромом.

Определена субъективная значимость ФПТ, а также объективные анамнестические данные относительно их длительности воздействия, интервала от момента действия ФПТ до возникновения клинических проявлений, характера действия ФПТ, их динамики на момент обследования, а также реакции на аналогичные события в прошлом. Выделены ведущие и «фоновые» ФПТ, а также сфера формирования невротического конфликта у этой категории больных.

Установлено, что на развитие соматоформных расстройств влияют ведущие ФПТ, связанные со сферой собственного здоровья и семейными отношениями с ориентацией на собственные потребности, которые определяют особенности клинических проявлений соматоформных расстройств в виде выраженных вегето-висцеральных и эмоциональных нарушений.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, факторы психической травматизации, этиология, патогенез.

V. Yu. Fedchenko

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

Specific of factors of mental trauma in patients with somatoform disorders and their impact on clinical and psychopathological structure of the pathology

Comprehensive qualitative and quantitative assessment of the factors of mental trauma (FMT) was carried out in patients with somatoform disorders, their connection with the leading syndrome was established.

The subjective importance of FMT and the objective medical history of their duration, the interval from the time of effect of the FMT to the appearance of clinical manifestations, the nature of the FMT, their dynamics at the time of examination and reactions to similar events in the past were determined. Major and "background" FMT and the field of formation of neurotic conflict in these patients were selected.

It was found that the development of somatoform disorders is affecting of leading FMT, which related to the field of a personal health and family relationships with a focus on their needs and results in clinical manifestations of somatoform disorders in a form of expressive vegetative-visceral and emotional disorders.

Key words: somatoform disorders, factors of mental trauma, etiology, pathogenesis.

УДК:615.214-061.64

В. В. Шаповалов (мол.), *канд. фарм. наук, доцент каф. фармацевтичного права ІПКСФ*
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації (м. Харків),
Адвокатська компанія «Шаповалов, Жук та партнери» (м. Харків)

ДОКАЗОВА ФАРМАЦІЯ: ВИВЧЕННЯ РЕЖИМУ КОНТРОЛЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ІЗ КОРТЕКСИНОМ

З позиції доказової фармації вивчено особливості режиму контролю лікарських засобів із кортексином. Отримані дані використано під час розроблення схем комплексної фармакокорекції наркопацієнтів з опіоїдною залежністю. Наукова новизна та теоретична значущість здобутих результатів захищена патентом України.

Ключові слова: доказова фармація, режим контролю, лікарські засоби, кортексин, наркопацієнти, опіоїдна залежність

Однією із найважливіших ланок фармакокорекції адиктивних розладів здоров'я внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР) різних класифікаційно-правових груп (КПГ) є не тільки лікування фізичної та психічної залежності пацієнтів від ПАР, а й створення максимально нормальної якості життя пацієнта після лікування [7, 8]. Під час вживання ПАР порушується робота всіх органів і систем організму та спостерігається розвиток абстинентного синдрому. Характерними для абстинентного синдрому є виникнення неврологічних та психічних порушень. При неврологічних порушеннях абстинентного синдрому спостерігається тремор тіла та кінцівок, порушення координації рухів тощо. При психічних порушеннях, які розвиваються як відображення абстинентного синдрому, характерно зниження настрою, тривога, безсоння та роздратованість. Особливої шкоди під час нераціонального вживання ПАР зазнає головний мозок та центральна нервова система (ЦНС). Порушується кровопостачання головного мозку, процеси мислення, погіршується пам'ять, знижується увага. Тому, в комплексному лікуванні адиктивних розладів здоров'я внаслідок зловживання ПАР різних КПГ необхідним і доцільним є включення у схеми фармакокорекції лікарських засобів (ЛЗ), які мають не тільки церебропротекторну та ноотропну дію, а й мали б відновлюючий вплив на ЦНС [5, 9].

© Шаповалов В. В. (мол.), 2012

Мета дослідження — вивчення режиму контролю ЛЗ із ноотропною дією в рамках доказової фармації для включення у схеми комплексної терапії наркохворих на адиктивні розлади здоров'я, зокрема на опіоїдну залежність.

Як імперативний матеріал виступали ЛЗ із ноотропною дією, які знаходяться в обігу на фармацевтичному ринку України, для яких було досліджено режим контролю із використанням методів нормативно-правового, документального та графічного аналізу [3, 10].

Відповідно до міжнародної АТС-класифікації ЛЗ із ноотропною дією виділено в окремий розділ — «Психостимулятори, засоби, що застосовуються при синдромі порушення уваги, гіперактивності та ноотропні засоби», які мають АТС-код N06B [1]. Серед ноотропних ЛЗ привертають увагу ті, що належать до розділу класифікаційної системи АТС N06B X «Інші психостимулюючі та ноотропні засоби», а саме до розділу — N06B X20 «Інші» (табл. 1).

Таблиця 1

Лікарські засоби, які належать до розділу N06B X20 класифікаційної системи АТС

МНН	Торгова назва	Лікарська форма	Виробник
Comb. drugs	Кіндінорм	Гранули 20 г	LHU (Німеччина)
Кортексин + гліцин	Кортексин	Ліофілізований порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 5 мг та 10 мг N. 10	Герофарм (Росія)
N-карбамоил-метил-4-фенил-2-пирролидон	Ентроп	Таблетки по 50 мг та 100 мг N. 10 та N. 20	ТОВ «Олфа» (Україна)
Фенотропіл	Фенотропіл	Таблетки по 100 мг N. 10 та N. 30	ВАТ «Валента фармацевтика» (Росія)

Як видно із табл. 1, до розділу N06B X20 класифікаційної системи АТС належать чотири ЛЗ зарубіжного та вітчизняного виробництва у різних лікарських формах: гранули для сублінгвального застосування, ліофілізований порошок для приготування розчину для внутрішньом'язових ін'єкцій та таблетки.

Термін дії та номер реєстраційного посвідчення досліджуваних ЛЗ коду N06B X20 наведено у табл. 2.

Таблиця 2

Номер та термін дії реєстраційного посвідчення ЛЗ, що належать до розділу N06B X20

Торгова назва	Номер Реєстраційного посвідчення та термін його дії		
	РП	Дата початку, р.	Дата закінчення, р.
Кіндінорм	UA/4962/01/01	25.08.2011	25.08.2016
Кортексин	UA/4470/01/01	28.01.2011	28.01.2016
Ентроп	UA/5233/01/02	18.10.2006	18.10.2011
Фенотропіл	UA/8945/01/01	16.06.2011	16.06.2016

За даними табл. 2 строк дії реєстраційного посвідчення всіх ЛЗ коду N06B X20 закінчується у 2016 році.

Подальші дослідження були спрямовані на вивчення режиму контролю ЛЗ коду N06B X20 за формулою:

$$РК = КФГ + КПГ + НПГ,$$

де РК — режим контролю;

КФГ — клініко-фармакологічна група;

КПГ — класифікаційно-правова група;

НПГ — номенклатурно-правова група.

Результати визначення режиму контролю наведено в табл. 3.

Таблиця 3

Режим контролю лікарських засобів коду N06B X20

Торгова назва	Лікарська форма	Режим контролю		
		КФГ	КПГ	НПГ
Кіндінорм	Гранули 20 г	N06B X20	Загальна	Без рецепта
Кортексин	Ліофілізований порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 10 мг N. 10	N06B X20	Загальна	За рецептом
Ентроп	Таблетки по 50 мг та 100 мг N. 10 та N. 20	N06B X20	Загальна	За рецептом
Фенотропіл	Таблетки по 100 мг N. 10	N06B X20	Загальна	Без рецепта
Фенотропіл	Таблетки по 100 мг N. 30	N06B X20	Загальна	За рецептом

Як видно із даних табл. 3, за КПГ усі ЛЗ цього розділу належать до загальної групи. За номенклатурно-правовою ознакою такі ЛЗ, як «Кортексін», «Ентроп» та «Фенотропіл» у вигляді таблеток по 100 мг N. 30 відпускаються за багаторазовим рецептом Ф-1, а ЛЗ «Кіндінорм» та «Фенотропіл» у вигляді таблеток по 100 мг N. 10 відпускається без рецепта лікаря. Таким чином, ЛЗ розділу класифікаційної системи N06B X20 є доступними для лікарів і пацієнтів різних вікових груп.

За результатами вивчення інструкцій для медичного застосування, довідникової інформації щодо фармакологічних властивостей ноотропних ЛЗ було визначено, що лікарські препарати, до складу яких входить амінокислота гліцин та активна речовина поліпептидного походження кортексин, є найбільш перспективними для включення їх у схеми комплексної фармакокорекції адиктивних розладів здоров'я. Активна речовина кортексин виявляє церебропротекторну, ноотропну та протисудомну дію, нормалізує співвідношення збуджуючих та гальмуючих амінокислот у головному мозку, регулює вміст дофаміну та серотоніну, що дозволяє не тільки коригувати когнітивні функції (покращання пам'яті, процесу навчання тощо), а й впливати на психічний стан наркопацієнтів. Амінокислота гліцин справляє седативний ефект, покращує метаболічні процеси

в тканинах головного мозку та м'язах, завдяки чому її застосовують у схемах фармакокорекції адиктивних розладів здоров'я (наприклад, алкоголізм). При цьому використовують фармакологічні властивості гліцину у вигляді зменшення потягу до алкоголю, зменшення проявів абстинентного синдрому, нормалізації сну та зниження роздратованості у наркопацієнтів. Крім того, слід зазначити, що ЛЗ, до складу яких входять активні речовини кортексин та гліцин, можна застосовувати як у педіатричній (навіть у новонароджених), так і в геронтологічній практиці, а також у комплексній фармакокорекції адиктивних розладів здоров'я для різних вікових категорій пацієнтів. Під час застосування ЛЗ, до складу яких входять активні речовини кортексин та гліцин, не спостерігається побічних реакцій, крім індивідуальної чутливості організму пацієнтів до таких ЛЗ [2, 6]. Цей факт свідчить на користь достатнього профілю безпеки ЛЗ із кортексином та гліцином, що дозволяє включати їх у схеми фармакокорекції такої адиктивної залежності як опіоїдна залежність.

Отримані результати дослідження режиму контролю ЛЗ із кортексином свідчать про доцільність їх включення до схем комплексної фармакокорекції адиктивних розладів здоров'я, зокрема опіоїдної залежності у наркопацієнтів. На підставі обґрунтування режиму контролю ЛЗ із кортексином розроблено спосіб комплексної терапії хворих на опіоїдну залежність, що захищено патентом України № 60001 (2011) [4].

Список літератури

1. Компендиум 2009 — лекарственные препараты / под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова. — К.: МОРИОН, 2009. — 2224 с.

2. 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.

3. Наказ МОЗ України від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» / Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17. — Вип. 2 (додаток). — С. 212—222.

4. Пат. 60001 Україна, МПК (2011.01) A 61 K 31/00. Спосіб комплексної терапії хворих на опіоїдну залежність / [І. К. Сосін, О. П. Гудзенко, В. В. Шаповалов (мол.), О. А. Осипов, С. І. Тараненко, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов, Ю. Ф. Чуєв, О. В. Друзь, І. М. Сквіра, А. О. Кадиров, В. О. Скобелєв, А. Д. Сайков] ; заявник і патентовласник Харк. мед. акад. післядип. освіти. — № u 201013202 ; заявл. 08.11.10 ; опубл. 10.06.11, Бюл. № 11. — 10 с.

5. Сосін І. К. Психічні та соматоневрологічні розлади здоров'я, обумовлені вживанням опіоїдів та їх фармацевтична корекція : метод. реком. / І. К. Сосін, В. П. Черних, В. В. Шаповалов (мол.). — Х., 2007. — 29 с.

6. Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні: лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря / за ред. В. В. Шаповалова. — Х.: Скорпіон, 2010. — 1200 с.

7. Фармацевтическое право в наркологии / Под ред. В. А. Шаповаловой, И. К. Сосина, В. В. Шаповалова. — Харьков: Факт, 2004. — 798 с.

8. Шаповалов В. В. (мол.). Доказова фармація: організаційно-правові підходи до замісної фармакотерапії наркопацієнтів в Україні / В. В. Шаповалов (мол.) // Ліки України плюс. — 2010. — № 1. — С. 13—15.

9. Шаповалов В. В. (мол.). Нераціональне вживання психоактивних речовин та судово-фармацевтичний моніторинг наркопацієнтів із розладами психіки та поведінки / В. В. Шаповалов (мол.) // Фармацевтичний журнал. — 2011. — № 1. — С. 25—28.

10. Legislation in pharmacy, forensic pharmacy and evidence-based pharmacy: Study book (series: Pharmaceutical law) / [V. A. Shapovalova, V. V. Shapovalov (Jr.), V. V. Shapovalov, et al.]. — [3-rd ed.]. — Kharkiv, 2011. — 160 p.

Надійшла до редакції 29.05.2012 р.

В. В. Шаповалов (мл.)

Институт повышения квалификации специалистов фармации (г. Харьков,) Адвокатская компания «Шаповалов, Жук и партнеры» (г. Харьков)

Доказательная фармация: изучение режима контроля лекарственных средств с кортексином

С позиции доказательной фармации изучены особенности режима контроля лекарственных средств с кортексином. Полученные данные использованы при разработке схем комплексной фармакокоррекции наркопациентов с опиоидной зависимостью. Научная новизна и теоретическая значимость полученных результатов защищены патентом Украины.

Ключевые слова: доказательная фармация, режим контроля, лекарственные средства, кортексин, наркопациенты, опиоидная зависимость.

V. V. Shapovalov (Jr.)

Institute for qualification improvement for the pharmacy specialists (Kharkiv) Advocate company «Shapovalov, Zhuk and partners» (Kharkiv)

Evidence pharmacy: study of the verification regime of the medicines with the cortexin

From the position of evidence pharmacy the particularities of the verification regime of medicines with the cortexin were studied. Obtained data was used to develop a comprehensive scheme of the pharmaceutical correction for the drug addicted patients with opioid dependence. Scientific novelty and theoretical significance of the results were protected by a patent of Ukraine.

Key words: evidence pharmacy, control mode, medicines, cortexin, drug addicted patients, opioid dependence.

УДК 616.833-002-009.11-031.1

О. Л. Пелехова, *канд. мед. наук*
(кафедра невропатологии и нейрохирургии ХМАПО)
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ГИЙЕНА — БАРРЕ

В данной статье рассмотрены основные патогенетические, клинические, диагностические и терапевтические особенности синдрома Гийена — Барре (СГБ). Показана ведущая роль аутоиммунологических механизмов в развитии и дальнейшем течении заболевания. Представлены основные четыре клинических варианта течения СГБ. Затронуты вопросы лабораторной, инструментальной диагностики и дифференциального диагноза. Изложены, с позиции доказательной медицины, современные методы лечения, включающие системный плазмаферез и введение неспецифического иммуноглобулина класса G.

Ключевые слова: Синдром Гийена — Барре, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение

Синдром Гийена — Барре (СГБ) — острая воспалительная полирадикулонейропатия, проявляющаяся прогрессирующим вялым параличом, сопровождающаяся вариабельными сенсорными и вегетативными нарушениями. СГБ в настоящее время рассматривают как гетерогенную группу острых аутоиммунных («иммуноопосредованных») полинейропатий, возникающих в результате действия какого-либо провоцирующего фактора, чаще всего инфекции [4, 22].

Впервые СГБ был описан O. Landry в 1859 г., под названием «*acute ascending paralysis*», который наблюдал 10 пациентов с клинической симптоматикой восходящих параличей, включая мышцы лица и языка, при незначительных расстройствах чувствительности. Тяжелая симптоматика быстро нарастала, 2 больных погибли. О. Ландри не определил область поражения в анатомическом плане, патологические исследования пациентов не выявили изменения со стороны центральной нервной системы [21]. При дальнейшем изучении заболевание было определено как «восходящий паралич Ландри». В 1916 г. французские ученые G. Guillain, J. Barre, A. Strohl описали особую форму первичного полирадикулоневрита у 2 солдат французской армии. Заболевание имело характерную клиническую картину: восходящие парезы конечностей, исчезновение сухожильных рефлексов, парестезии, легкие расстройства чувствительности и белково-клеточные диссоциации в спинномозговой жидкости (СМЖ) — значительное повышение содержания белка при нормальном клеточном составе или небольшом плеоцитозе. В течение последующих 2-х месяцев наступило выздоровление. Вначале авторы полагали, что заболевание имеет благоприятный прогноз, однако, как выяснилось позже, при СГБ возможен летальный исход из-за развития восходящего паралича и дыхательной недостаточности. В связи с этим обсуждалось сходство клинической картины СГБ и заболевания, которое описал Ландри, на основании чего сделали заключение, что рассматриваемые болезни являются вариантами одного и того же патологического процесса [6].

Исторически сложившиеся терминологические разногласия привели к тому, что сейчас существует не менее 7 различных названий этой болезни: «синдром Ландри», «синдром Гийена — Барре», «синдром Ландри-Гийена — Барре», «синдром Ландри-Гийена — Барре-Штроля», «острый полирадикулоневрит», «острая постинфекционная полинейропатия», «острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия». В настоящее время эти клинические проявления объединены в единое по своей природе заболевание, обозначенное в МКБ-10 как синдром Гийена — Барре. Бытующее ранее мнение о том, что синдром Ландри обязательно имеет неблагоприятное течение в связи с поражением бульбарной и дыхательной мускулатуры, а СГБ — «доброкачественный» вариант синдрома Ландри без вовлечения в процесс дыхательной мускулатуры, в настоящее время пересмотрено [10].

Длительное время СГБ рассматривался как первичная аутоиммунная демиелинизирующая полинейропатия. Однако более детальное изучение патоморфологических, иммунологических, клинических механизмов развития заболевания показали наличие не только острого демиелинизирующего процесса, но и аксонального поражения. В рамках СГБ выделяют: острую воспалительную демиелинизирующую полинейропатию (ОВДП), частота встречаемости более 85 %; острую моторную аксональную нейропатию (ОМАН) — 3 %, как ее вариант — острую моторно-сенсорную аксональную нейропатию (ОМСАН), частота встречаемости менее 1 %; и синдром Миллера — Фишера, составляющий около 5 % случаев.

Частота встречаемости СГБ колеблется от 1 до 2 на 100 000 населения в год. Заболевание наблюдается во всех частях земного шара, как у взрослых, так и у детей с незначительным преобладанием лиц мужского пола (1,1—1,7:1) и не имеет сезонных колебаний. СГБ возможен в любом возрасте, но в целом с увеличением возраста заболеваемость имеет тенденцию к возрастанию. Часто отмечают два пика заболеваемости: в возрасте от 15 до 35 лет и от 50 до 75 лет. У подавляющего большинства больных отмечается быстрое и практически полное восстановление; в 1/3 случаев развиваются нарушения дыхания, требующие проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ); у 5—22 % больных отмечаются остаточные явления; у 3—10 % — рецидивы, а от 5 до 33 % больных с тяжелыми формами заболевания умирают [16].

Этиология СГБ остается до конца неизвестной, однако, важная роль аутоиммунной реакции, направленной против антигенов периферической нервной ткани, не вызывает сомнений. За 1—4 недели до появления первых симптомов заболевания более чем у половины больных отмечаются признаки респираторной или желудочно-кишечной инфекции. Однако к моменту появления первых признаков СГБ симптомы предшествующей инфекции обычно успевают регрессировать [4, 5]. Если ранее среди вирусных инфекций основными провоцирующими агентами считались вирусы гриппа А и В, парагриппа, ECHO, Коксаки, гепатита В, кори, то в последние годы ведущая роль отводится *Campylobacter jejuni* [11, 23]. В Великобритании было проведено исследование у пациентов с энтеритом, вызванным *Campylobacter*. Проанализировав данные, исследователи пришли к выводу о том, что пациенты с энтеритом,

© Яворська В. О., Пелехова О. Л., 2012

вызванным *Campylobacter,* имеют 77-кратный риск развития СГБ по сравнению с общей популяцией, тем не менее абсолютный риск развития очень мал [14].

Установлена определенная связь СГБ с цитомегаловирусами (15 % случаев), вирусом Эпштейн — Барра (10 % случаев) и *Mycoplasma pneumonia* (до 5 % случаев). Перенесенная инфекция, по-видимому, служит провоцирующим фактором, запускающим аутоиммунную реакцию. Роль пускового фактора могут выполнять также вакцинация (против гриппа, реже — против бешенства, кори, паротита, краснухи), оперативные вмешательства, эпидуральная анестезия, травматическое повреждение периферических нервов, пересадка костного мозга, переливание крови. Описаны случаи возникновения СГБ у больных с лимфогранулематозом и другими лимфопролиферативными заболеваниями, системной красной волчанкой, гипотиреозом, героиновой наркоманией [3].

Патогенез. Важная роль в патогенезе заболевания отводится иммунологическим процессам. Основной целью иммунных атак при острой воспалительной демиелинизирующей полинейропатии — являются шванновские клетки (леммоциты) и миелин. При ОВДП под действием тех или иных патогенов происходит активация антигенспецифических Т- и В-клеток; отмечается появление циркулирующих антиганглиозидных или антигликолипидных антител; развитие местных клеточных воспалительных реакций, активация комплемента и отложение мембранолитического атакующего комплекса на миелиновой оболочке периферических нервов, прежде всего в области насечек Шмидта — Лантермана и параноидального миелина; начинается и бурно нарастает инвазия миелиновой оболочки нервов сенсебилизированными макрофагами, которые наряду с усилением фагоцитарной активности продуцируют цитокины и высвобождают токсические медиаторы, ведущие к сегментарной демиелинизации (деструкции) и аксональным повреждениям [11]. Изменения выявляются, прежде всего, в месте соединения передних и задних корешков, но при этом могут вовлекаться только передние корешки, что объясняет наличие случаев с чисто двигательными проявлениями [7].

Далее процесс при ОВДП может развиваться по нескольким направлениям:

— прекращение патологической активности и переход к ремиелинизации с последующим быстрым и, как правило, полным восстановлением;

— углубление деструктивных изменений и вовлечение в процесс аксона (т. е. вторичная аксональная дегенерация вследствие выраженного воспаления, отека и набухания нерва) с дальнейшим длительным и часто неполным восстановлением;

— продолжение генерирования антител и других компонентов аутоиммунного ответа и переход заболевания из острого в хроническое [10, 17].

Механизмы развития ОМАН и ОМСАН и синдрома Миллера — Фишера изучены намного меньше, однако общие каскадные аутоиммунные реакции остаются такими же, как и при ОВДП, но основной целью иммунных атак является уже не миелин, а аксон (аксолемма). На последних этапах патологического процесса макрофаги внедряются под миелин вдоль периаксональных пространств, отделяя аксон от прилегающих шванновских клеток и компактного миелина. Аксолемма, контактируя с проникшими макрофагами, разрушается, и аксоны начинают дегенерировать [10, 19].

Роль антител при СГБ и их участие в развитие заболевания остается дискуссионным вопросом. Обнаружены специфические антиганглиозиды, ассоциированные с различными формами СГБ. Так IgG антитела к GQ1b наблюдаются у 96 % больных с синдромом Миллера — Фишера, IgG антитела к анти-GD1a отмечаются в 60—80 % случаев при ОМАН, IgG анти-GM1, антитела найдены у больных всех клинических форм СГБ, но наиболее часто они встречаются у лиц с ОМСАН и ОМАН. Однако до конца не доказано — будут ли антиганглиозидные антитела принимать непосредственное участие в развитии СГБ. В настоящее время получены данные о блокирующем влиянии на Na^+ каналы антител к ганглиозидам GM1 [1, 24].

Клиника. Одним из самых характерных клинических признаков СГБ является прогрессирующие периферические парезы. Признаки мышечной слабости начинаются с дистальных или проксимальных отделов нижних конечностей, затем распространяются в восходящем направлении, вовлекая мышцы верхних конечностей, а в тяжелых случаях — и аксиальные отделы — мышцы туловища, шеи, дыхательную и краниальную мускулатуру. У 30 % пациентов развивается наиболее серьезное осложнение СГБ — слабость дыхательной мускулатуры, требующая проведения ИВЛ. Мышечная слабость, как правило, симметрична и больше выражена в ногах, хотя иногда отмечается некоторая степень асимметрии. Парезы нарастают в течение нескольких дней или недель, но в наиболее тяжелых случаях тетраплегия развивается в течение нескольких часов.

Практически у всех больных наблюдается поражение черепных нервов. При этом наиболее часто в 50 % случаев отмечается слабость лицевой мускулатуры (часто асимметричная); у 30 % больных обнаруживаются бульбарные расстройства и только в 5—8 % случаев вовлекаются глазодвигательные нервы. Практически никогда не поражаются I и II нервы, очень редко поражается слуховой нерв. Примерно в 5 % случаев заболевание начинается с вовлечения краниальной мускулатуры, с дальнейшим вовлечением в патологический процесс мышц конечностей (нисходящий тип развития). Почти всегда при СГБ отмечается диффузная гипотония. Атрофия мышц в остром периоде отсутствует, но может развиваться позже.

Одним из кардинальных клинических признаков заболевания является резкое снижение, а в дальнейшем и полное отсутствие сухожильных рефлексов. При этом наличие сухожильного рефлекса в паретичных конечностях через три и более дня от начала ставит диагноз СГБ под сомнение.

Несмотря на то, что заболевание начинается с болей и парестезий в дистальных отделах конечностей, часто на несколько дней опережающих явления мышечной слабости, нарушения чувствительности оказываются значительно менее выраженными, чем двигательные расстройства. По характеру распространения они могут быть как симметричными, так и слегка асимметричными. Чувствительные нарушения отмечаются в виде гипо- или гипералгезии и/или гиперпатии, слабо выражены и носят полиневритический характер («перчатки — носки» или «гольфы — длинные перчатки»), однако, иногда чувствительные изменения отмечаются и в области туловища. В 20—50 % случаев отмечается очень выраженное поражение глубокой чувствительности, в основном суставно-мышечной и вибрационной. Часто при тяжелых формах заболевания больные не различают

пассивных движений даже в тазобедренных и плечевых суставах.

Выраженный болевой синдром встречается в 50 % случаев при СГБ. По характеру боль может быть невропатическая, преимущественно корешковая и появляться в руках и ногах, при вызывании симптомов Кернига, Ласега, изменении положения тела больного или миалгическая, носящая глубинный ноющий характер и чаще всего локализующаяся в спине, плечевом и тазовом поясе. Часто миалгии сопровождаются болезненными спазмами мышц, особенно в ночное время.

Почти у всех больных имеются вегетативные нарушения, которые могут проявляться в виде синусовой тахикардии, брадикардии, отмечается внезапное падение артериального давления, аритмии. Часто наблюдаются расстройства потоотделения и ослабление моторики желудочно-кишечного тракта.

В 10—20 % случаев встречаются сфинктерные нарушения в виде преходящей задержки мочи, которые быстро исчезают в первые несколько дней от начала заболевания. Тяжелая вегетативная дисфункция может быть одной из возможных причин внезапной смерти больных.

В рамках СГБ выделяют *три основные формы заболевания*, каждая из которых имеет свои отличия. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия характеризуется слабостью в конечностях, преимущественно (но не всегда) в проксимальных отделах, легкими нарушениями чувствительности (возможны изолированные двигательные нарушения). Часто в процесс вовлекаются черепные нервы и дыхательная мускулатура. При проведении электромиографии (ЭМГ) выявляются нарушения, характерные для деструкции миелина.

Острая моторная аксональная полинейропатия характеризуется слабостью в конечностях, более выраженной в дистальных, при отсутствии чувствительных изменений. Характерно наличие единичных фибриллярных подергиваний. Черепные нервы не вовлекаются в патологический процесс. Чаще встречается в детском возрасте. На ЭМГ — снижение амплитуды М-ответа при отсутствии признаков демиелинизации, нормальная проводимость по сенсорным волокнам. Во многих случаях имеются анамнестические указания на *Campylobacter jejuni*.

При острой моторно-сенсорной полинейропатии клиническая картине соответствует ОМАН, однако отмечаются чувствительные нарушения. На ЭМГ резкое снижение М-ответа с наличием признаков денервации, но в отсутствие признаков демиелинизации, блокада проведения по сенсорным волокнам. Быстрое развитие тяжелого двигательного дефицита с медленным и неполным восстановлением. Преимущественно встречается у взрослых. Для синдрома Миллера — Фишера характерно острое развитие симптомов после респираторной инфекции; билатеральная офтальмоплегия, атаксия, гипорефлексия, без чувствительного или двигательного дефицита; прогрессирование заболевания от нескольких дней до недель; полное выздоровление в течение нескольких месяцев. Ведущую роль в патогенезе играют антитела к ганглиозиду GQ1b [9].

Классическое монофазное течение СГБ состоит из трех периодов:

— *период прогрессирования неврологических симптомов*, длится от 2 до 4 недель; если период прогрессирования увеличивается более 4 недель, но менее 8 — это подострая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия. При длительности прогрессирования более 8 недель диагностируют хроническую демиелинизирующую полирадикулонейропатию;

— *период стабилизации или плато*, длящийся от 2 до 4 недель;

— *период восстановления*, продолжающийся от нескольких месяцев до 1—2 лет. Своевременное применение эффективных методов лечения способствует укорочению естественного характера течения, уменьшает количество летальных исходов [4, 5].

Дополнительные методы исследования. При исследовании цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) выявляют «белково-клеточную диссоциацию», то есть увеличение уровня белка (обычно выше 0,55 г/л, иногда до 3 г/л) при нормальном количестве клеток. Увеличение количества белка чаще всего происходит в течение 2—3 недель после формирования параличей, сохраняется не менее нескольких недель и медленно регрессирует по мере клинического улучшения. Лишь в очень редких случаях выявляется увеличение числа клеток, требующее тщательного дифференциального диагноза с другими заболеваниями.

Наиболее чувствительным объективным методом исследования на сегодняшний день является электромиография. При проведении ЭМГ выявляются признаки, характерные для демиелинизации. Исследование периферических нервов в 50 % случаев выявляет замедление проведения возбуждения, блоки проведения и удлинение дистальной латенции. Эти изменения могут возникать не сразу, а через некоторое время после появления симптомов. Патологическая спонтанная активность (фибрилляции, положительные острые волны) выявляются редко и свидетельствуют о признаках аксональной дегенерации, регистрируются в первые 4 недели болезни, предвещая неполное и замедленное восстановление. Фибрилляции отмечаются в проксимальных и дистальных мышцах одновременно. При игольчатой ЭМГ спустя несколько недель могут выявляться признаки денервации, которые развиваются параллельно с атрофией мышц и обычно предвещают неблагоприятный исход [7].

Диагноз. Впервые диагностические критерии СГБ были разработаны специальной группой Американской академии неврологии еще в 1978 году [13]. В дальнейшем их несколько раз пересматривали, однако, кардинально не меняли. Последние по времени официальные критерии относятся к 1993 году и предложены ВОЗ [12]

А. Признаки, необходимые для постановки диагноза СГБ:

♦ прогрессирующая мышечная слабость в двух и более конечностях;

♦ сухожильная арефлексия.

Б. Признаки, поддерживающие диагноз СГБ:

♦ нарастание симптомов на протяжении нескольких дней или недель (до 4 недель);

♦ начало восстановления спустя 2—4 недели после прекращения прогрессирования;

♦ относительная симметричность симптомов;

♦ легкие чувствительные нарушения;

♦ вовлечение черепных нервов, часто — двустороннее поражение лицевых нервов;

♦ хорошее восстановление у большинства больных;

♦ отсутствие лихорадки в начале заболевания, но появление её не исключает СГБ;

♦ вегетативная дисфункция;

♦ изменения ЦСЖ: высокое содержание белка при нормальном или слегка повышенном цитозе (не более 10 клеток в мм^3).

С. Признаки, вызывающие сомнения в диагнозе:

♦ выраженная сохраняющаяся асимметрия двигательных нарушений;

♦ сохраняющиеся нарушения функции сфинктеров;

♦ отсутствие в дебюте заболевания сфинктерных нарушений;

♦ наличие в ЦСЖ более 50 мононуклеарных и полиморфноядерных лейкоцитов;

♦ четкий уровень чувствительных нарушений.

При классическом течении постановка диагноза СГБ не вызывает особых трудностей, однако в последнее время увеличилось количество случаев с атипичным течением заболевания. Дифференциальный диагноз СГБ необходимо проводить с заболеваниями, в структуре которых есть периферические парезы парезы, а также чувствительные и вегетативные нарушения. Часто приходится дифференцировать с миастенией, токсической полинейропатией, гипокалиемией, ботулизмом, дифтерией, истерией, порфирией, острым нарушением мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне, стволовым энцефалитом, СПИДом [2].

Лечение. Даже легкие случаи течения СГБ в острой фазе относятся к неотложным состояниям, требующим немедленной госпитализации. Лечебные мероприятии при СГБ делятся на специфические и неспецифические. Учитывая высокую вероятность спонтанного восстановления, лечебные мероприятия в большинстве случаев можно ограничить неспецифическими методами лечения, тщательным уходом за пациентом и предотвращением вторичных осложнений. Особенно большое внимание необходимо уделять профилактике тромбозов и эмболии легких [7, 20]. Однако, учитывая ограниченные возможности наших реанимационных отделений и не всегда адекватный уход за больными, раннее назначение специфической терапии приведет к резкому уменьшению количества летальных исходов и укорочению сроков восстановления пациентов. К специфическим методам лечения СГБ относят программный плазмаферез и внутривенную пульс-терапию иммуноглобулинами (Ig) класса G, причем данные методы эффективны не только при лечении классического СГБ, но и при его вариантах, в том числе при синдроме Миллера — Фишера [2].

Курс операций плазмафереза включает 4—6 сеансов с заменой примерно 1 объема плазмы (40—50 мл/кг), которые проводят через день. Объем обмениваемой плазмы на курс должен составлять 200—250 мл/кг. В легких случаях, как показало французское исследование, проведение даже 2 сеансов с заменой 1,5 л объема плазмы во время каждого их них позволяет получить необходимый клинический эффект. В качестве замещающей жидкости используют 5 % раствор альбумина, физиологический и плазмозамещающие растворы [15]. Относительными противопоказаниями к плазмаферезу являются: печеночная недостаточность, тяжелые электролитные нарушения, высокий риск кардиоваскулярных осложнений, активный инфекционный процесс, нарушения свертываемости крови.

Альтернативным методом лечения СГБ является внутривенная пульс-терапия иммуноглобулинами класса G, стандартный курс лечения составляется из расчета 0,4 г на 1 кг массы тела больного ежедневно в течение 5 суток. Возможно введение той же курсовой дозы и по более быстрой схеме: 1 г/кг/сут в 2 введения на протяжении 2 дней. Перед введением препарата исследуется содержание в сыворотки крови иммуноглобулина А, так как у пациентов с низким уровнем возможна продукция анти-IgA с потенциальным риском анафилаксии. Иммунотерапия проще и доступнее, чем программный плазмаферез, и в развитых странах является средством выбора, особенно в тех случаях, когда больные быстро утрачивают способность к самостоятельному передвижению, либо при кардиоваскулярной нестабильности. В нашей стране применение иммуноглобулина сдерживает исключительно высокая стоимость.

В 1997 году было проведено рандомизированное слепое контролируемое исследование, целью которого было сравнить эффективность в/в введения иммуноглобулина, плазмафереза и их комбинированного применения при СГБ. Выводами данного исследования явилось — плазмаферез и внутривенное введение иммуноглобулина одинаково эффективно улучшали симптоматику при тяжелом течении синдрома Гийена—Барре. Комбинированное применение этих методов не принесло какой-либо дополнительной пользы [25].

Эффективность кортикостероидов при СГБ была изучена в 6 рандомизированных исследованиях. Результаты показали, что восстановление к концу первого месяца заболевания в обеих группах (получавших кортикостероиды и плацебо) было одинаковым. Однако, через год у больных, получавших кортикостероидную терапию функциональный исход был хуже. Во всем мире лечение СГБ кортикостероидами считается серьезной врачебной ошибкой [18].

Симптоматическая терапия:

— инфузионная терапия для коррекции нарушений кислотно-щелочного состояния, водно-электролитного баланса, выраженной артериальной гипертензии;

— при артериальной гипертензии назначают антигипертензивные препараты;

— при тахикардии назначают бета-блокакторы (пропранолол), при брадикардии — атропин;

— при развитии интеркуррентных инфекций необходима антибиотикотерапия (антибиотики широкого спектра действия);

— для профилактики тромбоза глубоких вен и ТЭЛА назначают антикоагулянты;

— при болях ноцицептивного происхождения (мышечных, механических) рекомендуют парацетамол или НПВС, в случае нейропатического характера боли препаратами выбора являются габапентин, карбамазепин, амитриптилин [8];

— при необходимости длительной (более 2 недель) ИВЛ целесообразно наложение трахеостомы. При тяжелых и длительных бульбарных нарушениях может потребоваться наложение гастростомы.

По окончании острого периода необходимы комплексные реабилитационные мероприятия, программа которых составляется индивидуально для каждого больного (ЛФК, массаж, психотерапия).

Пациентов, перенесших СГБ, необходимо информировать о необходимости соблюдения щадящего режима в течение не менее 6—12 месяцев после окончания заболевания. Недопустимы физические перегрузки, переохлаждение, избыточная инсоляция, прием алкоголя. Также в этот период следует воздерживаться от проведения вакцинации [8].

Таким образом, резюмируя вышесказанное, хотелось бы отметить, что СГБ является одним из тех немногих заболеваний нервной системы, при котором своевременно поставленный диагноз и назначенная адекватная терапия, даже у тяжелых больных, находящихся на ИВЛ, может привести к полному выздоровлению или оставить минимальный неврологический дефицит. Несвоевременная или неадекватно выбранная тактика лечения повышает риск летальных исходов и увеличивает число случаев инвалидизации.

Список литературы

1. Бархатова В. П. Патофизиология демиелинизирующего процесса / Бархатова В. П., Завалишин И. А., Байдина Е. В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002, № 7. — С. 53—57
2. Большие надежды и маленькие разочарования (результаты применения иммуноглобулинов для внутривенного введения при аутоиммунных заболеваниях) / [Волошина Н. П., Егоркина О. В., Василовский В. В., Черненко М. Е.] // Український вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вып. 4 (49). — С. 115—119.
3. Синдром Миллера — Фишера как проявление острой воспалительной демиелинизирующей полинейропатии / [Евтушенко С. К., Симонян В. А., Сергиенко А. В., Гончарова Я. А] // Международный неврологический журнал. — 2010, вып. 3 (33).
4. Левин О. С. Полинейропатия : клиническое руководство / О. С. Левин. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 496 с.
5. Мальмберг С. А. Синдром Гийена — Барре (обзор зарубежной литературы) / Мальмберг С. А., Подагова Е. В., Петрухин А. С. // Неврологический журнал. — 2003. — № 5. — Т. 8. — С. 42—49.
6. Манвелов Л. Синдром Гийена — Барре: патогенез, клиника, диагностика, лечение / Л. Манвелов (медицинская электронная библиотека). — 1999. — № 10. — С. 14—17. — Режим доступа : http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=38366
7. Мументалер М. Неврология / М. Мументалер, Х. Маттле (пер. с нем. под ред. О. Левина). — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 920 с.
8. Неврология и нейрохирургия : клинические рекомендации (под ред. Гусева Е. И., Коновалова А. Н., Гехт А. Б) — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. — 368 с.
9. Пономарев В. В. Редкие неврологические синдромы (наблюдения из практики) / В. В. Пономарев. — СПб.: Изд-во Фолиант, 2005. — 216 с.]
10. Пирадов М. А. Синдром Гийена — Барре: диагностика и лечение / М. А. Пирадов // Неврологический журнал. — 2001. — № 2. — С. 4—9.
11. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / под ред. Гусева Е. И., Завалишина И. А., Бойко А. Н. — М.: Миклош, 2004. — 540 с.
12. Acute onset flaccid paralysis. WHO-AIREN. Acute onset flaccid paralysis. — WHO, AIREN. Geneva, 1993. — P. 52—56.
13. Criteria for diagnosis of Guillain-Barré syndrome / [Asbury A. K., Arnason B. G., Karp H. R., McFarlin D. E.] // Ann Neurol. — 1978. — Vol. 3. — P. 565—566.
14. Incidence of Guillain-Barre syndrome among patients with Campylobacter infection: a general practice research database study / [Tam C. C., Rodrigues L. C., Petersen I. et al.] // J. Infect. Dis. — 2006. — Vol. 194. — P. 95—97.
15. French Cooperative Group on plasma exchange in Guillian-Barre syndrome. Appropriate number of plasma exchange in Guillian-Barre syndrome // Ann Neurol. — 1997. — Vol. 41. — P. 298—306.
16. Ganovi V. Epidemiology of the Guillain-Barre syndrome / V. Ganovi, E. Granieri // Curr. Opion. Neurology. — 2001. — Vol. 14. — P. 605—613.
17. Hahn A., Guillain-Barré syndrome / A. Hahn // Lancet. — 1998. — Vol. 352. — P. 635—641.
18. Controlled trial of prednisolone in acute polyneuropathy / [Hugles R. A. C., Newsom-Davis J. M., Perkin G. D., Pierce J. M.] // Ibid. — 1978. — Vol. 2. — P. 750—753.
19. Patogenesis of Guillain-Barré syndrome / [Hughes R., Hadden R., Gregson N., Smith K.] // J. Neuroimmunology. — 1999. — Vol. 100. — P. 74—97.
20. Hughes R. A. Guillian-Barre Syndrome / R. A. Hughes, D. R. Cornblanth // Lancet. — 2005. — Vol. 366 (9497). — P. 1653—1666.
21. Landry O. Note sur la paralysie ascendante aigue / O. Landry // Gazzette Hebdomadarie — 1959. — Vol. 6. — P. 472—488.
22. 151st ENMC International workshop. Inflammatory Neuropathy Consortium 13th—15th April 2007, Schiphol, The Netherlands / [Lunn M. P., Leger J. M., Merkies J, S., et al.] // Neuromuscular Disorders. — 2008 . — Vol. 18. — P. 85—89.
23. McCarthy N. Incedence of Guillain-Barré syndrome following infection with Campilobacter jeijuni / N. McCarthy, J. Giesecke // Am. J. Epidemiol. — 2001. — Vol. 153. — P. 610.
24. Treatment for Fisher syndrome, Bickerstaffer's encephalitis and related disorders / [Overell J. R., Hsieh ST, Odaka M., et al.] // Cochrane Database syst. Rev. — 2007; 1; CD 004761
25. Randomized trial of plasma exchange, intravenous immunoglobulin, and combined treatment in Guillain-Barré syndrome. Plasma Exchange / Sanglobulin Guillain-Barré syndrome Trial Group // Lancet. — 1997. — Vol. 349. — P. 225—230.

Надійшла до редакції 23.05.2012 р.

В. О. Яворська, О. Л. Пелехова

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Сучасні аспекти синдрому Гійєна — Барре

У даній статті розглянуті основні патогенетичні, клінічні, діагностичні і терапевтичні особливості синдрому Гійєна — Барре (СГБ). Показана провідна роль автоімунологічних механізмів у розвитку і подальшому перебігу захворювання. Представлені основні чотири клінічні варіанти перебігу СГБ. Висвітлені питання лабораторної та інструментальної діагностики і диференціального діагнозу. Викладені, з позиції доказової медицини, сучасні методи лікування, які включають системний плазмаферез і введення неспецифічного імуноглобуліну класу G.

Ключові слова: Синдром Гійєна — Барре, етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування.

V. A. Yavorska, O. L. Pelekhova

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

Modern aspects of the Guillain-Barré syndrome

Basic pathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic peculiarities of Guillain-Barré syndrome (GBS) are described in the article. The principal role of autoimmune mechanisms in development and further course of the disease. The main four clinical variants of GBS course are presented. The problems of laboratory and instrumental diagnosis are described. The current methods of treatment consisting of systemic plasmaferesis and injection of nonspecific G immunoglobulin are presented from the point of view of the evidence medicine.

Key words: Guillain-Barré syndrome, etiopathogenesis, clinical course, diagnostics, treatment.

ТЕЗИ
IV-го НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ «ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА В НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ. СЬОГОДЕННЯ Й МАЙБУТНЄ», Україна, Харків, 3—5 жовтня 2012 р.

НЕВРОЛОГІЯ

УДК 616.134.9:616.28-008.55

O. L. Tondiy, O. P. Zavalna*, D. E. Kol'tsov**, S. I. Trydub***
**Kharkiv medical Academy of postgraduate Education, Department of Neurology and Child Neurology (Kharkiv, Ukraine)*
***Central Clinical Hospital of Ukrzaliznytsa (Kharkiv, Ukraine)*

USE OF THE NON-MEDICATION ON THE TREATMENT OF ACUTE DISCOGENIC NECK PAIN

The effect of the combination of the physiotherapy (low-frequent variable magnetic field, electrical stimulation and the infra — red laser) and of the acupuncture on the patients having acute discogenic neck pain was investigated.

80 patients aged from 20 to 50 (54 females and 26 males) having acute (1—7 dais) neck pain (osteochondrosis, osteoarthrosis, spondyloarthrosis) were observed. The pain was examined and measured according to the visual analogue scale. The patients were divided into two groups. The first group (56 patients) received in addition acupuncture (individual points) and physiotherapy with infra — red laser, low-frequent variable magnetic field and electrical stimulation treatment on the projection of pain. Every procedure exposure was 12—15 min. The complete course was 10—12 procedures. The second group (control, 24 patients), received only the basic medication.

The pain intensity of the patients in the first group was reduced after 4—10 days of treatment (76.2 % patients) compared to the control group, where pain reduction after 14—16 days of treatment (54.2 % patients); $p < 0.01$.

The addition of the non-medication therapy (combination of acupuncture, low-frequent variable magnetic field, electrical stimulation and the infra-red laser) to the treatment of acute discogenic neck pain resulted in earlier remission.

УДК 616.857-079:001.8

Абдуллаев Р. Я., Калашников В. И., Марченко В. Г., Калашникова И. В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ДОППЛЕРОВСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРВИКОГЕННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Цервикогенная головная боль (ЦГБ) представляет патогенетический вариант вторичной головной боли, обусловленной биомеханической дисфункцией шейных позвоночных двигательных сегментов. Пусковым механизмом развития ЦГБ является нарушение подвижности трех верхних шейных позвоночных двигательных сегментов, которое оказывает рефлекторное влияние на тригеминально-цервикальное ядро. Также значительную роль в данном процессе играет раздражение вегетативного сплетения позвоночных артерий.

Цель: Допплерографическое изучение артериальной и венозной гемодинамики у больных молодого возраста с различными вариантами вертеброгенной цефалгии.

Было исследовано 76 больных (45 женщин, 31 мужчина) молодого возраста (18—35 лет), с головными болями на фоне лестничной нестабильностью шейного отдела позвоночника. По характеру головной боли были выделены 2 синдрома: цервикокраниалгия (ЦКА) и заднешейный симпатический синдром Барре — Льеу (СБЛ). Контрольную группу составили 25 практически здоровых добровольцев соответствующего пола и возраста.

Транскраниальная допплерография (ТКД) производилась на ультразвуковых приборах «Ангиодин» (БИОСС, Россия) и «Ultima PA» (РАДМИР, Украина).

Изучали показатели линейной скорости кровотока (ЛСК) в позвоночных (ПА) и основной (ОА) артериях. Состояние венозной гемодинамики исследовалось в позвоночных венах (ПВ), базальных венах (БВ) Розенталя, прямом синусе (ПС).

У подавляющего большинства пациентов с ЦКА отмечались различные варианты нарушений артериальной гемодинамики. Вазоспазм в обеих ПА отмечался у 26,2 % пациентов, вазоспазм в одной ПА и/или ОА — у 20,8 %, асимметрия кровотока (25—30 %) по ПА — у 17,6 %.

Возникновение СБЛ в подавляющем большинстве случаев было обусловлено вазоспазмом в одной ПА (44,7 %), а также сочетанием вазоспазма в ОА и одной ПА (42,4 %).

В большинстве случаев у больных с ЦКА наблюдались нарушения венозной гемодинамики. Кровоток в ПВ в горизонтальном положении выявлялся у 68,9 % пациентов, причем у подавляющего большинства из них (92,3 %), с усилением систолической ЛСК до 35 см/с. Усиление кровотока по ПС наблюдалось у 47,2 % больных. Также в данной группе выявлялось усиление потока по БВ до 15—20 см/с (18,6 %). Наибольшие изменения скоростных показателей кровотока у пациентов с СБЛ отмечены в ПВ (31,5 %), чаще данные изменения носили односторонний характер и, как правило, сочетались с асимметрией систолической ЛСК по ПВ.

Нарушения кровотока в ПС и БВ наблюдались у 17,6 % и 11,4 % больных.

Механизм возникновения головной боли при цервикокраниалгии связан с диффузными изменениями гемодинамики в артериях и венах вертебробазилярного бассейна и в большей степени обусловлен венозной дисциркуляцией в ПВ и ПС.

При синдроме Барре — Льеу отмечаются регионарные изменения артериальной гемодинамики в виде локальных вазоспастических реакций в ПА и ОА, а также, в меньшей степени, локальные венозные нарушения, преимущественно, в ПВ.

Алгоритм обследования больных с вертеброгенными цефалгиями в клинической практике должен включать обязательное допплерографическое исследование артериального и венозного звеньев церебрального и вертебрального кровотока.

УДК 616.134.9-073.48:001.8

Абдуллаев Р. Я., Калашников В. И., Хвисюк А. Н., Марченко В. Г., Сысун Л. А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ТРИПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАГРУЗКАМИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Развитие ультразвуковых методов исследования открывает новые перспективы изучения патогенетических вариантов поражения позвоночных артерий. В настоящее время, в результате применения триплексного сканирования, точность определения патологии позвоночных артерий значительно возросла и составляет 93 %. Метод допплерографии позволяет выявить не только структурные изменения сосудов, но и оценить степень сохранности гемодинамического резерва.

Цель работы: Допплерографическое изучение кровотока в сосудах вертебробазилярного бассейна у пациентов с сосудистыми вариантами синдрома позвоночной артерии.

Было исследовано 120 пациентов (18—35 лет), в т. ч. женщин — 69, мужчин — 51, с клинической картиной синдрома позвоночной артерии (СПА). Синдром проявлялся в виде транзиторных ишемических атак (ТИА) в вертебробазилярном бассейне (ВББ) — 67 больных, кохлео-вестибулярного синдрома (КВС) — 30 больных, синкопального вертебрального синдрома (СВС) Унтерхарншайдта — 23 больных. Всем пациентам проводили магнитно-резонансную томографию (МРТ) и функциональную рентгенографию (ФР) шейного отдела позвоночника. Исследование позвоночных (ПА) артерий проводили на ультразвуковом сканере Ultima-PA (РАДМИР, Украина). Помимо триплексного сканирования ПА в стандартном режиме пациентам с подтвержденным по данным МРТ и ФР шейного отдела позвоночника вертебральным компрессионным синдромом также проводили исследование ПА на фоне ротационных нагрузок (повороты головы на 80—90 градусов).

Наиболее частой причиной развития компрессионного варианта СПА являлись стенозирующий процесс (34,8 %) и вазоспазм в ПА и/или ОА (31 % пациентов). У 24,4 % пациентов выявлены различные аномалии хода ПА (высокое вхождение в позвоночный канал, смещение устья, патологическая извитость).

У 17,1 % пациентов отмечалась гипоплазия ПА. Реверс кровотока в ПА в результате развития позвоночно-подключичного синдрома обкрадывания выявлен у 14,3 % пациентов. Большинство случаев возникновения ТИА в ВББ обуславливалось стенозом и вазоспазмом ПА (40,5 % и 37,5 % пациентов соответственно). Наличие кохлео-вестибулярного синдрома преимущественно связано с вазоспазмом (46,2 %). У пациентов с синкопальным вертебральным синдромом чаще всего выявлялись аномалии хода (51,6 %) и гипоплазия (30,1 %) позвоночных артерий. У всех пациентов с лестничной нестабильностью отмечалась гиперреактивность на ротационные пробы. При изолированной нестабильности гиперреактивность отмечалась: в 47,6 % случаях — при ротации в одну сторону, в 31,2 % — в обе стороны. У 80,4 % пациентов с изолированной нестабильностью отмечалось совпадение результатов функциональных проб при рентгенологическом и допплеровском исследованиях.

Ведущими факторами развития сосудистого варианта синдрома позвоночной артерии являются стеноз, вазоспазм, аномалии хода, гипоплазия.

Стеноз и вазоспазм ПА чаще всего приводят к возникновению ТИА, аномалии хода и гипоплазия ПА — к возникновению синкопального вертебрального синдрома, вазоспазм — к развитию кохлео-вестибулярных нарушений.

Триплексное сканирование сосудов вертебробазилярного бассейна позволяет выявить патогенетический механизм возникновения различных вариантов синдрома позвоночной артерии.

УДК 616.831-005.4:616.13:001.8

Абдуллаев Р. Я., Марченко В. Г., Калашников В. И., Хвисюк А. Н, Сысун Л. А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ТРИПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Вопросы неинвазивной диагностики ишемического инсульта являются актуальными на сегодняшний день в связи с широкой распространенностью и высокими показателями инвалидизации при данном заболевании. Значительный интерес представляет применение ультразвуковых методов исследования для изучения структурно-функционального состояния магистральных артерий головного мозга, являющихся морфологическим субстратом церебральных ишемических нарушений.

Цель: Изучение структурно-функционального состояния церебральных артерий в остром периоде ишемического инсульта при помощи транскраниального триплексного сканирования.

Проведено комплексное допплерографическое исследование сосудов головного мозга у 89 пациентов (44 мужчины, 45 женщин в возрасте от 46 до 79 лет) с ишемическим инсультом гемодинамического характера в бассейне средней мозговой артерии. Средний возраст больных составил 61,5 ± 6,2 года. Контрольную группу составили 25 клинически здоровых пациентов соответствующего пола и возраста.

Триплексное сканирование артерий виллизиева круга проводили в первые трое суток от начала заболевания на ультразвуковом сканере Ultima PA (РАДМИР, Украина).

Достоверными допплерографическими критериями ишемического инсульта в остром периоде являются следующие показатели кровотока в средней мозговой артерии: на стороне поражения — снижение систолической скорости кровотока до 52,61 ± 6,48 см/с, диастолической скорости кровотока — до 16,55 ± 2,01 см/с, усредненной по времени максимальной скорости кровотока до 25,89 ± 4,65 см/с, повышение индекса пульсативности до 1,39 ± 0,13, индекса периферического сопротивления—до 0,71 ± 0,04. На контралатеральной стороне показатели систолической, диастолической и усредненной по времени максимальной скоростей кровотока имели тенденцию к повышению, индексы периферического сопротивления (PI и RI) приближались к нормативным значениям. В передней мозговой артерии на стороне поражения показатели систолической и диастолической скоростей кровотока также снижались, но в меньшей степени, чем в средней мозговой артерии. Индексы периферического сопротивления при этом были слегка повышены по сравнению с контрольной группой. Существенных изменений гемодинамики в задней мозговой артерии отмечено не было. Изучение строения виллизиева круга в триплексном режиме показало, что в 24,7 % наблюдений отмечается разобщение артерий виллизиева круга, преимущественно за счет отсутствия задних соединительных артерий (одной — в 16,8 % случаев, двух — в 4,1 %).

Скоростные показатели кровотока и индексы периферического сопротивления в артериях виллизиева круга являются количественными критериями гемодинамики, объективно отражающими степень нарушения церебрального кровотока в остром периоде ишемического инсульта.

Снижение компенсаторных возможностей церебрального кровотока, связанное с разобщением заднего отдела виллизиева круга, является характерным гемодинамическим паттерном при ишемическом инсульте по данным триплексного сканирования.

Применение транскраниальной допплерографии в триплексном режиме является клинически целесообразным при обследовании пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

УДК 616.831-005.4-036.1:616.831.2-073.48

Абдуллаев Р. Я., Марченко В. Г., Сысун Л. А., Хвисюк А. Н, Калашников В. И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ТРИПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ТИА

Вопросы неинвазивной дифференциальной диагностики ишемического инсульта (ИИ) и транзиторной ишемической атаки (ТИА) являются актуальными на сегодняшний день, поскольку среди сосудистых поражений головного мозга инсульт стойко удерживает лидирующие позиции по показателям летальности и инвалидизации. В связи с этим применение ультразвуковых методов исследования для возможно ранней диагностики ИИ и ТИА представляет значительный интерес.

Цель: Определение допплерографических паттернов нарушения кровотока в среднемозговой артерии (СМА) при полушарном ИИ и ТИА при помощи транскраниального триплексного сканирования.

Изучались гемодинамические показатели у 134 человек с ИИ и у 63 пациентов с ТИА. В группу с ИИ вошли лица от 46 до 80 лет, средний возраст составил 62,5 ± 6,2 года. В группе ТИА зарегистрированы пациенты от 43 до 75 лет, средний возраст — 56,6 ± 5,2 года. В группу контроля вошли 60 человек, в возрасте от 40 до 80 лет, средний возраст — 59,3 ± 4,9 года. Эту группу составили лица без неврологических жалоб, без клинико-анатомических проявлений артериальной гипертензии, с отсутствием нарушений мозгового кровообращения и пороков сердца. Всем пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и лицам контрольной группы выполнено транскраниальное триплексное сканирование на аппарате ULTIMA PA фирмы «Радмир» (Украина), секторным датчиком с частотой 2,0 МГц, в первые трое суток заболевания. Пациентам с ОНМК также проводили МРТ или КТ головного мозга.

По нашим данным, полушарный ИИ и ТИА могут протекать с пониженными, сохранными и повышенными значениями пиковой систолической скорости (ПСС) и коэффициента асимметрии кровотока (KAs) на стороне поражения. Согласно этому, пациенты с ИИ и ТИА были разбиты на 3 подгруппы (I-а, I-б, I-в и II-а, II-б, II-в).

У пациентов I-а подгруппы в первые сутки заболевания были получены показатели: ПСС — 50,7 ± 2,7см/с; Vd — 15,8 ± 1,2 см/с; TAMX — 26,4 ± 2,7 см/с; PI: 1,39 ± 0,06; RI: 0,71 ± 0,04; KAs — 0,56—0,58. Во 2-а подгруппе эти показатели отличались от нормативных в меньшей степени: Vs — 66,5 ± 0,82 см/с; Vd — 24,4 ± 0,78 см/с; TAMX — 42,6 ± 1,9 см/с; PI — 1,0 ± 0,09; RI — 0,63 ± 0,04.

В I-б подгруппе показатели составили: ПСС — 98,8 ± 4,1см/с; Vd — 29,0 ± 2,4см/с; TAMX — 52,2 ± 3,5 см/с; PI — 1,34 ± 0,07; RI — 0,71 ± 0,04; KAs — приближался к 1. Во 2-б подгруппе зарегистрированы следующие данные: Vs — 103,4 ± 8,1 см/с; Vd — 49,6 ± 6,2см/с; TAMX — 63,1 ± 19,4см/с; PI — 0,71 ± 7,1; RI — 0,6 ± 0,4.

В I-в подгруппе допплерографические критерии имели значение: ПСС — 146,4 ± 2,9см/с; Vd — 23,3 ± 1,9см/с; TAMX — 81,8 ± 3,5см/с; PI — 1,51 ± 0,13; RI — 0,84 ± 0,04; KAs — 1,42—1,51. Во 2-в подгруппе зарегистрированные данные отличались от нормативных в меньшей степени: Vs — 127,3 ± 4,90 см/с; Vd — 37,7 ± 2,1 см/с; TAMX — 67,9 ± 2,8 см/с; PI — 1,23 ± 0,08; RI — 0,69 ± 0,05.

Допплерографические показатели являются количественными критериями гемодинамики, объективно отражающими степень нарушения мозгового кровотока.

Отличие допплерографических показателей от нормативных значений достоверно более выражено в группе пациентов с ИИ по сравнению с аналогичными данными у пациентов с ТИА.

Использование триплексного сканирования является клинически целесообразным при обследовании пациентов с ОНМК.

УДК 616.711.1-07-073

Абдуллаев Р. Я., Хвисюк А. Н., Марченко В. Г. Пономаренко С. А., Калашников В. И., Сысун Л. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ФОРАМИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Остеохондроз является наиболее частой причиной фораминального стеноза (ФС). Через фораминальное отверстие (ФО) проходят спинномозговые нервы, позвоночные артерия и вена, сдавление которых вызывает развитие различных симптомов нарушения иннервации и кровообращения соответствующих зон вертебробазилярного бассейна.

Среди причин ФС ведущее место занимает унковертебральный артроз, который наблюдается почти во всех случаях сужения ФО. Являясь одним из проявлений деструктивно-дистрофических изменений, унковертебральный артроз определяет их характер и степень, становясь неотъемлемым признаком ФС. Степень распространенности патологических изменений является важным признаком ФС.

Лучевые методы диагностики являются ведущими в диагностике ФС, а среди них наиболее распространенным и доступным остается рентгенография. Спондилография позволяет визуализировать все костные структуры межпозвонковых сочленений, оценить наличие субхондрального склероза тел позвонков и полулунных отростков, распространенность и уровень патологических изменений, характер стеноза, изменение формы позвоночного канала, степень развития и форму полулунных отростков.

С улучшением разрешающей способности ультразвуковых приборов расширился диапазон визуализируемых элементов. Метод позволяет в сагиттальном сечении измерить толщину межпозвоночных дисков (МПД) и тел позвонков, диаметр позвоночных артерий, изучить характер кровотока в них, визуализировать желтую, переднюю и заднюю продольные, остистые связки, выявить аномалии и деструктивные нарушения позвонков, переднюю грыжу диска. В аксиальном сечении возможно определение структуры и формы пульпозного ядра, толщины заднего сегмента фиброзного кольца, его структура, наличие участков истончений, разволокнений, разрывов, определение размеров участков протрузий фиброзного кольца и грыжевого выпячивания, визуализация отечной зоны, диаметр позвоночного канала и канала спинномозговых нервов (КСМН).

Цель исследования — изучить ультрасонографические признаки фораминального стеноза при шейном остеохондрозе.

Ультрасонография нами проведена 117 больным в возрасте от 21 до 54 лет (86 мужчин и 31 женщина) с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, подтвержденным рентгенографически (96 больных) или при помощи КТ (34 больных).

При КТ и рентгенографии шейный остеохондроз проявлялся склерозом замыкательных пластинок тел позвонков, дегенеративными изменениями пульпозного ядра, утолщением фиброзного кольца, образованием остеофитов по краям тел позвонков, выявлением протрузий и грыж дисков. ФС с помощью рентгеновских методов был диагностирован у 38 больных. При ультрасонографии унковертебральный артроз диагностировался у 34 (89,51 %, из 38 диагностированных рентгенологически) больных при косом сагиттальном сечении после визуализации позвоночной артерии (ПА). Костные разрастания по свободному краю полулунных отростков визуализировались у 12 (35,3 %) больных и вызывали компрессию ПА извне. У таких пациентов при допплеровском исследовании регистрировались все признаки синдрома ПА. Мультисегментарное поражение у больных с ФС по данным рентгенографии отмечалось в 21 (61,8 %) случаев. Парамедианная грыжа при КТ и УЗИ регистрировалась одинаково у 11 (32,3 %) больных, а фораминальная грыжа — у 19 (55,9 %) и 18 (52,9 %) больных соответственно. Рентгенологически парамедианная и фораминальная грыжи МПД диагностировались у 9 (26,5 %) у 7 (20,6 %) больных соответственно. При наличии парамедианной грыжи передне-задний размер медианной части КСМН в среднем составлял 3,9 ± 0,6 мм, а на интактной стороне — 8,1 ± 0,5 мм ($P < 0,001$); средней части — 5,6 ± 0,5 мм и 7,9 ± 0,4 мм ($P < 0,05$) соответственно. Наибольшее уменьшение переднезаднего размера КСМН в его средней части отмечалось среди больных с фораминальной грыжей — 2,7 ± 0,4 мм на пораженной и 7,8 ± 0,5 мм на интактной стороне соответственно ($P < 0,001$).

Ультрасонография в диагностике фораминального стеноза, обусловленного преимущественно грыжей межпозвонкового диска фораминальной локализации, не только не уступает рентгеновским методам, а имеет достоверное преимущество перед обычной рентгенографией, позволяя точнее измерить передне-задний размер КСМН и тем самым выявить компрессию последнего.

Визуализация позвоночной артерии и использование эффекта Допплера позволяет определить ее сдавление извне, выявить костные разрастания на этом уровне, оценить степень гемодинамических нарушений в системе одноименного сосуда.

УДК616.831-005.4-036.1:616.13:616.145.11:001.8

Абдуллаев Р. Я., Хвисюк А. Н, Сысун Л. А., Марченко В. Г., Калашников В. И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОЛУШАРНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ И ТИА ПО ДАННЫМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ТРИПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ

Актуальность рассмотрения проблемы нарушений венозной гемодинамики обусловлена тем, что при острых нарушениях мозгового кровотока наряду с артериальным часто выявляются расстройства венозного кровообращения. Артериальная и венозная системы мозга представляют собой высокоорганизованную единую систему, обеспечивающую адекватность мозгового кровотока.

Цель: Изучить особенности нарушений венозной гемодинамики головного мозга при полушарном ишемическом инсульте (ИИ) и транзиторной ишемической атаке (ТИА).

С целью изучения венозного кровотока при полушарном ИИ было обследовано 90 пациентов ($n = 90$). Средний возраст составил 63,7 ± 3,2 года. Наблюдения проводились в течение первых суток заболевания. В группу сравнения вошли пациенты с ТИА ($n = 29$), средний возраст — 51,6 ± 5,2 года. Группу контроля составили 60 здоровых лиц ($n = 60$), средний возраст — 59,3 ± 4,9 лет.

Всем пациентам с ИИ, ТИА и здоровым лицам проведено транскраниальное триплексное сканирование на аппарате ULTIMA PA фирмы «Радмир» секторным датчиком с частотой 2,0 МГц.

Изучали частоту визуализации и систолическую скорость кровотока глубоких мозговых вен. По нашим данным, у здоровых лиц наиболее часто визуализировались: базальная вена мозга (вена Розенталя), глубокая средняя мозговая вена (СМВ), большая вена мозга (вена Галена) и прямой синус. Частота визуализации глубоких мозговых вен составила: вены Галена — 91,2 %, вены Розенталя — 81,3 %, прямого синуса — 64,2 %, глубокой СМВ — 58,4 %. Зарегистрированы следующие показатели максимальной скорости венозного кровотока: в СМВ — 12,4 ± 3,3см/с; базальной вене — 15,3 ± 2,2см/с; большой вене мозга — 19,6 ± 2,3см/с; прямом синусе — 23,7 ± 3,2 см/с.

На стороне ИИ частота визуализации глубоких вен мозга наблюдалась следующая: вены Галена — 96,2 %; вены Розенталя — 95,6 %; прямого синуса — 92,4 %, глубокой СМВ — в 84,3 % случаев. Таким образом, по нашим данным, при ИИ частота визуализации мозговых вен возрастала в среднем на 10—15 % по сравнению с группой контроля.

При изучении систолической скорости венозного кровотока на стороне острого полушарного ИИ отмечалось повышение ее значений по сравнению со значениями у здоровых лиц. Наибольшее ее повышение наблюдалось в глубокой СМВ — на 98,4 %; менее выраженное — в базальной вене — на 40,5 %; в большой вене мозга этот показатель увеличивался на 33,4 %; в прямом синусе — на 33,8 % ($p < 0,05$).

При сравнении систолической скорости венозного кровотока на стороне поражения при ТИА и ИИ получены достоверные различия ($p < 0,05$). При ТИА показатели систолической скорости венозного кровотока изменялись в сторону ускорения в значительно меньшей степени чем при ИИ. Так, ускорение венозного кровотока в вене Розенталя при ТИА составило 19 %; в глубокой СМВ венозный кровоток ускорялся на 10,5 %.; в вене Галена — на 5,6 %; в прямом синусе — на 0,8 %.

При полушарном ишемическом инсульте улучшается визуализация мозговых вен (на 10—15 % по сравнению со здоровыми лицами).

При полушарном ИИ отмечается повышение систолической скорости кровотока в базальной, глубокой средней мозговой, большой вене мозга, прямом синусе ($P < 0,05$).

Изменения венозной гемодинамики значительно более выражены у пациентов с ИИ по сравнению с группой больных с ТИА.

УДК: 616.83-053.2-036.66

Абраменко В. В.
Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)

МЕТОДИКА ІНТЕГРАЛЬНОЇ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ КІНЕЗОТЕРАПІЇ ТА СКАЛЬППУНКТУРИ (МІКС) В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Збільшення патології нервової системи призвело до поглиблення процесу інвалідизації дитячого населення. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності: поширення у Європі становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених, в Україні — 2,48 на 1000. Серед глибоко недоношених дітей кількість випадків ДЦП зросла до 40—100 на 1000 живих новонароджених. Найбільш частими є спастичні варіанти захворювання, які спостерігаються у 70—85 % дітей.

На сучасному етапі пріоритетним є створення та залучення реабілітаційних, переважно немедикаментозних методик, спрямованих на відновлення функціональних систем організму.

Мета. Впровадження нових альтернативних методів лікування дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, на прикладі нейрореабілітації різних форм дитячого церебрального паралічу та розроблення нових схем (методик) патогенетичної терапії.

Лікування проводили за методикою інтегральної пропріоцептивної нейром'язової кінезотерапії та скальппунктури (МІКС) шляхом послідовної та цілеспрямованої стимуляції (враховуючи неврологію розвитку): рухових, мовленнєвих, психічних функцій у немовлят з 3—4 місяців та дітей після одного року життя, в основі якої закладено теоретичні концепції системогенезу та пластичності нервової системи, формування нових мереж міжнейронального зв'язку, що використовує «терапевтичне вікно», тобто вік, до якого можливо отримати задовільний лікувальний ефект та зменшити прошарок дітей-інвалідів.

МІКС поєднує — одночасне проведення скальппунктури з різними видами впливу на периферичний нейром'язовий апарат кінезотерапії, системи масажу, що включає класичний, сегментарний, точковий, періостальний та гуа-ша масаж у поєднанні з елементами постізометричної, антигравітаційної релаксації та мобілізації суглобів кінцівок. За допомогою акупунктурних голок, розташованих під шкірою, здійснюється стимуляція в проекції спеціальних зон скальпу з одночасним впливом на периферичний нейром'язовий апарат.

Під динамічним спостереженням перебували 80 дітей (з 4 місяців до 8 років). Серед них: формування церебрального паралічу — 29 дітей; подвійна геміплегія — 21; спастична диплегія — 20; спастична геміплегія — 8; гіперкінетична форма — 2 дітей.

Вивчали ефективність МІКС на базі Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, за шкалою великих моторних функцій (тестовий бланк GMFM-88), що є стандартизованим та перевіреним інструментом, для визначення змін великих моторних функцій у дітей з церебральними паралічами.

Перші позитивні зміни у руховій сфері дитини спостерігалися вже на перших 2—3 сеансах, а курс 15—20 сеансів дозволяє значно та ефективно скоригувати функціональну діяльність локомоторних центрів, покращити м'язову активність та міжм'язову взаємодію у системі «агоніст — антагоніст», знизити патологічний м'язовий тонус, навчити контролювати цілеспрямовані рухи, збільшити амплітуду активних рухів у суглобах, сформувати рухові навички. Окрім вище зазначеного, поліпшується емоційний стан, пізнавальні функції (інтелектуально-мнестичний розвиток, пам'ять, увага).

Впровадження МІКС дозволяє за відносно короткий термін суттєво покращити стан моторної сфери хворого.

Одночасне застосування пасивно-активної кінезотерапії, системи масажу та скальппунктури дозволяє зменшити кількість дітей із формуванням вторинних коморбідних ускладнень.

Включення МІКС в індивідуальну комплексну програму реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи сприяє і значно розширює можливості реабілітації хворих та їх подальшу соціалізацію. За час впровадження МІКС не було ускладнень та побічних проявів.

УДК 616.831-005.4-036.66

Адонкина В. Ю., Мищенко О. Я.
Национальный фармацевтический университет (г. Харьков)

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Ишемический инсульт (ИИ) — одна из важных медико-социальных проблем, которая наносит огромный экономический ущерб системе здравоохранения, государству и семье больного. Среди мероприятий специфической дифференцированной терапии ИИ определены два подхода: реканализация, или восстановление адекватной реперфузии, и нейропротекция. Своевременная механическая реваскуляризация и тромболитическая терапия предупреждают развитие некроза мозга и существенно улучшают выживаемость и качество жизни этих пациентов. К сожалению, эти методы являются малодоступными для пациентов Украины из-за высокой стоимости, поздней диагностики и выхода за пределы терапевтического окна, наличия противопоказаний к тромболизису для определенных пациентов, в частности больных сахарным диабетом. В связи с этим возрастает значимость нейропротекторной терапии. В публикациях украинских ведущих специалистов убедительно обосновывается целесообразность комплексной нейропротекции в лечении ИИ, как наиболее эффективной. Однако одновременное применение двух нейропротекторов требует больших затрат на лечение.

Цель исследования — оценить экономическую целесообразность комплексной схемы нейропротекции по сравнению с традиционной.

В процессе исследования был проведен анализ результатов сравнительного клинического исследования трех схем нейропротекторной терапии ИИ среднетяжелой и тяжелой степени тяжести: 1 схема — традиционная + цитиколин; 2 схема — традиционная + цитиколин + актовегин; 3 схема — традиционная (пентоксифиллин, гепарин и/или ацетилсалициловая кислота, маннитол) (С. М. Виничук, О. А. Пустовая, В. А. Мохнач и др., 2008); фармакоэкономический анализ «затраты — эффективность». С использованием дерева решений было проведено сравнение экономического ущерба от ишемического инсульта при применении трех схем нейропротекторной терапии на протяжении одного года.

В качестве критерия эффективности анализируемых схем лечения ИИ было выбрано количество больных, которые полностью выздоровели через три месяца лечения. Показатель эффективности составил 29,6 %, 38,9 % и 23,3 % для 1, 2 и 3 схем соответственно. Прямые затраты на схемы лечения были 8183,19 грн; 9562,61 грн; 4978,00 грн для 1, 2 и 3 схем соответственно. Инкрементальный показатель эффективности затрат (ICEK) для первой и второй схемы по сравнению с третьей (традиционной терапией) составил соответственно 50 876,03 грн; 29 388,53 грн Рассчитанный экономический ущерб (с учетом потерь от преждевременной смертности, потери трудоспособности и выплат по инвалидности) с горизонтом исследования в один год составил 51 696,50 грн; 48 271,80 грн и 50 731,90 грн для 1, 2 и 3 схем соответственно.

Выводы. Применение схем нейропротекторной терапии с использованием цитиколина (1 схема) и комбинации цитиколин с актовегином (2 схема) обеспечивает большую клиническую эффективность (большее количество пациентов в состоянии полного выздоровления через три месяца) и требует больших затрат по сравнению с традиционной схемой лечения. С прогнозом на один год и с учетом непрямых затрат схема лечения с применением комбинации нейропротекторов имеет экономические преимущества.

УДК: 616.711.6:616.71-007.234:615.814.1

Бабінець Л. С., Надкевич А. Л.
Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ

На сьогодні особливо гостро стоїть питання взаємозв'язків остеопорозу та остеохондрозу хребта, які нерідко поєднуються в одного хворого, ускладнюючи його стан. Тому вивчення патогенезу цих захворювань і розроблення патогенетично обґрунтованої терапії є надзвичайно актуальними.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку параметрів стану кісткової тканини хворих з рефлекторними проявами поперекового остеохондрозу (РППОХ) і супутнім остеодефіцитом (ОД) під впливом комплексного лікування з включенням курсу традиційного дом'язового та акупунктурного введення мелоксикаму.

Було обстежено 46 хворих з РППОХ на тлі ОД, які лікувались в амбулаторних умовах. Дослідження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) проводилось за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра Lunar DPX-A. Групу контролю склали 20 практично здорових людей. Всі розрахунки виконано за допомогою програмного забезпечення Mathcad 14. Для оцінки достовірності відмінностей середніх значень у вибірках використовувався двовибірковий *t*-критерій Стьюдента. Пацієнти з РППОХ на тлі ОД були поділені на 2 групи. І група (25 хворих) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ): (селективний НПЗП-інгібітор ЦОГ-2 мелоксикам (моваліс) у дозі 15 мг (1,5 мл) дом'язово 1 раз на день № 5 з переходом на пероральний прийом 15 мг на день № 10, хондропротектори, біостимулятори, ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж, судинні середники, вітаміни групи В). ІІ група пацієнтів (21 хворий) — ЗЛ із курсом фармакопунктури (ФП) мелоксикаму № 5. У ході лікування використовували точки акупунктури попереково-крижового відділу хребта та сідниць, де анатомічно достатньо виражений м'язовий шар для безпеки проведення ФП: V21—25, V50—54, V27—29, V36—40, V55—57. Моваліс вводили по 1 ампулі на сеанс — 1,5 мл (по 0,2—0,3 мл в кожну точку за допомогою інсулінового шприца) протягом 5 днів. Програма корекції ІІ групи хворих на ПОХ відрізнялась від такої у І групі тільки шляхом введення препарату. Побічних ефектів і технічних проблем при проведенні ФП мовалісу не було. Пацієнти позитивно ставилися до проведення процедур, відзначали швидкий клінічний, у першу чергу знеболюючий ефект.

У 25 хворих на ПОХ з початковим рівнем МЩКТ в зоні остеопенії ІІ ст., які отримували ЗЛ з включенням традиційного введення мелоксикаму, через 3 місяці спостерігалась тенденція до стабілізації стану кістки при ПОХ з ОД, точніше навіть наявність незначного збільшення показника Young Adult % ((0,89 ± 0,90) %). Однак оскільки отримані показники були статистично недостовірними ($p > 0,05$), дані потребують подальшого уточнення і поглибленого вивчення. Аналіз МЩКТ у хворих на ПОХ з ОД, що отримували ЗЛ, підсилене курсом ФП мелоксикаму, констатував через 3 місяці після початку його наявність достовірної тенденції (достовірність різниць показників в групах до і після лікування $p < 0,05$) до збільшення МЩКТ, тобто був наявний процес відновлення втраченої кісткової маси ((2,46 ± 0,04) % за показником Young Adult %).

Підсилення загальноприйнятої терапії курсом фармакопунктури мелоксикаму констатувало через 3 місяці після початку її наявність достовірної тенденції до відновлення втраченої кісткової маси ((2,46 ± 0,04) % за показником Young Adult %), що засвідчило високу протизапальну ефективність мелоксикаму взагалі і доцільність введення його у точки акупунктури за запропонованою методикою.

УДК 616.831-005.4-07:612.015

Балкова Н. Б., Перцева Т. Г., Романова Л. Я., Соколік В. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ЛАТЕНТНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ (КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ СПІВСТАВЛЕННЯ)

Зростаюча захворюваність на мозковий інсульт і пов'язана з нею висока інвалідизація визначають актуальність вивчення клінічних особливостей та патогенетичних механізмів розвитку інсульту з метою удосконалення патогенетично обґрунтованого ефективного лікування цієї групи хворих. В останнє десятиріччя активно вивчається роль латентного запального процесу у патології судин і розвитку на його основі артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, серцево-судинних катастроф.

Мета роботи: вивчити динаміку гуморальних запальних факторів (С-реактивний протеїн, цитокіни) у хворих на ішемічний інсульт (ІІ) в різних періодах та визначити кореляції з підтипом інсульту (атеротромботичний, гемодинамічний, лакунарний або криптогенний), віком та статтю пацієнтів.

Вміст цитокінів (IL-1β, IL-6, IL-10 і TNF-α) у сироватці крові визначали методом твердофазного «сендвіч»-варіанту імуноферментного аналізу на мікропланшетному аналізаторі GBG Stat Fax 2100 відповідними наборами реагентів фірми «Вектор-БЕСТ» (Росія) і виражали у пмоль/л. Вірогідність розбіжностей оцінювали за *t*-критерієм Фішера — Стьюдента ($p \le 0,05$). Визначення високочутливого С-реактивного протеїну (вчСРП) проводили високочутливим імуноферментним методом ELISA набором фірми «Biomerica» США. Використовували специфічні моноклональні антитіла до саме тих антигенних детермінант молекул С-реактивного протеїну.

Результати дослідження виявили підвищення сироваткового рівня IL-1β (на 39 %), IL-6 (на 27 %), IL-10 (у 2,6 рази) і TNF-α (на 42 %) у гострому періоді ІІ та синхронність динаміки прозапальних цитокінів (IL-1β, IL-6 і TNF-α) в інших періодах ІІ. IL-1β і TNF-α належать до першої фази вивільнення прозапальних маркерів у відповідь на тканинне ушкодження, які запускають наступний каскад імунних реакцій, в результаті чого настає друга фаза цитокінової стимуляції: вивільнення IL-6 і IL-10 та індукція синтезу гострофазних білків. У відновному періоді і у хворих з наслідками ІІ спостерігали чітку тенденцію до нормалізації рівнів визначених цитокінів.

Аналіз цитокінового статусу хворих з ІІ, який мав атеротромботичний характер, виявив вірогідно вищий рівень IL-1β, порівнюючи до показників пацієнтів з іншими типами ІІ. Отже, IL-1β можна розглядати як уражуючий фактор запалення при атеросклерозі, який супроводжує ІІ на всіх його етапах. Гендерні відмінності були встановлені лише для фактора некрозу пухлин-α (TNF-α), вміст якого виявився нижчим у жінок на 26 %, порівняно з чоловіками. При порівнянні рівнів IL-1β, IL-6, IL-10 і TNF-α у різних вікових групах пацієнтів з ІІ з'ясували вірогідну активацію цитокінової ланки запалення у старшій віковій групі (від 70 років і старші), що є несприятливим фактором у прогнозі ІІ.

У хворих, що перенесли ішемічний інсульт, у гострому періоді наголошується підвищений рівень вчСРП, який корелює з модифікованими чинниками ризику. Дослідження вчСРП в динаміці виявило його вірогідне зниження з наростанням терміну після гострої ішемічної події (на 14,2 % через 6 місяців та на 46,6 % через 8—12 місяців після інсульту). Більш високі значення вчСРП характерні для хворих, що перенесли атеротромботичний інсульт. Показник вчСРП корелює із запальними змінами крові (СОЕ, абсолютна кількість лімфоцитів); з показниками гемостазу (РФМК, фібриноген).

Проведене дослідження виявило наявність латентного запального процесу у гострому періоді ішемічного інсульту, активність якого зменшується з наростанням терміну після гострої ішемічної події. Більш вираженим є запальний процес у хворих на атеротромботичний процес та у старшій віковій групі.

УДК 616.832.522:614.253.1

Башкірова Л. М.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ЕТИЧНІ ТА МОРАЛЬНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З БОКОВИМ АМІОТРОФІЧНИМ СКЛЕРОЗОМ

Боковий аміотрофічний склероз (БАС) є ідіопатичним хронічним прогредієнтним нейродегенеративним захворюванням (ЗХ), що характеризується вибірковим поєдананим ураженням центрального і периферичного мотонейронів (МН). БАС належить до найпоширеніших захворювань МН. Етіологія та патогенез БАС залишаються не з'ясованими. Спеціального методу діагностики БАС на нинішній час не існує. Обстеження хворого спрямоване на виключення інших (в т. ч. курабельних) захворювань. Діагноз (Д3) БАС встановлюють відповідно до діагностичних критеріїв EL Escorial (1998). Під час прийняття клінічних рішень лікар керується принципами доказової медицини. Враховуючи те, що 80—90 % пацієнтів з БАС помирають упродовж перших 4 р. від початку ЗХ — неврологу доцільно дотримуватися таких етичних і морально-правових аспектів при веденні хворого з БАС.

Д3 БАС хворому можна повідомити лише після детального клініко-параклінічного обстеження. Відповідно до Гельсінської конвенції по біоетиці (1997), пацієнт з невиліковним ЗХ (в т. ч. з БАС) повинен бути сповіщений лікарем стосовно Д3, у зв'язку з необхідністю прийняття рішень, пов'язаних з наближенням смерті.

Про Д3 БАС хворого повідомляють у делікатній формі. Бесіду проводить особисто лікар, який добре знає пацієнта. Тому рекомендують повідомити Д3 після встановлення міцних контактів з хворим та його сім'єю. Розмову проводять у присутності рідних та близьких пацієнта, у спокійній та комфортній обстановці, без поспішності, з урахуванням необхідності того, що потрібно не

менше ніж 45—60 хв. часу. Рекомендують почати із з'ясування того, що хворий вже знає і думає про свій ДЗ. Далі лікар повідомляє пацієнту ДЗ і продовжує обговорення ДЗ з хворим поетапно, перевіряючи, чи пацієнт все зрозумів. У відповідях на запитання хворого слід передбачити його емоційну реакцію. Не можна говорити пацієнту, що йому нічим вже не допомогти. Навпаки, потрібно запевнити хворого, що він повинен спостерігатися у невролога амбулаторно та періодично лікуватися у стаціонарі (бажано кожні 3—6 місяців). Доцільно підкреслити, що БАС є варіабельним за перебігом. Необхідно акцентувати увагу пацієнта, що окремі симптоми БАС добре піддаються лікуванню. Можна вказати і на те, що при атиповому перебігу ЗХ з часом або ж при появі атипових симптомів є можливим перегляд ДЗ БАС. Потрібно уникати: 1) повідомлення інформації черство і формально, не залишаючи надії хворому; 2) обмеження інформації про ЗХ. Доцільно наголосити, що метою терапії є: 1) уповільнення прогресування БАС і подовження періоду, упродовж якого пацієнт не потребуватиме стороннього нагляду; 2) зменшення вираженості окремих симптомів та підтримка стабільного рівня якості життя. Потрібно підкреслити, що незважаючи на те, що ефективного лікування БАС до цього часу не існує, проведення паліативного лікування, яке спрямоване на усунення окремих симптомів БАС і ускладнень ЗХ, поліпшить стан пацієнта та подовжить тривалість його життя. Перед закінченням бесіди необхідно обговорити час наступної консультації (оптимально через 2—4 дні). Необхідно передбачити наявність надрукованих матеріалів про БАС для хворого та його родичів, де розглядаються можливості лікування і допомоги пацієнту.

У подальших бесідах, з урахуванням форми, варіанту і стадії БАС, слід вказати на те, що хворий та його родичі повинні: 1) знати основні клінічні ознаки БАС; 2) знати про прогредієнтний перебіг ЗХ; 3) навчитися проведенню реабілітаційної гімнастики, ентерального харчування, неінвазивної вентиляції легень і загальному нагляду за пацієнтом, не здатним до самообслуговування.

Таким чином, етичні та морально-правові аспекти надання медичної допомоги хворим з БАС ґрунтуються на безпосередній і активній участі у лікувальному процесі пацієнта та його родичів, що дозволяє неврологу визначитися зі стратегію і тактикою лікування, прийняттям оптимального клінічного рішення. Отже, якість неврологічної допомоги при БАС, насамперед, залежить від взаємовідносин і узгодженої діяльності між хворим, його сім'єю та лікарем.

УДК 616.831: 612.014.426

О. М. Биневская, О. Ю. Алексеева, Ю. В. Аристов
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕОМАГНИТНЫХ УСЛОВИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ПО ДАННЫМ СТАБИЛОГРАФИИ

Поддержание вертикальной позы является важным аспектом жизнедеятельности человека. Известно, что система равновесия чутко реагирует на целый ряд факторов внешней и внутренней среды, отражая общий уровень адаптации организма.

Проводился ежедневный мониторинг состояния функции равновесия в группе больных (30 человек) при помощи компьютерной стабилографии. Всего было проведено 263 стабилографических исследования (СТГ) с применением стандартных функциональных проб. Оценивали изменения коэффициента качания (Кк), которые сопоставлялись с данными возмущения геомагнитного поля Земли (Кр-индекс). Как магнитонеблагоприятные события были отмечены: а) сутки с суммарным значением Кр-индекса более 20; б) сутки, в течение которых фиксировались значения 3-часового Кр-индекса свыше 5,67; в) геомагнитные «штили» — сутки, в течение которых значения 3-часового Кр-индекса не превышали 2.

У каждого больного нами были выделены по два наибольших показателя Кк в позе Ромберга с вытянутыми до уровня плеч руками (КкПР), а также по два наибольших усредненных Кк по всем пробам в рамках каждого исследования (здесь — Ккср), которые характеризовали моменты наихудшего состояния функции равновесия за весь период обследования. Было отмечено, что в 100 % случаев эти показатели Кк были связаны с магнитонеблагоприятными днями.

Большинство случаев пониженной устойчивости (ухудшение поддержания равновесия) у обследованных нами больных непосредственно совпадало с магнитонеблагоприятными днями, причем преимущественно с периодами геомагнитного «штиля». Так, 40 % вышеописанных наблюдений ухудшения функционального состояния системы равновесия по результатам КкПР и 53 % — по результатам Ккср приходилось на дни геомагнитного «штиля». На дни геомагнитного возмущения приходилось 25 % и 23 % случаев соответственно. Итого, непосредственно на магнитонеблагополучные дни приходилось 65 % случаев ухудшения показателя КкПР и 76 % — Ккср. Запаздывающие реакции (на один день) отмечались соответственно в 6 % и 5 % случаев, а опережающие (на один день) — в 8 % и 12 % случаев. Следует отметить, что моменты ухудшения статики у больных могли приходиться также на особые «промежуточные» магнитоспокойные дни, до и после которых в течение суток регистрировались магнитонеблагоприятные события. На такие дни приходилось 10 % и 18 % случаев ухудшения устойчивости по значениям КкПР и Ккср соответственно. Значимых различий между реакциями больных с различными формами энцефалопатий не выявлено.

Степень ухудшения функционального состояния системы равновесия при магнитонеблагоприятных ситуациях у обследованных больных была достаточно выраженной (в среднем Кк увеличивался на 52,2 %).

Полученные нами результаты позволяют утверждать, что система равновесия у больных с энцефалопатиями различного генеза имеет высокую геомагнитотропную реактивность, что необходимо учитывать при коррекции проводимой терапии, с учетом напряжения адаптационных механизмов, обусловленного, в том числе, и изменениями геомагнитной ситуации.

УДК 616.8/89.001.8

Биттерлих Л. Р.
КУ «Сумская областная детская клиническая больница» (г. Сумы)

КОМПЬЮТЕРНАЯ БАЗА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ В НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Доказательная медицина открывает возможность сравнительной количественной оценки действия отдельных лекарств на отдельные болезненные признаки. Вместе с тем, растущий объем информации превышает возможности долговременной памяти врача, а реализация накопленных данных при выборе лечения ограничена оперативными возможностями человеческого мозга.

Несмотря на большое количество справочных компьютерных программ по фармакотерапии, отсутствуют программы по подбору лечения сочетания болезней у конкретных больных. Нами создана и постоянно пополняется компьютерная база данных «Нейрофарм». На момент подготовки публикации программа содержит информацию об использовании 465 лекарств для лечения 352 неврологических и психических синдромов и болезненных признаков. Кроме того, в базу данных введены данные о действии этих нейрофармакологических препаратов на 178 соматических болезней и синдромов.

Данные доказательной медицины позволяют оценивать действие отдельного лекарства на отдельный болезненный признак с помощью используемой нами 8-балльной шкалы. Также в базу данных вводятся противопоказания (абсолютные и относительные) для использования лекарств.

Практическая реализация информационного массива, накопленного мировой медициной и введенного в базу данных, осуществляется врачом путем просмотра на дисплее систематизированного по рубрикам списка синдромов и болезней. При этом врач отмечает болезненные признаки, диагностированные у конкретного пациента, оценивая их значимость для выбора лечения по двухбалльной шкале. После этого, по команде врача, программа выдает список лекарств, показанных для лечения сочетания болезненных признаков у данного больного. Список ранжирован по баллам от наиболее эффективных лекарств к менее эффективным у данного больного. Врач при выборе препарата из списка может воспользоваться дополнительной информацией в программе о дозах и возрастных ограничениях, стоимости и доступности различных препаратов одного лекарства. Пациенту на руки выдается распечатка подобранного лечения с указанием об ожидаемом эффекте выбранного лекарства на предъявленные им жалобы, что обеспечивает комплайенс и экономит время врача.

Было проведено сравнение между двумя группами детей, пролеченных в неврологическом отделении. Выбор лекарств

для лечения комбинированной неврологической, психической и соматической патологии в первой группе из 140 детей в 2006 году был проведен в обычном порядке, а во второй группе из 105 детей в 2008 году — с помощью компьютерной программы «Нейрофарм». Показатель «общее число заболеваний (диагнозов) / количество пациентов» не отличался в двух группах (2,60 и 2,56 соответственно). В 2006 году среднее количество лекарств, принимаемых одним больным на протяжении курса лечения, равнялось 6,3. Внедрение компьютерной программы «Нейрофарм» позволило снизить этот показатель в 2008 году до 4,6 без ухудшения эффективности лечения. Исследование показало значительную разницу между двумя группами в количестве принятых лекарств (27 %).

Таким образом, компьютеризация позволяет нивелировать полипрагмазию, неизбежную при формулярном подходе в случае лечения сочетания болезней у конкретного больного, и является научной альтернативой эрзац-медицине протоколов в неврологии и психиатрии.

УДК 616.858-008.6:612.398.12-07

Богданова І. В.

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

ОЦІНКА ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ КРОВІ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Важливе значення у формуванні функціональної активності білків належить просторовій структурі поліпептидних ланцюгів, утвореної за допомогою водневих зв'язків, електростатичних сил та Ван-дер-Ваальсової взаємодії. Це дає змогу білкам згортатися в унікальну компактну, високоорганізовану та функціонально-активну структуру. Різноманітні фактори ендогенної та екзогенної природи можуть змінювати конформаційні властивості білкових молекул. Перспективним методичним підходом для ранньої діагностики функціональної активності білків сироватки крові може стати вимірювання інтенсивності фосфоресценції. Відомо, що природними хромофорами білків є тирозинові та триптофанові залишки амінокислот, які оголюються за умов втрати компактної структури білкової молекули. Тобто, підвищення інтенсивності фосфоресценції спостерігається, коли білки перебувають в інактивованому стані, при значному розгортанні компактних структур.

Проведена оцінка інтенсивності фосфоресценції сироватки крові у хворих на хворобу Паркінсона (ХП) та в групі контролю (умовно здорових). Інтенсивність фосфоресценції сироватки крові контрольної групи була при довжині хвилі збудження 297 нм в межах від 3000 до 3500 імп/с, при 313 нм — від 280 до 350 імп/с, при 334 нм — від 600 до 700 імп/с, при 365 нм — від 1700 до 1800 імп/с, при 404 нм — від 450 до 550 імп/с, при 434 нм — від 550 до 650 імп/с. У хворих на ХП найбільш суттєвим збільшення інтенсивності фосфоресценції було виявлено при довжині хвилі 297 нм, 404 нм та 434 нм. Так, інтенсивність фосфоресценції при легкому перебігу ХП статистично значуще ($p < 0,001$) збільшувалася відповідно на 32 %, 51 % та 28 %; при середній тяжкості — на 47 %, 76 % та 56 %; при тяжкому перебігу — на 98 %, 117 % та 99 % порівняно з контролем. Отримані результати свідчать про наявність у хворих на ХП реакційно-здатних молекул з високими рівнями електронних збуджених станів. При легкому перебігу ХП відбувається, ймовірно, часткова вільнорадикальна модифікація білків, при середній тяжкості — розгортання цього процесу, а при тяжкому — його значний напружений стан з глибокою перебудовою структури білків, вивільненням фосфоресціючих амінокислотних залишків тирозину та триптофану. Виникнення значної кількості молекул у триплетному стані може вказувати на гальмування процесів біоенергетики, неефективне використання організмом енергії (її значне розсіювання у вигляді тепла), зниження продукції АТФ, що є характерним для мітохондріальної патології. Динамічне збільшення інтенсивності фосфоресценції сироватки крові в процесі формування тяжкості перебігу хвороби свідчить про порушення конформаційної структури білків, наявність мембранної патології завдяки розгортанню вільнорадикальних процесів.

Для з'ясування впливу леводопатерапії на активність процесів окисної модифікації білків проведено аналіз результатів інтенсивності фосфоресценції сироватки крові при її наявності та відсутності. Достовірно значуща ($p < 0,001$) різниця між показниками груп з наявністю та відсутністю леводопатерапії виявилася лише для довжини хвилі збудження 297 нм, тобто леводопатерапія практично не знімає напруженого стану процесів вільнорадикальної модифікації білків.

Таким чином, хвороба Паркінсона характеризується підвищенням вільнорадикальної модифікації білків крові з порушенням їх компактної високоорганізованої структури та біологічної активності, що підтверджується суттєвим підвищенням інтенсивності фосфоресценції сироватки крові. Визначення інтенсивності фосфоресценції дозволяє діагностувати наявність протеїнопатії вже на ранній стадії ХП.

УДК 616.831-005.1:616.1-071

Бокатуева В. В.

Центральная клиническая больница «Укрзалізниці»

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ «ФАТАЛЬНЫХ» КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Болезни сердца после артериальной гипертензии занимают второе место в структуре факторов риска развития мозгового инсульта. Среди заболеваний сердца, которые приводят к развитию мозговых инсультов, наиболее значимой является фибрилляция предсердий (ФП). Около 25—30 % всех ишемических инсультов (ИИ) вызваны ФП. Несмотря на большое количество исследований, посвященных кардиоэмболическому инсульту (КЭИ), многие вопросы клинико-патогенетических особенностей остаются не до конца ясными.

Цель настоящего исследования — изучить клинические особенности фатальных КЭИ.

В исследование было включено 18 фатальных случаев КЭИ, вызванных ФП. Среди больных превалировали мужчины — 11 (61,2 %), женщины — 7 случаев (38,8 %). Возраст пациентов варьировал от 54 до 86 лет и в среднем составил 69,3 года. Причем, средний возраст женщин составлял 77,5 лет, мужчин 70,2 года. Всем пациентам проводили общеклиническое обследование, включающее в себя сбор анамнеза с учетом факторов риска возникновения инсульта, учет времени появления и динамику первых симптомов заболевания, объективную оценку степени нарушения сознания по шкале Глазго, определение степени тяжести инсульта по шкале NIHSS. Проводили кардиологическое обследование: ЭКГ, эхокардиография, осмотр кардиолога; УЗДГ. Всем больным проведены МРТ или КТ головного мозга (спиральный компьютерный томограф SELECT). Всем больным проведено патологоанатомическое исследование. Наши исследования показали, что средняя продолжительность жизни женщин при «фатальных» КЭИ — 11 дней, мужчин — 10 дней. По нашим данным женщины чаще страдали постоянной формой ФП, чем мужчины (соответственно 6 и 5 случаев). Исходный уровень нарушения сознания по шкале ком Глазго при пароксизмальной форме ФП варьировал от 4 до 15 баллов и в среднем составил 8,71 балла. Исходный уровень нарушения сознания по шкале ком Глазго при постоянной форме ФП так же варьировал от 4 до 15 баллов и в среднем составил 10,9 балла. Более тяжелое начало ишемического инсульта наблюдалось у больных с пароксизмальной формой ФП. При проведении нейровизуализации наиболее часто выявляемые локализации патологического очага: субтотальный инфаркт левого полушария — 7; бассейн правой средней мозговой артерии (ПСМА) — 4; бассейн левой СМА — 3; субтотальный инфаркт правого полушария — 2; бассейн правой ЗМА — 1; мост — 1.

Таким образом выявлено, что левая средняя мозговая артерия (ЛСМА) при КЭИ, обусловленном ФП, поражается чаще, чем у больных без ФП. ЛСМА в равной степени эмболизировалась как мелкими, так и крупными эмболическими фрагментами, в то время как правая СМА эмболизировалась небольшими эмболическими частицами. Это объясняет наличие более выраженного неврологического дефицита при локализации ишемии в этом бассейне, однако существенных различий в размерах ишемического очага между бассейнами средних мозговых артерий левой и правой сторон не выявлено.

В проведенном исследовании при сравнительном анализе нарушения ритма сердечной деятельности наиболее тяжелое течение заболевания наблюдалось у больных с постоянной ФП, хотя позиция пароксизмальной формы ФП в возникновении КЭИ лидирующая. Очевидно, что среди имеющегося многообразия нарушений сердечного ритма только при ФП создаются условия для тромбообразования в полости левого предсердия. Более высокая смертность среди больных, перенесших инсульт, отмечается при постоянной форме мерцательной аритмии.

Следовательно, частота возникновения КЭИ по мере старения популяции возрастает. Наиболее частая локализация ишемического очага в бассейне ЛСМА и наличие нарушения сердечного ритма, особенно постоянной ФП, являются прогностически

неблагоприятными факторами и сопряжены с формированием более грубого неврологического дефицита как в начальной, так и последующих стадиях инсульта. Полученные результаты исследования дают предпосылки для более детального изучения кардиального статуса у больных с ишемическим инсультом.

УДК 616.833.7-08

Бондарь Б. Е.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С ПОМОЩЬЮ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет до 100—400 случаев на 100 тыс. населения, а заболеваемость по данным ВОЗ менее 5 (у мужчин) или чуть более 7 (у женщин) случаев на 1 млн населения в год. При неэффективности терапевтического лечения невралгии тройничного нерва используют хирургические методы.

Проведен анализ 60 случаев невралгии тройничного нерва, не поддающихся медикаментозным методам лечения. Данным больным проводилась спирто-новокаиновая блокада — в пораженную ветвь тройничного нерва эндоневрально вводили 2—4 % раствор новокаина, тримекаин или лидокаин на 80 % этиловом спирте (не более 0,5 мл). Оценивали эффективность лечения через 1 месяц, 6 месяцев и через 1 год.

Средний возраст больных составил 62,53 ± 1,08 года. При поступлении в стационар у больных отмечались приступы боли по ходу ветвей тройничного нерва длительностью от 2 до 5 минут. Боли характеризовались значительной интенсивностью, внезапностью. Локализация была строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва — I ветви в 10 %, II ветви — в 50 % III ветви — в 40 %. Триггерные зоны располагались в ротолицевой области, на альвеолярном отростке, при поражении I ветви — у медиального угла глаза. Провоцировали развитие боли такие факторы как разговор, еда, бритье лица, любое прикосновение. При невралгии I ветви тройничного нерва спирто-новокаиновую блокаду вводили через надглазничное отверстие, при невралгии II ветви — через подглазничное, при невралгии III ветви — через подбородочное отверстие или проводят инъекцию по типу мандибулярной анестезии. В случае безуспешности алкоголизацию проводили непосредственно в круглое (II ветвь) либо овальное (III ветвь) отверстие. Отсутствие болевых приступов при данном виде лечения сохранялось через 1 месяц в 85 % случаев, через 6 месяцев — в 55 % случаев, а через 1 год — в 35 % случаев. При повторных проведениях блокад положительный результат уменьшался — периоды ремиссии носили кратковременный характер.

При использовании спирто-новокаиновой блокады положительный результат сохранялся через год в среднем у 35 % больных. Эффект алкоголизации уменьшался с каждой последующей процедурой и приводил к укорочению периода ремиссии.

УДК 616.831-005:616.89-008.46 (477.87)

Булеца Б. А.*, Адамчо Н. Н.*, Яроватий В. В.**, Роман Р. В., Пак Л. Н.*******

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород); «Міжгірська центральна районна лікарня» (м. Міжгір'я)**; «Хустська центральна районна лікарня» (м. Хуст)***; «Бердичівська центральна районна лікарня» (м. Бердичів)*****

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В БІОГЕОХІМІЧНИХ РЕГІОНАХ ЗАКАРПАТТЯ

Відомо, що на Закарпатті є два біогеохімічних регіони. Перший — гірський регіон (Воловецький, Міжгірський), де має місце йодна недостатність, і другий передгірській (Хустський район, с. Олександріво і с. Данилівка), де внаслідок певних природних факторів у воді, ґрунті та продуктах харчування міститься підвищений рівень хлориду натрію.

У наших обстеженнях ми поставили за мету виявити когнітивні розлади у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) у цих регіонах.

Нами обстежено 100 хворих з ДЕ різної стадії. Всі хворі були поділені на дві групи. Перша (50 хворих) — з регіонів з йодною недостатністю, друга група (50 хворих) — це пацієнти із регіонів з підвищеним рівнем хлориду натрію. Всім хворим проводилось повне клінічне і параклінічне обстеження: ЕЕГ, КТ, МРТ, визначались в крові загальний холестерин, тригліцериди, беталіпопротеїди, натрій, йод; когнітивні розлади оцінювали за шкалою Mini-Mental State Examination — MMSE. За хворими спостерігали протягом 10 років. Для достовірності отриманих результатів обстежені тільки чоловіки віком 55—65 р.

Аналізуючи отримані дані відмітили, що основним фактором ризику ДЕ були в першій групі — мозковий атеросклероз 30 хворих (60 ± 0,05 %) і артеріальна гіпертензія у другій групі 38 хворих (76 ± 0,05 %). Із клінічних симптомів у хворих першої групи домінували: зниження працездатності — 40 хворих (80 ± 0,05 %), деменція — 20 хворих (40 ± 0,05 %), рефлекси орального автоматизму — 21 хворий (42 ± 0,05 %). У хворих другої групи переважно виявлялись такі симптоми: запаморочення 42 хворих (84 ± 0,05 %), рефлекторний гемісиндром 26 (52 ± 0,05 %).

Аналізуючи біохімічні показники звернули увагу, що у хворих першої групи загальний холестерин у 40 чоловік (80 ± 0,05 %) і β-ліпопротеїди у 30 (60 ± 0,05 %) підвищені, тоді як у хворих другої групи більшість показників були в нормі. Вивчаючи дані КТ і МРТ, виявили, що у хворих першої групи спостерігалися мультифокальні і лакунарні зміни у 32 (64 ± 0,05 %), тоді як у хворих другої групи — тільки у 3 обстежених (6 ± 0,05 %).

Вивчаючи когнітивні розлади у наших пацієнтів, ми відмітили, що у хворих першої групи порушені переважно функції концентрація уваги 14 (28 ± 0,05 %) і пам'ять 26 (52 ± 0,05 %), тоді як у хворих другої групи зниження когнітивних розладів практично не спостерігалися. У деяких випадках в умовах йодної недостатності протягом 1—2 років наставала глибока деменція. В регіоні з йодною недостатністю вже у віці 55 років спостерігались порушення сприймання інформації, концентрації уваги і розлад пам'яті. Таким чином, при йодній недостатності досить рано можуть розвитися когнітивні розлади. У разі сольової гіпертензії когнітивні розлади виникають після повторних ТІА. Частіше ішемічному інсульту передували ТІА і когнітивні розлади.

Когнітивні розлади у хворих з ДЕ частіше спостерігаються в регіонах з йодною недостатністю і рідше — в регіоні з порушенням обміну хлориду натрію.

УДК 616.711.6-036.66-08

Бучакчийская Н. М.*, Марамуха А. А.**, Харченко И. И., Марамуха И. В.***, Бахарева Л. В.*, Марамуха В. И.***, Боненко В. П.******

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования» МЗ Украины; КУ «Запорожский областной центр медико-социальной экспертизы»**; КУ «Запорожская областная клиническая больница»*** (г. Запорожье)*

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С КОМПРЕССИОННЫМИ КОРЕШКОВЫМИ И РЕФЛЕКТОРНЫМИ СИНДРОМАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Около 80 % в общей популяции населения страдают вертеброгенными болями, преимущественно поясничной локализации, причиной которых является остеохондроз. Поэтому вопросы лечения и реабилитации больных этой нозологической группы являются чрезвычайно актуальными. Из года в год сохраняются стабильно высокие показатели первичного выхода на инвалидность. Так, в 2009 году показатель по данной нозологии составил 0,4 на 10 тыс. человек населения; в 2010 году — 0,4; и в 2011 — 0,4.

Цель работы: создание методик с использованием мануальной терапии (МТ), которые позволили бы эффективно проводить лечение и реабилитацию больных и инвалидов с неврологическими проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночного столба.

Проанализировав результаты лечения и реабилитации 1319 больных и инвалидов с компрессионными корешковыми и рефлекторными синдромами поясничного остеохондроза проходивших лечение на протяжении трех лет, мы пришли к выводу о необходимости внедрения в широкую практику специально разработанных нами и адаптированных классических методик МТ. Мы применяли только щадящие составляющие МТ — постизометрическую и постреципрокную релаксацию мышц, точечный и сегментарный массаж, мышечные тракции. Кроме того, использовались физиотерапевтические процедуры, бальнеолечение, рефлексотерапия. Предложенные методики МТ применялись дифференцировано при корешковых компрессионных и рефлекторных синдромах поясничного остеохондроза. Медикаментозные средства мы не использовали, что позволило существенно снизить затраты на лечение больных и создать серьезную альтернативу нейрохирургическим вмешательствам на межпозвоночных дисках. Быстрее купировался болевой

вертебральный синдром, улучшалась вертебродинамика, была снижена продолжительность пребывания больного в стационаре на 1,2 ± 0,3 дня.

Использование щадящих методик МТ в комплексном сочетании с физиотерапией в лечении и реабилитации больных и инвалидов с компрессионными корешковыми и рефлекторными синдромами остеохондроза поясничного отдела позвоночника позволило качественно улучшить результаты лечения и существенно снизить процент инвалидизации у больных этой нозологической группы.

УДК 616.831-089-053.2

Варешнюк О. В., Духовський О. Е.
Міський Центр Дитячої Нейрохірургії ХМКЛШНМД ім. проф. О. І. Мещанінова (м. Харків)

МОЖЛИВОСТІ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО НЕЙРОМОНІТОРИНГУ ПІД ЧАС НЕЙРОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ДІТЕЙ

Використання нейрофізіологічних тестів під час нейрохірургічних операцій дає можливість зменшити або усунути неврологічні розлади внаслідок оперативних втручань. Це можливо завдяки неперервній реєстрації спонтанної нервової та м'язової активності.

Вибір тестів залежіть від виду та обсягу оперативного втручання. Моніторинг провідних шляхів та функцій черепно-мозкових нервів проводять під час оперативних втручань на основі черепу, при видаленні пухлин задньої черепної ями, при мікроваскулярних декомпресіях черепно-мозкових нервів. Досліджують: викликані сенсорні потенціали нервів, спонтанну електроміографію, стимуляційну електроміографію.

Моніторинг функцій спинного мозку проводять під час операцій виправлення деформацій хребта, стабілізуючих та артродезуючих операціях, при видаленні пухлин спинного мозку та хребта. Застосовують викликані сенсорні потенціали, викликані моторні потенціали, досліджують спонтанну електроміографію, стимуляційну електроміографію.

При судинній нейрохірургії проводять контроль викликаних сенсорних потенціалів та електроенцефалограми для запобігання післяопераційних ішемічних уражень головного мозку.

Кортикальну стимуляцію застосовують для виявлення епілептиформних розрядів мозку при хірургії епілепсій та для виявлення локалізації функціональних зон півкуль мозку при видаленні пухлин.

З грудня 2011 року Міський Центр Дитячої Нейрохірургії забезпечений 40-канальним апаратом для інтраопераційного нейромоніторингу Endeaver, виробництва США. Ми виконали 3 операції видалення кистозного компонента пухлини стовбура головного мозку, 3 операції тотального видалення пухлин задньої черепної ями, 3 операції тотального видалення пухлин півкуль головного мозку, 5 спинальних операцій та 1 нейрорафію. В післяопераційному періоді неврологічний статус пацієнтів не погіршився, у трьох пацієнтів після видалення пухлин та кист спинного мозку вдалось частково відновити втрачені функції, позбавити больового синдрому. Після нейрорафії вдалось відновити втрачену функцію кисті дитини.

Застосування сучасних методик діагностики та лікування в нейрохірургії дає можливість розширити обсяг оперативних втручань, зберегти функції нервової системи та покращити якість життя дитині та її сім'ї.

УДК 616.853-07-036

Васильева О. А., Череватенко Г. Ф.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

Обязательным критерием отбора больных эпилепсией для основной группы наблюдений было наличие трансформации эпилептических приступов (ТЭП) в анамнезе и/или их эволюция за время наблюдения — видоизменений клинической картины приступа, замены одного типа эпилептического припадка на другой, а так же присоединение к имеющимся других типов припадков под влиянием различных факторов. Было обследовано 72 взрослых больных эпилепсией с разными типами эпилептических приступов, в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст — 46,5 ± 1,2). Под понятием «трансформация» эпилептических приступов в данной работе рассматривалось изменение клинических проявлений в виде смены характеристик и типа припадка у одного и того же больного под влиянием различных причинных факторов, что могло свидетельствовать как об ухудшении клинического состояния и прогрессировании заболевания — негативные трансформации эпилептических припадков (НТЭП), так и об улучшение клинического течения болезни — позитивные трансформации эпилептических припадков (ПТЭП). Выяснилось, что большинство больных эпилепсией имели на момент обследования или в анамнезе коморбидную патологию в виде присоединения одного или 2-х заболеваний, таких как последствия перенесенной черепно-мозговой травмы; последствия хронического инфекционно-аллергического энцефалита различной этиологии; последствия общих инфекционных или вирусных (ОРЗ, грипп и т. п.) болезней ЛОР-органов; соматических заболеваний (в виде патологии печени и почек, поражения суставов, проявлений хронического гастрита и язвы, сахарного диабета, анемии и т. п.), хронической сердечно-сосудистой патологии (кардиальные аритмии, артериальная гипертензия и пр.). Эти заболевания оценивались как возможный фактор провоцирования формирования трансформаций эпилептических приступов.

Неврологические нарушения у больных с НТЭП. Неврологические расстройства у больных с негативной трансформацией эпилептических приступов были выражены и носили стойкий и, в ряде случаев, прогрессирующий характер. Чаще всего у больных с НТЭП были выявлены изменения в виде нарушения статики — 58,8 % и координации — 24,5 %, умеренной и значительной степени выраженности нарушения сухожильных рефлексов — около 60 % и чувствительности — 66,4 %, нарушения функций черепно-мозговых нервов — в 25 %, признаки ликворной гипертензии (болезненность и ограниченность движений глазных яблок) — у 30 % больных, вегетативная дисфункция — около 60 %. У всех больных на фоне НТЭП в ходе заболевания нарастали признаки пирамидной недостаточности, вестибуло-атактические и вегетативные нарушения.

Изменение неврологического статуса у больных с ПТЭП. У группы больных эпилепсией с позитивными трансформациями эпилептических приступов была выявлена рассеянная неврологическая микросимптоматика. При объективном обследовании у 20—40 % больных обнаружены начальные или умеренные неврологические изменения в виде нарушения статики — 40,8 % и координации — 20,6 %, вегетативная дисфункция — 39,2 %, легкой и умеренной степени выраженности нарушения сухожильных рефлексов и чувствительности — 29,4 %, нарушения функций черепно-мозговых нервов — в 25 % и признаки ликворной гипертензии — у 20 % больных. Неврологические расстройства у больных с ПТЭП проявлялись во время судорожных припадков и сохранялись в течение какого-то времени, в отличие от больных с НТЭП, у которых симптоматика неврологических нарушений разной степени выраженности была постоянной и усиливалась после эпилептических припадков.

Динамику неврологических нарушений под влиянием трансформации эпилептических приступов необходимо учитывать для своевременной ее коррекций у данной категории больных эпилепсией.

УДК: 615.711-073.43-08:001.8

Васильева-Линецкая Л. Я.*, Фурса И. А.**, Кас И. В.*
Харьковская медицинская академия последипломного образования; Центральная клиническая больница «Укрзалізниці» (г. Харьков)***

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОМПРЕССИОННО-КОРЕШКОВЫМИ СИНДРОМАМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ, ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ

В настоящее время консервативное лечение используется у 85—90 % больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков. Традиционно его эффективность оценивают с позиций влияния на клинико-неврологические нарушения, однако развитие методов визуализации позволяет определять возможности воздействия и на саму грыжу межпозвоночного диска.

Цель исследования: изучение эффективности комплексного консервативного лечения больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков, на основании показателей клинико-неврологического исследования и компьютерной томографии (КТ).

Нами проведен анализ результатов лечения 171 больного 23—62 лет с компрессионно-корешковыми синдромами, вызванными грыжами межпозвоночных дисков. Клиническая картина заболевания чаще соответствовала компрессии корешка SI — у 80 (46,2 %) и L5 — у 66 (38,6 %) больных. Стадия обострения диагностирована у 164 (96,3 %) обследованных, у 37 (21,6) % болевой синдром имел симпаталгический характер.

Для объективизации степени выраженности болей наряду с традиционным клинико-неврологическим исследованием использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ), а также всем больным двукратно (до начала лечения и через 6—7 месяцев) проводилась КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника на односрезовом спиральном компьютерном томографе SeleCTSP Marconi Med Cys одним и тем же врачом-радиологом.

По данным КТ у 85 (49,8 %) больных определялись задние срединно-боковые, у 63 (31,8 %) — срединные, у 31 (18,1 %) — фораминальные грыжи нижних поясничных и пояснично-крестцового дисков, размеры которых колебались от 5 мм до 12 мм, а также протрузии 3—4 мм у 80 (46,8 %) на фоне остеохондроза (91,4 %), спондилеза (76,9 %), спондилоартроза (79,1 %).

Лечение больных в условиях неврологического стационара было однотипным и включало назначение общепринятых медикаментозных препаратов, лечебную гимнастику, иглорефлексотерапию, низкочастотную магнитотерапию, а также, при выраженном болевом синдроме, амплипульстерапию или электромиостимуляцию, при умеренной интенсивности болей — электрофорез бишофита или карипаина.

Анализ результатов лечения показал, что только у 50 (29,3 %) наблюдаемых достигнут значимый клинический эффект при использовании одного курса, тогда как 121 (70,7 %) больным проводилось 2—3-кратное стационарное лечение с интервалом в 2—3 мес. При этом отмечено значительное уменьшение интенсивности болей и снижение показателей ВАШ в три раза — до 2,5 ± 0,2 баллов ($P < 0,001$), а также повышение сниженного тонуса мышц у 86 % и увеличение силы разгибателей и сгибателей стопы у 73 % больных. При повторной КТ отмечалось уменьшение размеров грыжи на 3—5 мм у 26 (15,2 %) больных, при этом у 12 (7,0 %) грыжа не определялась вовсе. Кроме того, у 14 (8,2 %) пациентов с исходной грыжей после лечения диагностирована циркулярная протрузия величиной 4 мм, у 8 (4,7 %) — 2—3 мм, что также может расцениваться как благоприятный рентгенологический признак разрешения межпозвоночной грыжи.

Таким образом, традиционное консервативное лечение больных с компрессионно-корешковыми синдромами, вызванными грыжами межпозвоночных дисков, благоприятно влияет не только на клиническое течение заболевания, но у части больных и на сам грыжевой дефект.

УДК 616.833-005:616.839-08

Васильєва Н. В., Оленович О. А.
Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

ЗАСТОСУВАННЯ L-ЛІЗИНУ ЕСЦИНАТУ В ТЕРАПІЇ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ДОРСАЛГІЙ, ЗУМОВЛЕНИХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Хвороби периферичної нервової системи стабільно посідають друге місце серед інших неврологічних захворювань. Також вони є однією з провідних причин втрати працездатності серед осіб молодого та середнього віку. Найбільш суттєвим етіологічним фактором, що зумовлює розвиток больових синдромів попереково-крижового відділу хребта (ПКВХ), є остеохондроз. Сучасна терапія неврологічних проявів поперекового остеохондрозу ґрунтується на використанні нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), дегідратаційних, знеболюючих препаратів, вітамінотерапії, міорелаксантів тощо.

В умовах неврологічного відділення Чернівецької обласної психіатричної лікарні нами проведено обстеження 35 пацієнтів віком від 32 до 60 років з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу. Згідно з класифікацією Антонова І. П. були встановлені діагнози радикулопатії, радикулоішемії та мієлопатії. Під час вивчення неврологічного статусу особливу увагу звертали на обсяг активних рухів у поперековому відділі хребта та напруження паравертебральних м'язів; вираховували коефіцієнт вертебрального синдрому (КВС), коефіцієнти згинання та розгинання хребта; вираженість сколіозу оцінювали за трьома ступенями; інтенсивність больового синдрому визначали в балах згідно з рекомендаціями Антонова І. П.; виявляли зміни в чутливій та руховій сферах. З метою об'єктивізації больового синдрому та контролю за ефективністю терапії щодо його усунення використовували оцінку вираженості болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), шкалою вербальних оцінок (ШВО). Діагноз підтверджували за допомогою рентгенографічного обстеження ПКВХ у двох проекціях, КТ або МРТ.

У 1-шу (контрольну) групу увійшли 15 пацієнтів, які під час стаціонарного лікування отримували НПЗЗ, міорелаксанти, вітамінотерапію, сечогінні препарати. 20 пацієнтів 2-ї (основної) групи замість сечогінних препаратів протягом 10 днів отримували 10 мл L-лізину есцинату в/венно краплинно у 150 мл фізіологічного розчину хлориду натрію 1 раз на добу.

В результаті терапії вдалося досягнути значного покращання у 85 % пацієнтів 2-ї групи та 53,3 % пацієнтів 1-ї групи. Біль повністю регресував у 13 хворих 2-ї групи та у 6 хворих 1-ї групи. Зменшення вираженості больового синдрому на 6,4 бали за даними ВАШ і на 4,2 бали за ШВО виявлено у 5 хворих 2-ї групи. У 5 пацієнтів 1-ї групи вираженість больового синдрому зменшилася на 4,6 бали за даними ВАШ і 2,7 бали за ШВО. Зменшення вираженості болю на 2,5 бали за даними ВАШ та на 1 бал за ШВО (відсутність ефекту від лікування) спостерігали у 2 хворих 2-ї та 4 пацієнтів 1-ї групи. Також у хворих 2-ї групи до одиниці наближався коефіцієнт КВС та коефіцієнт згинання та розгинання хребта.

Порівнюючи ефективність лікування у двох групах пацієнтів, можна констатувати більш виражений клінічний ефект комплексної терапії із застосуванням L-лізину есцинату ($p < 0,05$). Отримані результати дослідження свідчать, що комплексна терапія із застосуванням традиційних сечогінних препаратів виявилася недостатньо ефективною, оскільки лише у 53 % пацієнтів вона забезпечила регрес неврологічної симптоматики. В той же час, застосування медикаментозної терапії в комплексі з L-лізином есцинатом дозволило досягнути кращого ефекту у 85 % хворих.

УДК 616.-092.9-039.31:599.323.4

Вастьянов Р. С., Ляшенко С. Л., Шандра О. А.
Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

КОНЦЕПЦІЯ «НЕЙРОПЕПТИДНОГО ПРИГНІЧЕННЯ» ЕПІЛЕПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЧЕРЕЗ ПІДВИЩЕННЯ АКТИВНОСТІ ЕНДОГЕННИХ НЕЙРОПЕПТИДІВ

В роботі робиться спроба аналізу результатів експериментальних даних щодо впливу окремих нейропептидів при їх внутрішньомозковому введенні на різні форми епілептичної активності (ЕпА). Перевага застосування нейропептидів як потенціальних протиепілептичних засобів полягає у відсутності побічних ефектів та в тому, що вони справляють ефект при введенні в організм у мінімальній концентрації.

При внутрішньонігральному (в/нігр; ретикулярна частина) та внутрішньогіпокампальному (в/гіп; вентральна ділянка) введенні δ-сон індукуючого пептиду (ДСІП) та 25 його фрагментів та аналогів досягнуто протисудомного впливу за умов гострої (каїнат-, пікротоксин-спричиненої ЕпА, електрошокового судомного синдрому) та хронічної (пікротоксин-індукований кіндлінг) форм ЕпА, що відзначалося подовженням латентного періоду перших судомних проявів, зниженням інтенсивності судом, скороченням кількості щурів із судомами. Визначено було, що ДСІП та переважна більшість його аналогів спричиняли протисудомну дію при їхньому в/нігр введенні, що є важливим, зважаючи на провідну роль чорної речовини у регуляції процесів збудливості головного мозку.

Після системного та внутрішньошлуночкового (в/шлун) введення нейротропіну — небілковій суміші сполук з низькомолекулярною масою — досягнуто протисудомну дію за умов вогнищевої, гострої та хронічної (електричний та хімічний кіндлінг) форм ЕпА. Цікаво, що попередні дослідження виявили повну відсутність впливу нейротропіну на збудливість мозку в інтактних щурів. Цереброспинальна рідина (ЦСР), отримана після введення щурам нейротропну, підвищувала судомний поріг та при в/шлун введенні спричиняла протисудомну дію.

Внутрішньомозкові (у чорну речовину та вентральний гіпокамп) введення нейротензіну спричиняло протисудомні ефекти цього пептиду за умов пентилентетразол- та пікротоксин-індукованих форм гострої ЕпА, а також при пікротоксиновому кіндлінзі. Подібні протиепілептичні ефекти було отримано в разі в/нігр введення соматостатину. Додання соматостатину (10 нмоль/мл) до ЦСР сприяло розвитку протитепілептичного ефекту, що проявлялося зменшенням амплітуди спайкових потенціалів.

При в/гіп введенні кіоторфіну (КТ; 2,5, 5,0 та 10 нмоль) було зареєстроване дозазалежне пригнічення ЕпА, яке було виразне у значному зниженні інтенсивності судорожних реакцій та подовженні їх латентного періоду. Такі ж самі, але більш виразні протисудомні ефекти були зареєстровані при в/гіп застосуванні неокіоторфіну та d-ser-2-неокіоторфіну. Найбільш виразна протиепілептична дія КТ була при його в/нігр введенні у дозі 10 нмоль.

В/шлун введення ЦСР, отриманої від котів з епілептичним статусом (ЕС), спричиняє протисудомну дію в щурів-реципієнтів, в яких потім відтворювали ЕС. Важливо, що саме пептиди надають провідну протисудомну роль у ЦСР, отриманій після судомних епізодів (Годлевський Л. С., 1992).

Систематизація результатів, отриманих в лабораторії кафедри фізіології ОНМедУ, дозволяє припустити провідну роль ендогенної нейропептидної системи в регуляції процесів реактивності мозку. Ймовірно, що саме пептиди є індукторами активності «антиепілептичної системи мозку», активація якої є неодмінним чинником протисудомного ефекту будь-якої лікувальної фармакологічної схеми через показане підсилення секреторної активності тканини мозку в разі індукції судом (Shandra A. et al., 2008). Отже, маємо підґрунтя для формулювання концепції «нейропептидного пригнічення» ЕпА, враховуючи протисудомні ефекти багатьох пептидів, внутрішньомозкове введення яких підвищує тонус ендогенної пептидної системи.

УДК 616.831-005.1-08

Височанська Т. Г., Кривенко Г. О., Костенко Т. В., Бородій С. О., Гельман Г. Г.
Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТУ ПРОВЕДЕНОЇ ПРОЦЕДУРИ ТРОМБОЛІЗИСУ В УМОВАХ ІНСУЛЬТНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОПНЛ ім. акад. О. І. ЮЩЕНКА

Мета: оцінка результатів процедури тромболізису за 2011 р., проведеної в умовах інсультного відділення ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка.

Інсульт — поширена причина первинної інвалідності, тимчасової і/або стійкої непрацездатності. У Росії та Україні рівень інвалідизації через 1 рік після перенесеного інсульту становить від 76 % до 85 %, тоді ж як у країнах Західної Європи — 20—30 %. (Kalra L.,1994; Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., 2006), що свідчить про недостатній рівень організації лікувального та реабілітаційного процесу.

В інсультному відділенні Вінницької обласної психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка вперше процедура тромболізису була проведена в 2007 р. В наступні роки прогресивно збільшувалась кількість пацієнтів, в лікуванні яких була застосована тромболітична терапія, що суттєво вплинуло на відновлення втрачених функцій, ступінь незалежності в побуті, рівень фізичної активності, і зменшило інвалідизацію пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту.

Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів з ішемічним інсультом, яким було проведено тромболізис протягом 2011 р. Після проведення нейровізуалізації/верифікації ішемічного інсульту та відбору згідно з протоколом пацієнтам застосовано введення препарату «Актилізе». Процедуру тромболітичної терапії в 2011 р. — 18 хворих (12 чол., 6 жін.). Стан пацієнтів оцінювали за шкалами NIHSS/Rankin при надходженні та за шкалами NISS/Bartel/Rankin через 7 днів після проведення процедури. Також стан пацієнтів оцінювався за шкалою загальної оцінки після проведення тромболізису в першу добу після введення тромболітика, на 5 добу, при виписці та через 3 місяці після виписки із інсультного відділення (інформація була отримана при безпосередньому огляді пацієнта у відділенні або за допомогою телефонного інтерв'ю).

Для оцінки отриманих результатів тромболізису при гострому ішемічному інсульті була застосована шкала семибальної оцінки, яка розроблена лікарями інсультного відділення під керівництвом професора Московко С. П. — завідувача кафедри нервових хвороб ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Серед 18 пацієнтів, яким в лікуванні було застосовано процедуру тромболізису, 1 пацієнт помер на шосту добу через геморагічну трансформацію ішемічного вогнища (дуже значне погіршення, що склало 5,5 %), 1 пацієнт був переведений для подальшого лікування в кардіологічне відділення міської лікарні з приводу гострого коронарного синдрому.

З 18 пацієнтів після проведення процедури тромболізису не мали явних ознак інвалідності на момент виписки 6 чол. (35,3 %), за даними катамнезу через 3 міс. — 11 чол. (69 %).

Серед пацієнтів працездатного віку (до 60 р. — 6 пацієнтів) 1 пацієнт (17 %) помер (геморагічна трансформація), 5 пацієнтів (83 %) через 3 міс., за даними катамнезу, стали повністю незалежними в побуті.

Запорукою успішного лікування пацієнтів з ішемічним інсультом є застосування процедури тромболізису з дотриманням єдиних загальних рекомендацій та виконання її в умовах спеціалізованого відділення. Суттєве значення мають рання вертикалізація та активізація пацієнтів, що сприяє більш повному відновленню порушених функцій. Варто оцінювати результат проведеної процедури тромболізису при виписці та через 90 днів, що дозволяє відмітити суттєву позитивну різницю в стані пацієнтів. Аналіз отриманих даних диктує необхідність більш широкого впровадження сучасного методу лікування ішемічного інсульту — застосування тромболізису, що дозволяє позитивно вплинути на ступінь інвалідизації, та покращити якість життя пацієнтів після перенесеного інсульту та їх найближчого оточення.

УДК: 616.831-009.1-053.2/6+616-009.12+616-003.

Власенко С. В.*, Кушнир Г. М.**
Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий Министерства Обороны Украины (г. Евпатория); Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)***

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБОСНОВАНИЯ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) в структуре детской неврологической инвалидности занимает одну из ведущих позиций. Развитие движений у больного с ДЦП осложняется различными патологическими факторами, совокупность которых формирует уникальную картину патологии движения, постоянно изменяющуюся с ростом ребенка и под влиянием различных методов лечения, что требует постоянного динамического контроля над состоянием ребенка. Однако для формирования адекватной тактики лечения рутинного клинического обследования бывает недостаточно, так как с его помощью невозможно оценить состояние мышц, их возможности формирования физиологического движения. Без данной объективизации прогнозирование эффективности того или иного метода терапии двигательных расстройств невозможно, что, соответственно, может принести вред пациенту, привести к необоснованным затратам.

Разработана методика ультразвуковой диагностики состояния мышц у больных ДЦП с вычислением индексов, совокупность которых характеризует реабилитационный потенциал мышц (деклараційний патент № 61005, авторське право на твір № 42282). Сравнительная оценка полученных индексов с аналогичными показателями в двух контрольных группах (здоровых детей и детей с грубыми явлениями перерождения мышц) и данными электромиографии показали объективность данной методики, что в сочетании с доступностью и незначительной ценой обследования делает данный метод оценки структурных изменений мышц привлекательным для широкого использования в практике реабилитации. Полученные данные на группе из 196 больных ДЦП (форма спастическая диплегия) позволили распределить всех больных в зависимости от их реабилитационного потенциала на 4 группы. Отсутствие патологических изменений в мышцах и выраженных контрактур в сегментах конечностей, достигающих 4—5 степени, у ребенка является показанием к проведению сугубо консервативных методов лечения (первая группа), прежде всего ботулинотерапия препаратом «Диспорт», лечебная гимнастика. Наличие соединительнотканного перерождения мышцы при сохранности ее поперечнополосатой исчерченности и отсутствие контрактур 4—5 степени ограничений движений также является показанием к проведению консервативных методов реабилитации (вторая реабилитационная группа). Однако снижение спастичности ботулотоксином в данном случае не целесообразно. Выраженные контрактуры являются показанием к хирургическому лечению, направленному на их устранение (третья группа). Грубая степень перерождения и отсутствие характерной исчерченности характеризуют низкий реабилитационный потенциал восстановления движений (четвертая группа). Необходимо обеспечение ребенка ортопедическими изделиями, позволяющими передвигаться (при высоком уровне интеллектуального развития) или обеспечение полноценного постороннего ухода. Хирургическое лечение в данной группе должно проводиться по социальным показаниям, для

обеспечения полноценного ухода за ребенком (удлинение мышц группы аддукторов для увеличения объема отведения бедер с целью выполнения гигиенических мероприятий).

Таким образом, разработанный метод диагностики позволил систематизировать подходы к двигательной реабилитации больных ДЦП. Объективизация морфологического статуса мышцы позволяет избежать ошибок в назначении того или иного метода лечения и удешевления всего процесса реабилитации, выработать долгосрочную стратегию восстановительного лечения, контролировать ее эффективность.

УДК: 616.74-009.54-073.48-07

Власенко С. В.*, Кушнир Г. М.**

Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий Министерства Обороны Украины (г. Евпатория); Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)***

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ В МЫШЦАХ У БОЛЬНЫХ С МИОПАТИЯМИ, РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ

Явления перерождения мышечной ткани у больных с миопатиями являются ведущими патогенетическими проявлениями двигательных нарушений в клинике данных состояний. Существующие в настоящее время методы (электромиография, мультисрезовая спиральная томография, иммуногистохимическое исследование мышечной ткани, исследование ДНК) диагностики позволяют достоверно верифицировать диагноз. Однако вышеперечисленные методы преимущественно представлены в специализированных центрах и до настоящего времени являются дорогостоящими и труднодоступными. Кроме того их невозможно использовать в скрининговых целях для выработки тактики реабилитации. Ультразвуковое исследование мышц (УЗИ) является неинвазивным, с отсутствием лучевой нагрузки, доступным, с относительно низкой стоимостью при достаточно высокой информативности, чувствительности и специфичности методом с оптимальным соотношением стоимости исследования и трудозатрат к объему и качеству информации. Длительность исследования небольшой продолжительности с возможностью неограниченного повторения и проведения в режиме реального времени динамических проб, лечебно-диагностических процедур делает данный метод привлекательным в ежедневной практике врачей неврологов, ортопедов, реабилитологов. Все результаты исследований могут архивироваться в памяти аппарата и в последующем использоваться для оценки динамики под воздействием того или иного метода лечения. Миография и сонография мышц являются дополняющими друг друга методиками. ЭМГ показывает функцию мышц и их двигательную иннервацию. УЗИ — визуализирует структуру конкретной мышцы или ее участка.

Под нашим наблюдением находилось 27 детей с миопатиями. Диагноз миопатия был установлен в различных центрах Москвы, г. Киева, Санкт-Петербурга и др. Контрольную группу составили 40 детей, проходивших курс санаторно-курортной реабилитации по поводу частых простудных заболеваний, лор-патологии в стадии ремиссии. Средний возраст детей составил 8,9 ± 6,33 лет. Больным и детям контрольной группы проводилось клинико-неврологическое обследование. Всем проводилось ультразвуковое исследование икроножной мышцы голени. Описание сонограммы включало визуальную оценку структуры мышцы (исчерченность, гомогенность), локализацию и тип изменений (воспалительные изменения, оссификаты, генерализованные или локальные, гомогенные, симметричные или нет), наличие фасцикуляций. Проводился дополнительный компьютерный анализ отдельных стандартных сегментов полученных ультразвуковых изображений с целью количественной характеристики сохранности мышечной структуры. Автоматически высчитывались индексы: толщина фасциального футляра (ТФФ) и соединительно-тканный индекс (СИ). На основании полученных данных формировалось заключение, характеризующее степень перерождения конкретной мышцы. Данные компьютерного анализа сонограмм с помощью специально разработанной программы показали достоверное различие показателей, характеризующих структуру мышц, в группе больных детей в сравнении с контрольной группой, что подтверждается данными электромиографического исследования.

Таким образом, использование ультразвукового исследования может значительно упростить диагностический процесс и выработку тактики реабилитационных мероприятий.

УДК 616.832-004.2-055.1-055.2:612.017.1

Волошина Н. П., Негреба Т. В., Левченко И. Л., Титкова А. М., Ткачева Т. Н.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ДИСБАЛАНСА ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Иммунопатологические изменения, формирующиеся на периферии, вносят существенный вклад в патогенез воспалительно-дегенеративного процесса при рассеянном склерозе (РС), однако вопрос о гендерных особенностях иммунного статуса при этом заболевании изучен недостаточно. Поэтому целью работы явилось изучение гендерных особенностей иммунного дисбаланса при разных типах течения РС. Всего проведено 445 исследований иммунного статуса у 210 больных разного пола и с разными типами течения РС, в том числе с рецидивирующим типом течения (РТ) — 224 исследования, с вторично-прогредиентным (ВПТ) — 131 исследование, с первично-прогредиентным (ППТ) — 90 исследований.

Полученные данные свидетельствуют о том, что при РТ у женщин наблюдается избирательное вовлечение гуморального звена иммунитета в виде дисбаланса иммуноглобулинов (Ig) классов М и А при относительно нормальном клеточном иммунитете. У мужчин при РТ иммунный дисбаланс включает в себя изменения как гуморального (гемолизины, Ig M, В-лимфоциты (CD19), лимфоцитотоксические аутоантитела), так и клеточного (Т-хелперы — CD4) звеньев иммунитета. Отличительной особенностью у мужчин при РТ является сочетание аутоиммунного компонента с Т-хелперным дефицитом. При ВПТ иммунный дисбаланс у мужчин формируется за счет сочетанного вклада изменений иммунных показателей в виде снижения комплемента, гемолизинов, лимфоцитоза, повышения Ig M. У женщин при ВПТ картина иммунного дисбаланса имеет существенные отличия от мужчин. Изменения таких показателей как ЦИКи и Т-хелперы (CD4) у лиц разного пола носят реципрокный характер в зависимости от стадии активности процесса: у мужчин углубление дефицита CD4 происходит в рамках этапа прогрессирования, а у женщин — на этапе стабилизации, тогда как ЦИКи, напротив, у мужчин повышаются в период стабилизации, а у женщин — при прогрессировании. Иммунный дисбаланс при ППТ у мужчин характеризуется активацией аутоиммунного компонента (повышение лимфоцитотоксических аутоантител) на фоне стабильного лимфоцитоза и снижения комплемента. У мужчин при ППТ, также как и при ВПТ, основной иммунный дисбаланс формируется на этапе стабилизации и характеризуется выраженным дефицитом Т-клеточного звена иммунитета (CD3, CD4, CD8) на фоне аутоиммунного компонента (повышение лифоцитотоксических аутоантител, повышенного потребления гемолизинов). Таким образом, наиболее выраженные изменения иммунного статуса выявлены на этапах стабилизации при ППТ у мужчин и при ВПТ у женщин, что коррелирует с данными клинических исследований, доказывающих, что ВПТ у женщин протекает так же тяжело, как ППТ у мужчин.

При анализе цитокинового статуса выявлен половой диергизм: у мужчин, в отличие от женщин, отмечено достоверное повышение интерлейкина-2 и интерлейкина-10, связанных с Т-хелперной функцией лимфоцитов, опосредованной андрогенами. Повышение этих интерлейкинов в сочетании с выявленным клеточным Т-хелперным иммунодефицитом может свидетельствовать об истощении мужских половых гормонов у больных РС. Гендерные различия выявлены в содержании тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ), который у мужчин оказался ниже, чем у женщин, что косвенно отражает более низкую способность к восстановлению миелина у мужчин. Таким образом, иммунный дисбаланс при РС носит выраженный гендерно-опосредованный характер и зависит от типа течения и стадии активности процесса.

УДК 616.832-004.2-053.2:577.11:612.017.1

Волошина Н. П., Егоркина О. В., Титкова А. М., Утевская С. В.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Среди демиелинизирующих заболеваний рассеянный склероз (РС) является одной из самых тяжелых форм поражения нервной системы, которая затрагивает детей и подростков. Современные методы исследования позволяют диагностировать заболевание уже на ранних стадиях возникновения, однако причины

и особенности развития РС у подростков все еще до конца не выяснены, поскольку воздействие факторов, способных привести к демиелинизации, накладывается на процессы становления гормонального и иммунного статуса развивающегося организма.

Проведенное исследование охватывало группу детей в возрасте от 9 до 18 лет с диагнозом рецидивирующе-ремиттирующая форма РС (РС РТ) — 18 больных, вторично-прогрессирующая форма РС (РС ВП) — 13 больных и группу сравнения с разными формами энцефалопатий — 8 больных. В сыворотке крови детей определяли наличие аутоантител к миелин-ассоциированному гликопротеину (анти-MAG), содержание цитокинов (TNF-α, IL-1β, IL-10, IL-17), TGF-β, кортизола, холестерина, фосфолипидов и β-липопротеинов.

Группу детей с диагнозом РС от группы сравнения отличало наличие высокого титра антител к MAG у 44 % больных, наиболее выраженного в период обострения заболевания. Другим показателем, коррелирующим с тяжестью воспалительного процесса, является TNF-α. Его уровень был наиболее низким в дебюте заболевания (2,70 ± 0.27 пг/мл) и повышался в ряду: группа сравнения — РС РТ — РС ВП в среднем до 7,49 ± 1,51 пг/мл. У детей в дебюте заболевания выявлено минимальное содержание IL-1β (0,25 ± 0.11 пг/мл) и максимальное — IL-10 (7,19 ± 0,93 пг/мл). По мере развития РС концентрация IL-1β в сыворотке крови увеличивалась в 2,5—3 раза, а IL-10 — снижалась. Значительных различий средних показателей уровней IL-17 и TGF-β сыворотки крови в обследованных группах больных отмечено не было.

Изменения в липидном обмене выражались в пониженном содержании холестерина в дебюте РС и более низком уровне фосфолипидов сыворотки крови в группах больных РС относительно группы сравнения. При этом в группе сравнения отмечена минимальная концентрация кортизола в крови больных (190 ± 19 нМ/л) и повышение величины этого показателя по мере развития РС от 250 ± 28 нМ/л в дебюте РС до 444 ± 63 нМ/л в группе РС ВП.

Обобщая приведенные результаты, можно сделать заключение, что по мере развития РС у детей ослабляется цитокиновая (IL-10) защитная составляющая ауторегуляторного процесса и усиливается активность гормонального (кортизол) противовоспалительного звена.

Учитывая тот факт, что приведенные данные получены у детей преимущественно в период становления гормонального фона, полученные результаты были проанализированы также в группах, выделенных по половому признаку. Оказалось, что в целом у мальчиков с РС показатели содержания TNF-α, IL-10 и кортизола в сыворотке крови были достоверно выше, чем в группе девочек, больных РС. Эти данные свидетельствуют о том, что влияние мужских половых гормонов может усиливать выраженность проявления иммунных реакций с преимущественной активацией защитных противовоспалительных процессов.

УДК 616.832-004.2-055.1-055.2-036.1

Волошина Н. П., Негреба Т. В., Левченко И. Л., Шестопалова Л. Ф., Терещенко Л. П., Федосеев С. В., Василовский В. В., Лекомцева Е. В., Гапонов И. К., Ткачева Т. Н., Черненко М. Е., Бородавко О. А., Вельковская Л. И., Воробьева Т. Г.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗНЫХ ТИПОВ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Одной из проблем в понимании механизмов развития рассеянного склероза (РС) являются гендерные отличия, которые вносят существенный вклад в патогенез РС. Целью настоящей работы явилось изучение гендерных особенностей у больных с разными типами течения РС на основе комплексного клинико-нейробиологического анализа.

Изучены особенности гендерных различий у 210 больных с РС, в том числе с рецидивирующим типом (РТ) — 80 больных; вторично-прогредиентным (ВПТ) — 70 больных; первично-прогредиентным (ППТ) — 60 больных. В преморбидном анамнезе у женщин, независимо от типа течения, преобладали высокий инфекционный индекс, хроническая рецидивирующая ЛОР-патология, аллергические реакции, которые больше, чем у мужчин, способствуют сенсибилизации организма и повышению проницаемости гематоэнцефалического барьера. При анализе дебютов больных с РТ и ВПТ выделены совокупности клинических факторов (паттернов), определяющих характер вероятностного прогноза дальнейшего течения РС на этапах рецидивирования, отобранных по гендерному признаку. При трансформации РТ в ВПТ дальнейшее клиническое течение РС в большинстве случаев протекало тяжелее у женщин. При ППТ неблагоприятный характер течения и прогноза был характерен для лиц мужского пола. Болевые синдромы при РС чаще возникали у женщин с преимущественной локализацией в проекции внутренних органов и в шейном отделе позвоночника. При этом гендерный фактор существенно не влиял на соотношения между болевым синдромом и типом течения РС. При анализе нейропсихологического статуса показано, что личностная и эмоциональная дезадаптация у женщин, особенно при ППТ, значительно чаще, чем у мужчин проявлялась тревожно-фобическими и депрессивными переживаниями, межличностной сенситивностью, фиксированностью на соматических ощущениях. У мужчин преобладал анозогнозический тип отношения к болезни. Адаптационные резервы системы надсегментарной вегетативной регуляции (по данным кардиоинтервалографии) были снижены у лиц мужского пола, особенно при прогредиентных типах течения (ПТТ), в то время как у женщин преобладали нарушения процессов гомеостатического регулирования (по данным длиннолатентных зрительных вызванных потенциалов). У больных РС, особенно у мужчин при ПТТ, выявлено повышенное содержание тау-протеина в сыворотке крови и гетерохроматиновых гранул в ядрах клеток буккального эпителия (ГХЯБЭ), тогда как у женщин, в отличие от мужчин, обнаружена тенденция к повышению матриксной металлопротеазы (ММП). Анализ гендерных соотношений между маркерами воспалительного (ММП) и нейродегенеративного (тау-протеин, содержание ГХЯБЭ) процессов свидетельствует о преобладании последнего у мужчин при ПТТ.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что в патогенезе РС у женщин доминируют процессы воспалительно-демиелинизирующего, а у мужчин — аксонально-дегенеративного характера. Сказанное выше позволило обосновать новые подходы к стратегии лечения РС с учетом гендерного фактора. У женщин приоритетным направлением в лечении является раннее назначение препаратов превентивной терапии при РТ. У мужчин с высоким риском дальнейшего формирования ПТТ основной акцент в лечении следует делать на применении препаратов нейропротективного действия и цитостатиков.

УДК 616.831:616.9-08:612.017-08

Волошина Н. П., Терещенко Л. П.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ

Хронические нейроинфекции — это группа широко распространенных заболеваний в популяции с высокой частотой встречаемости, рецидивирующим течением, а также тяжестью осложнений. Все это выводит хронические нейроинфекции в разряд важных медико-социальных проблем.

Пусковым моментом в развитии патологического процесса при хронических нейроинфекциях считается прямое или опосредованное влияние инфекционных агентов, среди которых ведущая роль принадлежит вирусам и их ассоциациям.

В основе формирования хронических нейроинфекций лежат стойкие нарушения иммунорегуляции, где основное патогенетическое значение принадлежит иммунопатологическим и воспалительным механизмам, с участием активированных Т-клеток, цитокинов, аутоантител.

Многообразие клинической патологии требует комплексного подхода к терапии для коррекции иммунологической и соматоневрологической дестабилизации у этих больных.

Для предотвращения развития тяжелых форм инфекции необходимо наиболее раннее начало лечения, контроль над реактивацией вирусов, снижение вирусной нагрузки с применением высоких доз, способных остановить репликацию вирусов, облегчить симптомы заболевания и выраженности клинических проявлений. Необходимо проводить коррекцию иммунитета, направленного на уменьшение частоты и выраженности повторных эпизодов, коррекцию поврежденных звеньев соматоневрологической симптоматики. Осуществлять контроль за качеством проводимой терапии по данным иммунологического мониторинга.

Накопленный клинический опыт позволяет сформулировать основные принципы комплексной терапии данной патологии. Соблюдение указанных принципов в проводимой терапии способно эффективно влиять на частоту рецидивов заболевания, и позитивно воздействовать на иммунологические аспекты патологического процесса, рецидивирующих, осложненных форм хронических нейроинфекций.

УДК 616.831:001.8:611-013:616-089.843

Воробьева Т. М., Шляхова А. В., Веселовская Е. В., Гармаш Т. И., Зайцева Е. О.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ДИСТАНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНИХ СЕГМЕНТОВ HIRUDO MEDICINALIS НА МОДЕЛЯХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ДЕГЕНЕРАТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ МОЗГА

В настоящее время большое внимание в нейронауке уделяется поиску новых немедикаментозных методов коррекции патологий ЦНС. Одним из таких методов является дистантная имплантация передних сегментов эмбриональной Hirudo medicinalis. Известно, что наиболее важными из биологически активных веществ медицинской пиявки являются анандамид, секретируемый ганглиями передних сегментов эмбриональной пиявки, и гирудин, секретируемый ее слюнными железами. Анандамид — лиганд эндогенных каннабиноидных CB1- и CB2-рецепторов. CB2-рецепторы расположены в иммунокомпетентных клетках, опосредуя иммуносупрессорный эффект, CB1-рецепторы инактивируют потенциал-зависимые кальциевые каналы L-типа в гладких мышцах сосудов, расслабляют мышечный тонус, что существенно при спастичности мышц при рассеянном склерозе. Гирудин улучшает микроциркуляцию крови в местах демиелинизации, активируя обменные процессы в поврежденных участках нервной ткани. Секрет слюнных желез медицинской пиявки наряду с гирудином содержит ряд других биологически активных соединений, имеющих направленное действие на состояние сердечно-сосудистой системы. Долговременное непрерывное поступление в организм реципиента компонентов секрета слюнных желез и анандамида, которое обеспечивает имплантация эмбриональных тканей передних отделов пиявок, позволяет использовать ее в качестве заместительной терапии при каннабиноидной зависимости.

Целью работы было экспериментальное исследование эффектов дистантной имплантации эмбриональных тканей передних отделов пиявок *Hirudo medicinalis* на моделях функциональной (артериальная гипертензия, каннабиноидная зависимость) и дегенеративной (рассеянный склероз) патологии у крыс.

Результаты проведенных исследований показали, что через 21 сутки после дистантной имплантации эмбриональных тканей передних отделов пиявок у крыс с модельной артериальной гипертензией достоверно снижалась болевая чувствительность, увеличивалось время свертывания крови, систолическое артериальное давление и частота сердечных сокращений возвращались к норме. Таким образом, имплантация эмбриональных тканей передних отделов пиявок восстанавливала гемодинамические показатели и активировала гемостатические реакции на эмоциональные нагрузки.

У крыс с модельным рассеянным склерозом начиная с 21 суток после дистантной имплантации передних сегментов эмбриональной пиявки было отмечено улучшение клинико-неврологического состояния, снижение выраженности воспаления в местах введения антигенной смеси, восстановление мышечного тонуса, достоверное увеличение массы тела и снижение латентного периода в тесте на иммобильность и, как результат — повышение выживаемости животных.

У животных с каннабиноидной зависимостью дистантная имплантация эмбриональных тканей передних отделов пиявок нормализовала электрическую активность лимбико-неокортикальных структур мозга, снижала САД и повышала пороги возникновения отрицательных эмоциональных реакций. Улучшение электрофизиологических и вегетативных показателей на фоне снижения влечения к ингаланту позволяют сделать вывод о терапевтическом эффекте проведенных воздействий, который можно объяснить заместительной терапией анандамидом медицинской пиявки.

УДК 616.8+616.9-089.843.002

Воробьева Т. М., Берченко О. Г., Зайцева Е. О., Бевзюк Д. О.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ НОВЫХ БИОТЕХНОЛОГИЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Еще в начале 60-х годов прошлого столетия была обнаружена способность фармакосоединений, независимо от химической структуры, проявлять биологическую активность в сверхмалых дозах, обеспечивающих лучшую настройку анализаторов на восприятие сигналов внешней среды и изменение внутреннего гомеостаза в норме и при патологии (Татаренко Н. П., Соколов Е. Н., Симонов П. В., Кудрин А. Н., Волынский А. М.).

Крамовой А. С. и Воробьевой Т. М. (1962) доказано, что эта первая реакция на новизну раздражителя в сверхмалой дозе мобилизует физиологические, висцеральные, иммунологические и нейротрансмиттерные системы организма по механизмам стресса как универсальной адаптивной реакции. Эти представления об эффектах сверхмалых доз созвучны феномену гормезиса (по Парацельсу), когда сильные яды, взятые в сверхмалой дозе, могут быть эффективными лекарственными средствами (фармакологическая инверсия). Явление гормезиса — феномен необычный. Он указывает на существование вторичного излучения — биологического, пока неизвестного, изменяющего ход процесса (Казначеев В. П., Трофимов А. В.).

Сегодня альтернативным методом фармакотерапии является трансплантация алло- и ксеногенной эмбриональных нервных тканей, которые имеют генетически запрограммированный регенераторный потенциал по принципу автотрофности (белково-нуклеиновой).

Относительно регенераторных свойств мозговой эмбриональной ткани при алло- и ксенотрансплантации накопилось много данных, позволяющих сделать вывод о ее достоинствах и возможностях — это активация компенсаторных и регенераторных процессов, таких как: препятствие апоптозу нейронов и глиальных клеток в измененном участке мозга, миграция в зону повреждения, способствование синаптогенезу, активация продукции клетками реципиента нейротрофинов и ростовых факторов, которым присущи нейропротекторные эффекты, снижение в зоне повреждения активности воспалительных процессов. Таким образом, трансплантаты эмбриональной ткани способствуют анатомо-физиологической реконструкции поврежденной ткани мозга. Исследователи допускают, что гиппокамп — наиболее благоприятный для трансплантирования эмбриональных нервных тканей и нервных клеток, т. к. сама ткань гиппокампа содержит «взрослые» мультипотентные стволовые и нервные клетки, поэтому возможен процесс нейрогенеза как при повреждении, так и физиологической норме. Отдельный интерес в условиях регенераторной терапии представляет применение эмбриональных тканей, продуцирующих нейротрансмиттеры, которые могут дублировать аналогичные в передних отделах головного мозга, миндалевидном комплексе, структурах экстрапирамидной системы, эпифизе. В интимных механизмах терапевтических эффектов регенераторных свойств ЦНС принимают участие мозгоспецифические белки, выполняющие новые роли нейропептидов — регуляторов нейроиммунных процессов. В связи с этим, одними из звеньев регуляции регенераторных процессов являются мозгоспецифический глиальный белок S-100 (Ашмарин И. П., Штарк М. Б., Эпштейн О. И.), фактор некроза опухоли, биологически активные вещества медицинской пиявки, которые могут выполнять функцию гормезиса (фармакологической инверсии). Функцию гормезиса при стимуляции регенераторных процессов при нейротрансплантации выполняет воздействие тепловой, радиационной, электромагнитной и космоэкологической природы.

Согласно разработанной концепции, в лаборатории проводятся системные исследования при моделировании функциональной и дегенеративной патологии ЦНС. Приоритетность положений концепции доказана целым рядом результатов наших исследований, освещенных в научных публикациях.

УДК 616.831-005.4-073.97

Гелетка А. А.

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ГЕМИПАРЕЗА У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Наиболее частым симптомом полушарного инсульта является гемипарез, однако у данной группы пациентов имеется сложный двигательный дефект, различный по характеру и степени выраженности. Двигательный дефект может развиваться первично вследствие самого инфаркта, вторично — при нарушениях связей, задействованных в моторных кругах.

Изменение баланса процессов возбуждения и торможения, которые происходят на разных уровнях двигательного анализатора, отражаются в неустойчивой динамике восстановления

нарушенных двигательных паттернов. Для объективизации которых был применен метод поверхностной интерференционной миографии с измерением амплитуд максимальной произвольной активации паретичных мышц, вычислением коэффициентов адекватности (КА) и реципрокности (КР).

Оценка адекватности активации мышц позволяет характеризовать мышцу при различных формах ее активации — произвольной и непроизвольной. Оценка координационных отношений мышц позволяет оценить взаимоотношения между произвольно активируемыми и находящимися в относительном покое мышцами. Так, в период произвольного напряжения мышцы-разгибателя, мышца-сгибатель непроизвольно реципрокно активируется. Эта амплитуда сгибателя минимальна по сравнению с амплитудой активности мышцы в период ее произвольного максимального напряжения. Отношение амплитуды мышцы в период ее непроизвольной активации (при активном максимальном напряжении антагониста) к амплитуде этой же мышцы в режиме максимального произвольного напряжения называют коэффициентом адекватности. Координационные отношения мышц выражают с помощью коэффициента реципрокности. КР характеризует взаимодействие мышц-антагонистов, рассчитывается для мышцы, находящейся в режиме антагонистического напряжения, и показывает степень ее активации в процентах по отношению к величине активности мышцы-агониста. Коэффициент реципрокности и адекватности в норме не превышает 15 %. В разгибателях коэффициент синергии и реципрокности выше, чем в сгибателях, как рук, так и ног.

Нами был исследован 31 больной в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта с синдромом спастического гемипареза. У всех больных на стороне пареза амплитуда максимальной произвольной активации была около уровня нижней границы нормы (300 мкВ для передней малоберцовой, икроножной мышц и мышц разгибателей и сгибателей кисти; 600 мкВ для трицепса и 1000 мкВ для бицепса), преобладали насыщенный и гиперсинхронный типы ЭМГ.

Также у всех больных наблюдалось выраженное повышение коэффициентов реципрокности и асинергии мышц для групп разгибателей (39,1 ± 7,4 %) и сгибателей (42,3 ± 9,5 %) кисти и для разгибателей (56,5 ± 11,4 %) и сгибателей стопы (47,1 ± 11,3 %) на стороне центрального пареза.

Таким образом, значение КР и КА в диапазоне 40—50 % у больных с постинсультыми гемипарезами, несмотря на относительно сохранные амплитудные значения максимальной произвольной активации исследованных групп мышц паретичных конечностей, можно считать грубым нарушением их реципрокности и синергии.

УДК 616.006.446:615.28-08-084

Головченко Ю. І., Асауленко О. І.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (м. Київ)

НЕЙРОТОКСИЧНИЙ ВПЛИВ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЛЕЙКЕМІЮ: ПРОФІЛАКТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ

Хіміотерапія злоякісних пухлин — це використання з лікувальною метою лікарських засобів, що гальмують проліферацію або незворотньо пошкоджують клітини пухлин. В клінічній практиці використовують більше 100 протипухлинних засобів, але їх використання можливе тільки після підтвердження діагнозу гістологічним дослідженням. У дорослих 75—80 % серед всіх лейкемій складають гострі нелімфобластні лейкози (ГНЛЛ), 20—25 % припадає на долю гострих лімфобластних лейкемій (ГЛЛ). Сучасна терапія ГНЛЛ складається з двох етапів: індукція ремісії та її консолідація. В нашій практиці найчастіше використовувалась схема з цитозина-арабінозидом 100 мг/м в/в 1-годинна інфузія 2 рази на добу в 1 та 7 день, антрациклін (мітоксантрон) 12 мг/м 1 раз на добу короткою в/в інфузією в 1—3 день. У хворих з високим лейкоцитозом при всіх варіантах, а при М4 (мієломоноцитарний лейкоз) та М5 (монобластний лейкоз) незалежно від рівня лейкоцитозу, вже при встановленні діагнозу, як правило, в період ремісії, розвивається ураження центральної нервової системи (нейролейкемія) — ураження оболонок головного мозку з картиною специфічного менінгіту, рідше у вигляді інфільтрації окремих черепних нервів, спинного мозку. В таких випадках проводилось інтратекальне введення препаратів: метотрексат 12,5—15 мг, цитозин-арабінозид 20 мг (40 мг), преднізолон 30 мг або дексаметазон 4 мг. Інтратекальне введення проводили з інтервалом в 3 дні до отримання послідовно трьох нормальних показників складу ліквору. Після розвитку нейролейкемії, як правило, виникає розгорнутий рецидив захворювання, тому після ліквідації ознак ураження ЦНС хворому обов'язково проводили повний курс індукційної та консолідуючої терапії. Використання протипухлинних препаратів часто супроводжується розвитком побічних ефектів. Нейротоксичні прояви виникають у 20—25 % хворих.

Під нашим спостереженням перебували 56 хворих на ГНЛЛ. Периферична нейротоксичність у них була виражена периферичними вегетативними порушеннями (запор — 9 хворих, холінергічний синдром — 2 хворих, синдром Рейно у 1 хворого), сенсомоторною полінейропатією (у 35 хворих), нейропатією черепно-мозкових нервів (у 2 хворих). Центральна нейротоксичність проявлялась порушенням свідомості (сонливість, сопор у 5 хворих), психовегетативними розладами (депресія, тривожні стани, астенія, емоційна лабільність у 25 хворих), головним болем, порушенням когнітивних функцій (у 39 хворих). Для оцінки стану хворих використовували шкали та тести: шкалу MMSE, ADAS-Cog, шкалу Хачінського, NPI, CSDD опитувальник, для невропатичного болю використовували опитувальник DN4, а також оцінювальну шкалу невропатичних симптомів та ознак університету м. Лідс, візуальну аналогову шкалу болю (ВАШ) від 1 до 10 см, вербальна оціночна 4-бальна шкала використовувалась для оцінки загального стану пацієнтів, ефективності лікування. 25 хворим проводили профілактичне введення1000 мг сомаксону (цитіколіну) в/в протягом 10 діб. Контрольне обстеження через 3 тижні показало достовірне зниження вираженості нейротоксичних проявів в групі хворих, які отримували сомаксон. Лікування хворих з ознаками полінейропатії включало в себе α-ліпоєву кислоту протягом 14 діб комбінацію в/в та таблетованої форми (24 мл один раз на добу, берлітіон 600 в/в та капсула або таблетка берлітіона 300), нуклео Ц.М.Ф. 2 мл 2 рази на добу, габапентин в дозі 300 мг на ніч з поступовим збільшенням дози до 1,8 г на добу в 3 прийоми. Хворі з виявленими ознаками центральної нейротоксичності отримували 1000 мг сомаксону в/в протягом 10 діб.

Перспектива подальших досліджень полягає у пошуку методів достовірної діагностики, прогнозування, виникнення нейротоскичного впливу хіміотерапії та підбору чітких лікувальних та профілактичних заходів.

УДК 616.853-053.2 (083.74) (477.72)

Горб А. Л.

КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня» (м. Херсон)

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕГІОНАЛЬНОГО ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЗАГАЛЬНОЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ ДОПОМОГИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЯХ

За даними Комісії міжнародної ліги боротьби з епілепсією (ILAE) кожен 20-й житель планети 1 раз в житті зазнає нападу судом. У європейських країнах на 1 млн населення 10 тис. страждають на епілепсії, щорічно реєструється 20 тис. фебрильних судом, 5 тис. епілепсій, 20 тис. пароксизмів, що реєструються вперше. Кількість хворих, котрі мали один напад, становить 5—7 %. Ефективність лікування складає 75—80 %, у деяких випадках епілепсії з резистентним перебігом можуть призводити до стійких обмежень здоров'я (інвалідності).

Аналіз статистичних показників поширеності епілепсій за період 1980—2011 рр. у Херсонській області свідчить про прогресивне зростання цієї патології: захворюваність збільшилася у 4 рази (на 1 тис. дітей) — 0,14 у 1980 році, 0,56 у 2011 році; поширеність — майже в 7 разів — 0,51 у 1980 році та 3,25 у 2011 році.

З метою покращання якості лікування епілепсій у 1992 році в КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня» створено «Протипароксизмальний центр». У 2000 році за методологічну основу було прийнято Загальноєвропейські стандарти допомоги при епілепсії M. J. Brodia, D. Shorvon, S. Johannessen, P. Halasz, A. Raynolds, H. G. Wilf. 1998 p. ILAE.

Показання до оформлення інвалідності з приводу епілепсій регламентовано наказом МОЗ — це випадки неефективного використання комбінованої терапії, включаючи «новітні» антиконвульсанти у максимальних дозах та у хворого зберігаються «… один та більше генералізованих чи парціальних нападів на місяць, або абсанси 2—3 на тиждень».

Мета. Щодо ефективності застосування Стандартів ILAE провести аналіз статистичних показників відносно дитячих епілепсій за період 1992—2011 рр. та вивчити нозологічну структуру резистентних епілепсій.

Матеріали дослідження: статистичні звіти, історії хвороб, картки розвитку дітей.

За даними аналізу за період 1992—1999 рр. діяльність Центру впливала лише на кількісні показники щодо епілепсій — поширеність збільшилася з 1,6 до 2,3 на 1 тис. дітей; інвалідність — з 2,4 до 3,5 на 10 тис. дітей.

Впровадження Стандартів ILAE дозволило стандартизувати діагностичні заходи (обов'язкове нейрорадіологічне та ЕЕГ у режимі моніторингу обстеження, за показаннями генетичні дослідження) та оптимізувати протисудомну терапію (призначення антиконвульсантів у залежності від типу нападів, форми епілепсії, терапевтичне дозування, широке запровадження новітніх та недавно введених препаратів), призвело до зменшення резистентних форм епілепсій. Показники інвалідності зменшилися більше ніж у 2 рази за період 1999—2011 рр., з 3,5 у 1999 році до 1,7 на 10 тис. дітей у 2011 р., при тому що показник поширеності епілепсій збільшився (на 1 тис. дітей): 2,3 у 2000 році та 3,25 у 2011 році.

У 76,42 % (26 дітей) причиною резистентності були ідіопатичні епілепсії: епілепсії з генералізованими тоніко-клонічними нападами — 29,41 % (10 хворих), 8,82 % (3 дитини) — скроневі форми, 17,64 % (6 дітей) — лобові епілепсії, 20,58 % (8 дітей) — епілептичні енцефалопатії. Симптоматичні епілепсії склали 23,52 % (8 хворих). Резистентні інвалідизуючі епілепсії склали всього 4 % від усіх зареєстрованих хворих за класом G40 у регіоні, інших інвалідизуючих порушень, рухових чи когнітивних, діти не мали.

Впровадження Загальноєвропейських стандартів допомоги при епілепсіях підвищує ефективність лікування, зменшує ризик формування резистентних епілепсій та функціонального обмеження життєдіяльності хворих.

УДК 616.831-005.4.6:577.3:616-005.6

Григорова И. А., Ескин А. Р., Тихонова Л. В., Водопьянов В. А.
ГУ «Харьковский национальный медицинский университет»

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Исследования биоэнергетики и метаболизма при цереброваскулярной патологии является актуальным и имеет важное значение для улучшения диагностики ишемических инсультов и лечебно-реабилитационных мероприятий, включая нейрометаболическую терапию.

Целью данного исследования является определение особенностей метаболических и биоэнергетических нарушений при атеротромботических транзиторных ишемических атаках (ТИА) в разных сосудистых бассейнах и разной частоты, их влияние на течение цереброваскулярной патологии и коррекция лечебных мероприятий, включая нейрометаболическую терапию для чего нами было обследовано 146 больных с атеротромботическими ТИА, находящихся на лечении в неврологическом отделении Областной клинической больницы г. Харькова, в динамике заболевания на 1, 7 и 20-й день. Среди обследованных было 79 мужчин и 67 женщин, в возрасте 33—85 лет. Клинический диагноз «ТИА атеротромботического генеза» устанавливался на основании клинико-параклинических данных, используя стандартные схемы неврологического обследования, ЭКГ, данные нейрофизиологических методов исследования: ЭЭГ, РЭГ, эхо-ЭГ, нейровизуализационных методов исследования: магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии головного мозга, исследования мозговой гемодинамики: УЗДГ и биохимические методы исследования. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что на всем протяжении исследования у всех больных в разной степени отмечалось нарушение плазменно-клеточных показателей липидного обмена.

При оценке биологического возраста (БВ), определяемого по показателю электроотрицательности ядер (ЭОЯ), было отмечено его увеличение по отношению к паспортному по всем группам обследуемых больных. При этом нами отмечено, что увеличение БВ было прямо пропорционально частоте ТИА. Выявленные нами функциональные нарушения клеток буккального эпителия свидетельствуют о стойкой мембранной патологии, приведшей к изменению трансмембранного ядерного потенциала у больных с атеротромботическими ТИА.

У больных атеротромботическими ТИА выявлено стойкое нарушение плазменных показателей липидного обмена. Наибольшее диагностически-прогностическое значение имеет снижение ХСЛПВП и увеличение коэффициента атерогенности, которые зависят от локализации и частоты проявления заболевания.

Нами выявлено стойкое повышение клеточных показателей липидного обмена — липидсодержащих лейкоцитов. При этом у больных с двумя и более ТИА липидсодержащие лейкоциты были ниже, чем у лиц, перенесших одну ТИА.

У больных с атеротромботическими ТИА наблюдается нарушение биоэнергетических процессов, ухудшение физического состояния больных и стойкое нарушение гомеостаза.

Анализ полученных данных состояния липидного обмена и ЭОЯ буккального эпителия позволяет нам обосновать включение в комплекс традиционных лечебных и реабилитационных мероприятий адекватных доз патогенетических методов лечения: статинов (симвастатин, ловастатин), антиагрегантов (аспирин, кавинтон, никотиновая к-та, дипиридамол), антирадикальных (вит. Е, С, АСС, препараты α-липоевой кислоты), мембраностабилизирующих и нейропротекторных препаратов.

УДК 616.831-004.6-02:616.831-001.34]-07

Григорова І. А., Куфтеріна Н. С.
Харківський національний медичний університет (м. Харків)

СТАН НЕЙРОТРОФІЧНОГО ФАКТОРА BDNF У РІЗНІ ПЕРІОДИ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Трофічна дизрегуляція є однією з універсальних складових патогенезу пошкодження нервової системи (НС). При позбавленні трофічної підтримки зрілих клітин розвивається біохімічна та функціональна де-диференціровка нейронів зі зміною властивостей іннервуємих тканин. Також в останні часи великого значення набуває пошук ранніх біомаркерів нейропсихологічних порушень, до ряду яких потенціально належать різні нейротрофічні фактори, зокрема нейротрофічний фактор головного мозку (BDNF).

У зв'язку із тим, що черепно-мозкова травма належить до найбільш розповсюдженого різновиду екзогенного пошкодження НС, а 80 % зареєстрованої травми складає легка черепно-мозкова травма (ЛЧМТ), доцільним є вивчення трофічної дизрегуляції у даної категорії хворих.

Мета. Вивчення стану BDNF у сироватці крові у різні періоди ЛЧМТ.

Нами було обстежено 160 осіб, що перенесли ЛЧМТ та перебували на стаціонарному лікуванні у 2-му нейрохірургічному відділенні ХМКЛШНД ім. проф. О. І. Мещанінова, серед яких було 101 чоловік (63,13 %) та 59 жінок (36,87 %), середній вік 26,6 ± 4,2. Обстежені хворі були поділені на такі групи: 1 група — хворі із струсом головного мозку — 140 осіб (87,5 %); 2 група — хворі, що зазнали забій головного мозку легкого ступеня тяжкості — 20 осіб (12,5 %). Хворі 1-ї групи були поділені на 2 підгрупи: 1а — хворі, тривалість стаціонарного етапу гострого періоду яких склала від 1 до 3-х діб (середня тривалість перебування — 1,94 ± 0,89 діб) — 42 особи (30 %); 1б — хворі, тривалість стаціонарного етапу гострого періоду яких склала від 4-х до 14 діб (середня тривалість перебування — 7,86 ± 4,62 діб)- 98 осіб (70 %).

Обстеження хворих проводили у гострому (1—3 дні), проміжному (1 місяць) та віддаленому (3 місяці) періодах після перенесеної ЛЧМТ.

Контрольну групу склали 40 практично здорових осіб відповідного віку, у яких в анамнезі не було грубої соматичної патології та захворювань центральної нервової системи.

Для кількісного визначення BDNF у сироватці крові осіб, що перенесли ЛЧМТ, використовували іммуноферментний аналіз. Отримані дані були статистично оброблені за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.0».

У гострому періоді ЛЧМТ показники стану нейротрофічного фактора головного мозку у 53 % пацієнтів були у межах норми, у 42 % були незначно знижені та у 5 % пацієнтів були незначно підвищені. Це можна пояснити розвитком у гострому періоді травми фізіологічної нейропластичності та нейрогенезу головного мозку, що виникають внаслідок короткочасної ішемії мозку, яка не призводить до пошкодження клітин. У проміжному періоді ЛЧМТ у 37 % обстежених пацієнтів стан BDNF був у межах нормальних значень, у той час як у 63 % значення вмісту нейротрофічного фактора головного мозку були нижчими за контрольну групу. Підвищення рівня BDNF у проміжному періоді травми не спостерігалося. Через 3 місяці після перенесеної ЛЧМТ у 76 % обстежених хворих спостерігалося зниження продукції нейротрофічного фактора головного мозку, яке найбільш виразним було у пацієнтів 1а групи.

На наш погляд, це було однією із причин уповільнення темпів репаративних процесів, що відбувається у нервовій системі осіб, що перенесли ЛЧМТ, оскільки BDNF відіграє адаптивну роль у формуванні пластичності головного мозку.

Отримані результати свідчать, що трофічна дизрегуляція є однією з універсальних складових патогенезу пошкодження нервової системи, в тому числі й легкої черепно-мозкової травми, а процеси нейропластичності і нейрогенезу — невід'ємними ланками патогенетичного каскаду.

УДК 616.13-004.6-02-092:616.831-005.4

Григорова И. А., Тесленко О. А., Тихонова Л. В.
Харьковский национальный медицинский университет

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Многолетнее изучение механизмов формирования острой недостаточности мозгового кровообращения позволило выделить новый этап в понимании процессов повреждения ткани мозга на фоне острой церебральной ишемии (ЦИ). Анализ комплексного изучения изменений основных звеньев метаболизма и гомеостаза у экспериментальных животных и больных с ишемическим инсультом (ИИ) в динамике заболевания, отражающих формирование атерогенеза и патогенетических механизмов ИИ, выявил нарушение основополагающих механизмов обмена веществ, обусловленное свободнорадикальной, мембранной патологией и эндотоксикозом. В эксперименте и клинике выявлено нарушение метаболизма биогенных моноаминов, их предшественников и нейромедиаторных аминокислот. При модельном атеросклерозе в головном мозге увеличивалось содержание диоксифенилаланина (ДОФА), серотонина (С), норадреналина (НА), адреналина (А); в печени — дофамина (ДА), А, С. В головном мозге наблюдалось уменьшение концентраций ДА, а в печени — триптофана. В 1, 7, 20 дни у больных с ИИ выявлено повышение в крови уровня ДА (0,69 ± 0,017; 0,66 ± 0,019; 0,67 ± 0,02 при норме 0,47 ± 0,012 нМ/л), на 7 день болезни — гистамина (Г) (0,30 ± 0,0039 при норме 0,24 ± 0,03 мкМ/л) и во все сроки наблюдения — НА и С.

Отмечено преимущественное снижение пула нейромедиаторных аминокислот в органах и крови (в крови животных отмечено снижение уровня аспарагина, глутамина, глицина, а у больных с ИИ в 1 и 7 дни ИИ выявлено повышение уровня аспартата (64,9 ± 0,74; 75,39 ± 0,12 соответственно при норме 56,62 ± 2,15 нМ/л), незначительное снижение уровня ГАМК в 1 сутки ИИ (26,08 ± 2,47 при корме 31,57 ± 1,18 нМ/мл) и постоянном снижении концентрации глутамата.

Несмотря на наличие некоторых универсальных закономерностей, процесс ЦИ всегда индивидуален, особенности его течения определяются фоновым (до инсульта) состоянием метаболизма мозга, в том числе его энергетическими потребностями, а также статусом и реактивностью единой нейроиммуноэндокринной системы человека.

Учитывая успехи в разработке нейропротективного направления терапии ЦИ, проблема остается до конца не решенной. Особый интерес представляет изучение комбинированного применения нейропротекторов с разными механизмами действия. Изучая многообразие реакций, приводящих к формированию ЦИ, можно предположить, что одномоментное воздействие на разные звенья ишемического каскада позволит синергично усилить нейропротективный эффект, а кроме того, снизить дозы нейропротекторов, уменьшая риск нежелательных побочных явлений. Разработка наиболее эффективных комбинаций нейропротекторов является одной из актуальных задач.

Результаты наших многолетних исследований свидетельствуют о целесообразности включения в арсенал традиционных сосудистых средств препаратов, нормализующих содержание нейромедиаторных аминокислот (актовегин и др.). Особое значение имеет введение адекватных доз препаратов, обладающих антирадикальным и мембраностабилизирующим эффектом (а-токоферол, цитиколин и др.), а также антигипоксантов и антиоксидантов (кварцетин и др.). Это, безусловно, будет способствовать более ранней и полной реабилитации больных с ЦИ.

УДК 616.8-009:611.018.2-053.6

Григорова И. А., Тучкина М. Ю.
Харьковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПУБЕРТАТОГЕНЕЗА

Пубертатный период относится к наиболее серьезному «критическому» временному промежутку, в котором происходит процесс формирования и развития нервной системы, с его сложной нейрогуморальной перестройкой, приводящей к становлению и реализации репродуктивного потенциала женского организма. Наиболее часто у девушек в периоде полового созревания диагностируется вегетативная дисфункция (ВД). Учитывая, что состояние вегетативной нервной системы (ВНС) в значительной степени определяет саногенетические возможности организма подростка, а атологические изменения вегетативного статуса являются одним из основных критериев соматического неблагополучия, важным является изучение характера неврологических расстройств при патологическом течении пубертата.

Целью настоящей работы было изучение особенностей вегетативной дисфункции и клинико-гормональных характеристик организма девушек-подростков с патологией периода полового созревания.

Обследовано 114 девушек 13—18 лет с патологией женской половой системы в пубертате. У 36 больных диагностировано пубертатное маточное кровотечение (ПМК), у 40 — дисменорея (ДМ), у 38 — гипоменструальный синдром (ГС). Состояние ВНС оценивалось на основании исследования неврологического статуса, характера вегетативных реакций организма с определением типа ВД, электрофизиологических, допплерометрических показателей, рентгенографии турецкого седла для исключения патологии гипофиза, выявления эндокраниоза; рентгенографии кисти для оценки костного возраста пациенток и сопоставления его с паспортным, МРТ головного мозга по показаниям. Впервые у больных подросткового возраста с ВД на фоне патологии пубертата проводилась оценка электронейромиографических параметров, в частности, скорости проведения импульса по двигательным волокнам срединных и большеберцовых нервов. Все больные были консультированы гинекологом детского и подросткового возраста; изучался гормональный профиль (уровни гонадотропных гормонов гипофиза, половых стероидных гормонов для анализа функционального состояния яичников); всем пациенткам проведено эхосонографическое обследование состояния органов малого таза с цветным допплеровским картированием в динамике наблюдения.

Установлено, что пубертатогенез у обследованных больных протекал на фоне выраженных отклонений в физическом и половом развитии, нарушений менструальной функции и сопровождался ВД у 96 (84,2 %) из них. Выявлены симпатикотонический, ваготонический, смешанный типы ВД, характер которых зависел от особенностей гормонального статуса и патологических изменений менструальной функции. У большинства подростков отмечались вегетативные проявления в виде сердцебиений, «замирания» сердца, ощущений похолодания, онемения кистей, стоп, повышенной утомляемости, нарушений сна. Наиболее выраженными эти признаки были у подростков с ПМК на фоне постгеморрагической анемии и у девушек с ваготонической формой ДМ с болевым синдромом. Указанные неврологические изменения на фоне гормонального дисбаланса сопровождались нарушениями гемодинамики в сосудах головного мозга различной степени тяжести у большинства обследованных. Комплексная терапия ВД включала диету, психотерапию, ЛФК, физиобальнеолечение, седативные, общестимулирующие, тонизирующие средства, транквилизаторы, нейролептики, ноотропы, сосудистые, вегетотропные препараты, витамины, что способствовало улучшению общесоматического и гинекологического здоровья пациенток.

УДК 616.831-005-092:616.1:001.8

Деревецкая В. Г., Мищенко В. Н., Джандоева Н. Ш., Харина Е. В.
ГУ «Институт неврологии психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Фибрилляция предсердий (ФП) является мощным фактором риска развития мозгового инсульта. Однако при фибрилляции предсердий возрастает риск развития и хронических форм нарушений мозгового кровообращения. Распространенность ФП составляет 0,4—1,0 % в популяции и зависит от возраста. В литературе недостаточно освещенным остается вопрос о влиянии ФП на риск развития хронических форм нарушений 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 допплерография, 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 признаков хронической прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения у 98 % из числа обследованных больных с ФП. Нами установлено, что характерной особенностью клинического течения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у больных с ФП является прогредиентное течение заболевания 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 вместе с чертами ипохондризации, астенизации, тревожности, раздражительности четко выявлены кардиофобические проявления (страх остановки сердца, страх 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).

Таким образом, 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, которые приводят к снижению показателей 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 616.853:615.214-08

Деркач В. Г.*, Деркач А. В.**

Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці), Обласна лікарня швидкої медичної допомоги (м. Чернівці)***

КОРТЕКСИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СИМПТОМАТИЧНУ ЕПІЛЕПСІЮ

Епілепсія — досить поширене захворювання. За даними ВООЗ у світі на епілепсію страждає майже 50 млн. осіб. В Україні поширеність епілепсії в 2007 році становила 65,8, а захворюваність — 6,7 на 100 тис. населення.

Проблема ефективної та безпечної фармакотерапії на сьогодні є провідною в епілептології. Одним із найбільш складних завдань залишається вибір адекватної стратегії фармакотерапії і певних інструментів її реалізації, тобто, лікарських засобів у конкретного хворого.

Мета роботи: дослідження ефективності кортексину в комплексному лікування хворих на симптоматичну епілепсію.

Обстежено і пролiковано 18 хворих на симптоматичну епілепсію віком від 19 до 58 років: 8 — чоловічої статі і 10 — жіночої. Усім хворим проведено детальне клінічне й електроенцефалографічне (ЕЕГ) дослідження. ЕЕГ проводили до лікування і через 6 місяців від початку лікування.

У клінічній картині хворих спостерігалися пароксизмальні генералізовані розлади переважно у вигляді великих розгорнутих судомних нападів (12 осіб) та абсансів (3 хворих) і фокальні напади: джексоновські — у 2-х осіб та амбулаторний автоматизм — в одного хворого.

Під час аналізу ЕЕГ враховували наявність вогнищевої (θ-, δ-хвилі), в тому числі й епілептичної (гострі хвилі, піки, комплекси «гостра — повільна хвиля») патології, підвищення загальноцеребральної судомної готовності у вигляді трансцеребральних розрядів (більше 1 с) або пароксизмів (до 1 с) білатерально-синхронних або з акцентом в одному із відведень α-, θ-, δ-хвиль різної амплітуди.

Кортексин — це комплекс поліпептидів з молекулярною масою від 1000 до 10 000 дальтон, виділений з кори головного мозку телят чи свиней. Він має тканиноспецифічну дію на головний мозок, церебропротекторний, ноотропний і протисудомний ефект, знижує токсичний вплив нейротропних речовин, поліпшує процеси навчання та пам'яті, стимулює і прискорює репаративні процеси в головному мозку. Механізм його дії виявляється регуляцією співвідношення гальмівних і збуджувальних амінокислот, ГАМК-ергічним впливом, антиоксидантною активністю, здатністю відновлювати біоелектричну активність головного мозку.

Призначали кортексин по 10 мг внутрішньом'язово (попередньо розчиняли ліофілізований порошок у флаконі з 2-ма мл води для ін'єкцій), один раз на день (вранці), 10 днів поспіль (100 мг на курс лікування) в складі інших видів терапії (протисудомної, розсмоктувальної, дегідратаційної, судинної, вітамінотерапії). Через 3 місяці курс кортексину повторювали.

Під час аналізу ефективності дії кортексину через 6 місяців лікування було встановлено, що в 7-ми хворих (58.3 %) за цей період не було великих судомних нападів, у 3-х хворих (25 %) вони стали рідшими. При цьому на ЕЕГ в таких хворих ми відмітили відсутність чи зменшення як вогнищевої патології, так і підвищеної загальноцеребральної судомної готовності.

У хворих з абсансами, джексоновськими нападами та амбулаторним автоматизмом не було відзначено суттєвого поліпшення як клінічних, так і електроенцефалографічних даних.

Таким чином, застосування кортексину в комплексному лікуванні хворих на симптоматичну форму епілепсії найбільш ефективне для зменшення частоти чи усунення великих судомних нападів.

УДК: 616.831-005.1:612.821.8.008.41

Дмитриева Е. В., Перцева Т. Г.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАКУНАРНЫЙ ИНСУЛЬТ

Сосудистые заболевания головного мозга при прогрессировании сопровождаются развитием не только разнообразных неврологических синдромов, но и разных по степени выраженности интеллектуально-мнестических и когнитивных нарушений. Особенности эмоционального состояния и снижение качества жизни усиливают степень инвалидизации больных, существенно усложняют процесс реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт. Лакунарные инфаркты мозга, занимающие 25—34,5 % в структуре ишемических инсультов, играют важную роль в развитии когнитивных и эмоционально-волевых нарушений.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений депрессивных нарушений и качества жизни у больных с лакунарными инфарктами (ЛИ) мозга.

Методы исследования: клинико-неврологические и психодиагностические. Для оценки качества жизни использовали опросник качества жизни. С целью выявления депрессивных расстройств использовали анкетную шкалу депрессии Бека — Beck's Depression Inrentory (BDI). Для оценки тяжести депрессии применяли шкалу Гамильтона.

Результаты проведенного исследования качества жизни свидетельствуют о том, что все больные, которые перенесли ЛИ, имели более низкие показатели качества жизни, особенно те, которые перенесли симптомный инсульт (7,8 ± 1,5), в сравнении с больными с асимптомным течением заболевания (8,2 ± 1,3). У обследованных больных в большей мере были представлены нарушения, связанные с физической активностью, снижением работоспособности и зависимостью от посторонней помощи.

Депрессии у больных с ЛИ встречались в 64,3 % с симптомными инфарктами мозга в сравнении с пациентами с асимптомным течением ЛИ — 53,8 %. Степень тяжести депрессивных нарушений по шкале Гамильтона у больных с симптомными ЛИ составила (17,82 ± 1,30) баллов и у больных с асимптомным течением ЛИ — (15,46 ± 0,78) баллов. Характерной особенностью депрессии у больных с ЛИ была стойкость симптомов, легкая или средняя степень их выраженности, превалирование соматовегетативной симптоматики, сохранность критики к своему состоянию, отсутствие суицидальных намерений. Показана взаимосвязь депрессии с выраженностью неврологического дефицита, локализацией патологического очага (симптомы депрессии были больше выражены у больных с локализацией очага в правой гемисфере), а также с такими психосоциальными факторами как проживание в одиночестве, потеря работы.

Таким образом, клиника ЛИ не ограничивается известными симптомами моторных, сенсорных, координаторных нарушений. Заболевание связано с нарушениями в эмоциональной сфере (депрессия, тревога) и сопровождается прогрессирующими нарушениями сложных когнитивных функций, что считается одной из главных причин потери работоспособности, снижения качества жизни и уровня социального функционирования.

УДК 616.832-008-008.9:620.3

Е. Г. Дубенко

Харьковский национальный медицинский университет

ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РАЗЛИЧНЫЕ ЗВЕНЬЯ МЕДИАТОРНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Патологические изменения в нервной системы неизбежно ведут к нарушению медиаторных процессов в мозге. Поэтому, терапевтические стратегии должны быть максимально направлены на коррекцию нарушений нейротрансмиссии мозговых структур. Медиаторы, обеспечивающие данные трансмиссии, условно разделяются на аминокислоты (глицин, ГАМК, глутамат), моноамины (серотонин, дофамин, гистамин), пептиды (Р-пептид, энкефалины), нуклеотиды (АТФ и др.), ацетилхолин (продукт взаимодействия холина и коэнзима А). Можно условно обобщить пять основных путей терапевтического воздействия на различные звенья медиаторного процесса в клинических условиях: 1) предшественник медиатора; 2) синтез медиатора; 3) процесс синаптической передачи; 4) рецепторный аппарат; 5) ферменты, оказывающие влияние на уровень медиатора.

Положительным примером воздействия на эти звенья нарушенного медиаторного процесса *дофамина* является болезнь Паркинсона, где вводимый препарат является метаболическим предшественником медиатора, а вводимые другие препараты содержат ферменты, влияющие на метаболизм дофамина. Важным направлением данного лечения болезни Паркинсона является применение агонистов дофамина, непосредственно влияющих на дофаминовые рецепторы. Это положение может относиться и к другим заболеваниям, где воздействие на рецепторный аппарат мозговых структур может занять ведущее место в лечении. Для разных структур мозга характерно преобладание различных медиаторных систем и плотности их рецепторов.

Медиаторы	Максимальная плотность рецепторов
ГАМК	кора, экстрапирамидная система, ствол мозга, гипоталамус
Адреналин	гипоталамус, гиппокамп, лобные доли
Ацетилхолин	ствол, гипоталамус, кора, хвостатое ядро, мозжечок
Норадреналин	ствол, гипоталамус, ядра эпиталамуса, мозжечок
Серотонин	лобная, теменная и височная доли
Гистамин	кора, мозжечок, центральные и периферические структуры вестибулярного анализатора
Глицин	ствол мозга, спинной мозг, мозжечок
Дофамин	полосатое тело, гипофиз

Таким образом, имеется реальная перспектива применения различных терапевтических нейротрансмиттеров в зависимости от преимущественной топики поражения мозга.

Одной из показательных систем, где влияния на медиаторную функцию играют ведущую роль в эффективности лечения, является гистаминергический вестибулярный аппарат. Применение Бетасерка вызывает активацию гистаминергических нейронов вестибулярной системы и дает выраженный терапевтических эффект. Это в свою очередь вызывает положительную стимуляцию медиаторного метаболизма других систем мозга, анатомически и функционально связанных с вестибулярными ядрами. В результате у больных улучшается паять, внимание, вегетативные функции.

Примером может быть также и Цераксон, который нормализует трансмиттерную функцию нейронов, увеличивает синтез ацетилхолина, что ведет к улучшению когнитивных функций.

Сегодня метаболические препараты целесообразно оценивать через призму их нормализующего действия на разные звенья медиаторного процесса, а также на астроцитарно-эндотелиальную систему, которая регулирует синаптические функции, глиально-нейрональные нейротрансмиттеры.

УДК: 616.853-053.8-08

Дубенко А. Е.*, Дубенко Е. Г.**, Коваленко Д. П.***

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), Харьковский национальный медицинский университет**, КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница № 7»*** (г. Харьков)*

ВОПРОСЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У ВЗРОСЛЫХ

В современной эпилептологии одним из актуальных, недостаточно изученных является вопрос осмысления трансформации эпилептических припадков как показателя направленности эпилептогенеза, адекватности проводимого лечения. Этой проблеме посвящена данная работа, основанная на подробном изучении 102 больных, страдающих эпилепсией, преимущественно криптогенной.

Определено понятие «трансформации эпилептического припадка» — изменения клинических проявлений приступа, свидетельствующие об ухудшении клинического состояния и прогрессировании заболевания — негативные трансформации эпилептических припадков (НТЭП), или об улучшении клинического течения болезни — позитивные трансформации эпилептических припадков (ПТЭП).

Создана классификация типов трансформации по характеру изменения приступов. В ходе исследования были описаны Трансформации с полным видоизменением Типа Эпилептического Припадка (ТТЭП) — т. е. смена одного клинического типа припадка на другой; и Трансформации с изменением Фокального Компонента Эпилептического вторично-генерализованного Припадка (ТФКЭП) — т. е. изменение клинических проявлений фокального компонента в картине парциального вторично-генерализованного припадка. Подробно описаны подтипы трансформаций эпилептических припадков (таблица).

Классификация трансформаций эпилептических припадков у взрослых больных молодого и среднего возраста
I. Позитивные трансформации эпилептических припадков (ПТЭП)
А) Трансформации с полным видоизменением типа эпилептического припадка (ТТЭП)
А.1. Парциальные с вторичной генерализацией в простые парциальные
А.2. Парциальные с вторичной генерализацией в сложные парциальные
А.3. Сложные парциальные припадки в простые парциальные
Б) Трансформации с изменением фокального компонента эпилептического вторично-генерализованного припадка (ТФКЭП)
Б.1. «Первично-генерализованные» в парциальные с вторичной генерализацией
II. Негативные трансформации эпилептических припадков (НТЭП)
А) Трансформации с полным видоизменением типа эпилептического припадка (ТТЭП)
А.1. Сложные парциальные припадки в парциальные с вторичной генерализацией
А.2. Простые парциальные припадки в парциальные с вторичной генерализацией
А.3. Простые парциальные припадки в сложные парциальные (при появление новых эпилептических очагов)
А.4. Простые парциальные припадки в полиморфные (сочетание простых парциальных приступов с вторичной генерализацией и сложных парциальных)
Б) Трансформации с изменением фокального компонента эпилептического вторично-генерализованного припадка (ТФКЭП)
Б.1. Парциальные с вторичной генерализацией в «первично генерализованные»

Трансформации эпилептических припадков зависят от локализации эпилептогенного фокуса и чаще наблюдаются при локализации эпилептического фокуса в лобных и височной долях (амигдало-гиппокампальная и латеральная височная локализации).

Трансформация эпилептических припадков сопровождается изменением когнитивных, эмоционально-волевых показателей и качества жизни больных, как в положительном, так и отрицательном направлениях, что совпадало с характером изменения эпилептических приступов.

Изучение трансформации эпилептических приступов является существенным направлением терапевтической эпилептологии, позволяющим определить индивидуальную особенность течения болезни у лиц молодого и среднего возраста и адекватность проводимой терапии.

Важно изменить вектор течения болезни в сторону положительной трансформации эпилептических припадков.

УДК 616.831:616.1-089

Дубенко О. Е., Подушка И. И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

АКТИВНОСТЬ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Активация ренин-ангиотензиновой системы (РАС) играет роль в развитии таких мультифакторных заболеваний как артериальная гипертония и атеросклероз — основных этиологических факторов ишемического инсульта (ИИ) и может быть одним из факторов, способствующих ишемическому повреждению мозга при остром инсульте. Ангиотензинпревращающий фермент (АПФ) — ключевой фермент РАС, под влиянием которого происходит преобразование ангиотензина I в ангиотензин II, который оказывает влияние на структурные и функциональные изменения в сердечно-сосудистой системе. Уровень АПФ находится под генетическим контролем. Полиморфизм гена АПФ типа инсерция/делеция (вставка/отсутствие) (I/D) цепочки нуклеотидов в 16 интроне имеет клиническое значение в развитии патологических процессов в сердечно-сосудистой системе. Активность АПФ в зависимости от полиморфного варианта гена АПФ при ИИ не изучена что составило цель нашего исследования.

Обследовано 87 больных с острым ИИ, подтверждённым на МРТ (мужчин — 50, женщин — 37) и для сравнения 10 здоровых лиц. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале NIHSS. Патогенетический подтип ИИ устанавливали по критериям TOAST. Молекулярно-генетическая диагностика полиморфизма гена АПФ (I/D) проводилась методом полимеразной цепной реакции. Определение активности АПФ проводили с помощью набора реактивов «Buhlmann Lab» (Швейцария), в сыворотке крови колориметрическим ферментным методом.

Уровень активности АПФ колебался в довольно широких пределах, у здоровых людей — от 28,4 до 61,3 ед/л, в среднем 42,4 ± 3,16 ед/л, у больных ИИ — от 3,9 до 108,6 ед/л, в среднем 47,38 ± 2,88 ед/л. В зависимости от патогенетического подтипа ИИ отмечено, что наиболее высокая активность АПФ наблюдалась при атеротромботическом — 51,13 ± 6,75 ед/л и лакунарном ИИ — 49,62 ± 4,16 ед/л, при кардиоэмболическом инсульте была несколько ниже — 39,20 ± 6,30 ед/л. Исследование уровня активности АПФ в зависимости от варианта генотипа гена АПФ выявило, что у больных с генотипом DD была наиболее высокая активность АПФ — 59,66 ± 5,58 ед/л, что статистически значимо различалось от уровней активности при других генотипах: ID — 41,88 ± 3,25 ед/л и II — 47,36 ± 8,61 ед/л ($p = 0{,}034$). Мы разделили больных на две группы: больные, у которых определялась активность АПФ на уровне значений в контрольной группе — не выше 61ед/л, расценивался как нормальный (у 62 больных), и с повышенным уровнем активности АПФ — выше 61 ед/л (у 25 больных). Тяжесть состояния больных с острым ИИ по шкале NIHSS у больных с высоким уровнем АПФ была достоверно больше — 11,18 ± 0,54, у больных с нормальным уровнем — 6,80 ± 0,62 балла ($p < 0{,}05$). При оценке данных МРТ наряду с очагом инфаркта мозга, кортикальным или лакунарным, у больных с высоким уровнем АПФ достоверно чаще — у 14 (56,0 %) визуализировались множественные мелкие лакунарные очаги, у некоторых с участками лейкоареоза, тогда как у больных с нормальным уровнем АПФ — у 31,1 %. При оценке частоты различных вариантов генотипа гена АПФ в зависимости от уровня активности АПФ показано, что частота монозиготного генотипа II не различалась — у 11 (17,7 %) больных с нормальным и у 4 (16,0 %) с повышенным уровнем. Однако у больных с повышенным уровнем АПФ наблюдалось значительное преобладание монозиготного генотипа DD — у 10 (40,%), тогда как при нормальной активности — только у 12 (19,4 %) ($p < 0{,}05$). Гетерозиготный вариант генотипа ID встречался у 9 (36,0 %) больных с повышенной активностью АПФ и у 39 (62,9 %) больных с нормальной активностью ($p < 0{,}05$).

Вариант генотипа DD гена АПФ ассоциируется с повышенной активностью АПФ. У больных с повышенным уровнем активности АПФ наблюдается большая степень тяжести острого инсульта, чаще визуализируются немые лакунарные инфаркты при МРТ.

УДК 616.831:616.1-089

Дюба Д. Ш., Евтушенко С. К.
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк)

ОЦЕНКА РИСКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

Сердце и головной мозг являются взаимосвязанными органами-мишенями сосудистой патологии, клинические варианты которой (ишемическая болезнь сердца, мозговой инсульт) продолжают лидировать в смертности населения развитых стран. Именно поэтому в последние годы начала быстро развиваться такая область клинической неврологии как кардионеврология.

Цель исследования: Профилактика неврологического дефицита у больных до и после операции с искусственным кровообращением.

В исследование были включены 56 человек, мужчины и женщины (возраст от 45 до 69 лет), находящиеся перед оперативным вмешательством аорто-коронарным шунтированием на стационарном лечении в ГУ «Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» в период с 2009 по 2011 г. В исследуемой группе больных стенозы левой внутренней сонной артерии были у 57,44 ± 2,77 % пациентов, соответственно правой внутренней сонной артерии 58,36 ± 2,86 %; среднее систолическое артериальное давление — 169,6 ± 3,26, диастолическое — 96,11 ± 2,91; сахарный диабет был у 26,0 ± 6,35 % больных. Всем пациентам проводилось общее клиническое неврологическое обследование. Объективный осмотр в дооперационном периоде включал в себя: общую оценку высших психических и речевых функций, зрительной сферы и полей зрения. Первое общеклиническое обследование пациентов проводили за 2—3 дня до операции, повторное обследование — на 10—15-е сутки после операции.

Общемозговые расстройства в первые дни после операции имели место у 12 (21,4 %) больных. Снижение уровня сознания (сопор) наблюдались у 2 пациентов, спутанность сознания с усиливавшимися в вечернее время галлюцинациями — у 5 больных, выраженное возбуждение при сохранности формальной ориентировки во времени и пространстве — у 5 больных. Ни в одном из случаев не было выявлено четких клинических признаков очагового поражения головного мозга. Вновь возникшая неврологическая симптоматика были зарегистрирована у 21 (37,5 %) больного в послеоперационном периоде (от одного до трех вновь возникших неврологических симптомов). Количество субъективных симптомов в предоперационном периоде было достоверно выше у больных с общемозговыми расстройствами в послеоперационном периоде (4,0 ± 2,12 и 1,5 ± 1,4; $t = -3{,}0$, $p = 0{,}009$). Пациенты не имели исходно признаков деменции по результатам тестирования шкалы нейропсихологического тестирования MMSE (27,88 ± 1,10), однако в послеоперационном периоде отмечено достоверное снижение когнитивных функций (25,15 ± 1,12). В раннем послеоперационном периоде пациенты характеризовались замедлением психомоторной скорости в виде ухудшения выполнения тестов.

Проведенное нами исследование показало, что прогностическое значение имеет общее количество перечисленных субъективных неврологических нарушений, в то же время такие расстройства как неустойчивость походки, шум в ушах и повышенная утомляемость имеют самостоятельное неблагоприятное значение у больных перед оперативным вмешательством. Это позволило нам сделать вывод, что больным перед оперативным вмешательством на сердце необходимо проведение тщательной предоперационной оценки состояния неврологических функций для оценки степени риска периоперационных неврологических осложнений и выработки тактики послеоперационного ведения больных.

УДК 616.831-07:616.1-084:616.13-004.6

Дюба Д. Ш., Родин Ю. В., Симонян В. А., Белякова М. С.
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк)

ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Атеросклеротическое поражение нескольких сосудистых бассейнов, как правило, характеризуется более неблагоприятным прогнозом, а хирургическое лечение сопряжено с повышенным риском осложнений и летальности.

Целью исследования стала профилактика церебральных осложнений после операции аорто-коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с каротидным стенозом.

В исследование были включены 83 человека, мужчины и женщины (возраст от 45 до 69 лет), находящиеся перед и после оперативного вмешательства, аорто-коронарное шунтирование (АКШ) с предварительной каротидной эндартерэктомией (КАЭ) у части пациентов. Все пациенты находились на стационарном лечении в ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» в период с 2009 по 2011 г. Критерием включения в исследование были фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) более 40 %, доступность обеих средних мозговых артерий (СМА) исследованию через височное окно. Всем пациентам проводилось клиническое неврологическое обследование. Для оценки динамики когнитивных функций использовалась краткая шкала нейропсихологического тестирования MMSE (Mini Mental State Examination). Транскраниальное триплексное сканирование проводилось для оценки интракраниального кровотока на аппарате TOSHIBA, SSA-790A, APLIOXE. Скорости кровотока измеряли по ипсилатеральной и контралатеральной СМА, исследование основных показателей свертывающей системы крови (уровень гемоглобина, количество и скорость агрегации тромбоцитов, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение (МНО)). Больные были разделены на две группы: I-я группа (n = 41) — пациенты с умеренной патологией экстракраниальных артерий, II-я группа (n = 42) — пациенты с гемодинамически значимой патологией экстракраниальных артерий (АКШ с КАЭ) и получавшие цераксон в дозе 1000 мг 2 раза в течение 10 суток (за 3 суток до операции и далее 7 суток после операции). Первое общеклиническое, допплерографическое и гемореологическое обследование пациентов проводилось за 2—3 дня до операции. При повторном обследовании перед выпиской больного (10—15-е сутки) также проводилось общеклиническое, допплерографическое и гемореологическое обследование.

Вновь возникшая неврологическая симптоматика были зарегистрирована у 26 (63,4 %) больных I-й группы и у 18 больных (42,8 %) II-й группы в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде скорость церебрального кровотока повышалась в большей степени у пациентов, у которых имелась тенденция к гипокоагуляции (увеличенные протромбиновое время и МНО, уменьшенный протромбиновый индекс). Проведенный корреляционный анализ показал положительную корреляционную связь между гемореологическими показателями и уровнем церебральной гемодинамики (протромбиновое время и скорость по ипсилатеральной СМА r = 0,29), что подтверждает данные клинических и экспериментальных исследований о влиянии гемодилюции на гемодинамику.

Последовательность диагностических действий у больных ишемической болезнью сердца с распространенным атеросклерозом должна быть направлена на выявление доминирующих или конкурирующих поражений различных сосудистых регионов. Для фармакологической защиты мозга от ишемии и гипоксии мы рекомендуем назначение цераксона в высоких дозах в первые сутки после оперативного лечения для улучшения церебрального кровотока и стимуляции метаболизма.

УДК 616.853-053.2:616.57

С. К. Евтушенко
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

ГИПЕРТЕРМИЯ — КАК МАРКЕР РАЗРУШИТЕЛЬНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Гипертермия у детей в настоящее время должна рассматриваться не только в рамках фебрильных судорог (Танцура Л. Н., 2010), но и фебрильно-провоцируемой эпилепсии, включая ее отдельные формы, при которых быстро разрушается психика ребенка и нарастает слабоумие (DESC-синдром). Сегодня данная патология трансформировалась в обновленное название «FIRES-синдром — Резистентная эпилептическая энцефалопатия, вызванная гипертермией». Этот и другие подобные синдромы в современной нейропедиатрии выделены в отдельную главу: «Острая эпилепсия с эпилептическим статусом при участии гипертермии и механизмов воспаления AETIMSE-синдром — (Acute encephalopathy with temperature and inflammation medicted status encephalicus). Основными представителями данного раздела и являются: FIRES, IHHS (идиопатические гемиконвульсии с гемиплегией на высоте лихорадки), NORSET (новый впервые развившийся эпилептический статус у лиц молодого возраста на высоте температуры).

В качестве этиологического фактора AETIMSE-синдрома рассматривается 2 основные причины:

1) двухстороннее поражение гиппокампа, возникающее в результате тяжелого и продолжительного эпилептического статуса на фоне лихорадки;

2) развитие острого вирусного (HV-6) полиоэнцефалита с преимущественным поражением перисильвиарных отделов коры головного мозга.

Во многих исследованиях, включая наши, обнаружена активация гипертермогенных интерлейкинов (1, 6) и идентифицирован HV-6 тип при FIRES-синдроме, что не снимает роль данного вируса как этиологического фактора.

Заболевание дебютирует у детей в возрасте 5—10 лет и начинается чаще всего внезапно с эпилептического статуса, который развивается на фоне гипертермии спустя несколько дней после начала лихорадки (чаще — после инфекции верхних дыхательных путей). Характерно возникновение судорожных приступов: фокальных, моторных (захватывающих обе стороны тела) и генерализованных тонико-клонических (т. е. проявление статусной формы эпилепсии).

В 2009—2011 гг. мы заподозрили и подтвердили диагноз FIRES-синдрома у 5-ти детей в возрасте 6—12 лет, поступивших в областной клинический стационарный противоэпилептический Центр при ОДКБ (клиническая база кафедры), где был идентифицирован данный синдром. У 2 из 5 больных в ликворе методом ПЦР идентифицирован HV-6 тип.

Всем детям проведено глубокое неврологическое и соматическое обследование: МРТ, ЭЭГ-мониторинг, сочетанное исследование крови и ликвора (включая определение всех шести типов герпесвирусов). К сожалению, судорожные приступы у 2 детей повторялись и после исчезновения лихорадки, хотя были значительно реже.

В динамическом наблюдении в течение 3-х лет у 3 детей визуализировался билатеральный гиппокампальный склероз в сочетании с субкортикальной атрофией (по нашим данным это наиболее объективный маркер и для других разрушительных форм эпилепсии у детей).

Нами постулируется, что гипертермия является пусковым фактором к активации длительно персистирующего вируса HV-6 типа (т. е. лихорадка — это триггер не сколько для судорог, сколько для запуска очагового воспаления).

В терапии подобных форм эпилепсии, кроме ПЭП (кеппра) и нурофена (парацетамола) назначались в период статуса конвулекс в/в в сочетании с в/в введением иммуноглобулина (биовена), плазмацитоферез, сенактен-депо, ацикловир (панавир). Повторное введение в/в иммуноглобулина и ацикловира (панавир) через 6 месяцев (3—5 курсов).

УДК 616.832-004.2-053.2-092

Евтушенко С. К.*, Москаленко М. А.**
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Центр демиелинизирующих и дегенеративных заболевания нервной системы у детей (г. Донецк)***

АЛЬТЕРНАТИВА СОВРЕМЕННЫМ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ В ТЕРАПИИ ДЕБЮТА И РЕЦИДИВА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

В связи с ростом в последние 10 лет заболеваемости РС эта проблема стала еще более актуальной. Ежегодно в Донецкой области (детское население — 694,5 тыс. детей) выявляется до 10 новых случаев РС у детей.

На базе неврологического отделения областной детской клинической больницы создан межрегиональный Центр демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы у детей. На лечении в Центре за последние 5 лет находились

50 детей с РС (из них 36 девочек и 14 мальчиков в возрасте от 9 до 17 лет). Диагноз РС устанавливался согласно критериям W. J. McDonald (2005 г., 2010 г.) с дополнениями F. Barkhof (2007 г.). Кроме тщательного клинического неврологического и соматического паттерна, проводили МРТ-ангиографии с магневистом, исследовались зрительные и когнитивные (Р-300) вызванные потенциалы. Всем детям с РС проводили исследование спинномозговой жидкости (включая уровень интратекального синтеза Ig G, проницаемость ГЭБ, ПЦР на ДНК всех 6 типов вирусов).

При иммунологическом обследовании крови детей с РС нами отмечены: снижение уровня CD3 Т-лимфоцитов, CD4 Т-хелперов и CD8 Т-супрессоров; повышение уровня CD16CD56 натуральных киллеров, HLA-DR активированных лимфоцитов, CD95 фактора апоптоза в крови, а также повышение показателя интратекального синтеза Ig G в спинномозговой жидкости у 72,5 % больных. Суммарные показатели были положены в основу выбора схемы терапии детей с РС, включающей проведение курса внутривенного иммуноглобулина (биовен-моно) и панавира. Панавир является противовирусным и иммуномодулирующим средством, способствует индукции интерферона.

При средней тяжести обострения детям проводилась пульс-терапия (солумедрол или метилпреднизолон 500—1000 мг внутривенно капельно через день № 3—5). При тяжелом обострении с выраженными изменениями иммунограммы в сочетании с высоким уровнем и интратекального синтеза Ig и ЦИК применялась пульс-терапия с плазмаферезом (через день 2—3 процедуры) или пульс-терапия с плазмаферезом и последующим введение биовена-моно по 5—7 мл/кг через день № 3. При медленном регрессе неврологического дефицита после пульс-терапии проводилась терапия синактеном-депо (1 мг 1 раз в неделю № 8). При тяжелом обострении с изменениями иммунограммы, высоким интратекальным синтезом Ig G проводилась пульс-терапия и введение биовена-моно. За последний год шести детям в период обострения РС был проведен курс панавира. Предложенные схемы лечения позволили купировать обострение у всех пациентов.

Вместе с тем за последние 4 года 18 детей, наблюдаемых в Центре, получали иммуномодулирующую терапию (глатирамера ацетат — 6 больных, интерферон-β1b — 8 пациентов, интерферон-β1a — 4 ребенка). Наряду с определенным успехом, к сожалению, на фоне введения иммуномодуляторов у 4 больных в течение 1—1,5 лет все же произошла трансформация ремиттирующего течения заболевания во вторично-прогрессирующее, у 1 ребенка отмечалась тяжелая аллергическая реакция, у 1 пациента развилась кардиомиопатия. Всем 6 пациентам введение иммуномодуляторов было прекращено. Также мы столкнулись с трудностями государственного обеспечения детей иммуномодуляторами.

Таким образом, достаточно эффективной альтернативой многолетней иммуномодулирующей терапии интерферонами-β и глатирамера ацетатом у детей является курсовое применение кортикостероидной терапии иммуноглобулина и панавира.

УДК 616.832-004.2-053.2

Евтушенко С. К., Москаленко М. А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

КЛИНИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННЫЙ СИНДРОМ В ДЕБЮТЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

Цель исследования: изучение вариантов дебюта (клинически изолированного синдрома) рассеянного склероза у детей, МРТ-картины и иммунологических исследований в начале заболевания.

Проведен анализ 40 случаев достоверного рассеянного склероза у детей (30 девочек и 10 мальчиков), находившихся под нашим наблюдением с 2007 года по 2011 год. Диагноз был установлен согласно международным критериям W. J. McDonald (2005 г. и 201 г.). Оценка тяжести неврологического дефицита проводилась по шкале Куртцке (EDSS, Expanded Disability Status Scale, 1983). Все пациентам была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного и спинного мозга (аппарат Gyroscan Intera T10, Голландия) с внутривенным введением контрастного вещества «Гадовист». 35 больным проведено исследование спинномозговой жидкости с определением уровня интратекального синтеза IgG, соотношения альбумин-глобулиновой функций.

Начало заболевания в возрасте до 11 лет отмечалось у 5 мальчиков (50 %) и 4 девочек (13,3 %). У 90 % девочек заболевание дебютировало в возрасте от 12 до 17 лет. Моносимптомное начало было у 5 мальчиков (50 %), у 5 больных отмечался ретробульбарный неврит зрительного нерва с резким снижением зрения. У 5 мальчиков отмечалось полисимптомное начало РС: у 3 больных атаксия сочеталась с парезами, снижением вибрационной чувствительности и стволовыми нарушениями. У 19 девочек (63,3 %) отмечалось моносимптомное начало заболевания: онемение в конечностях у 5 больных (16,7 %), атаксия у 2 (6,7 %), ретробульбарный неврит — у 5 пациентов, гемипарез — у 3, невропатия лицевого нерва — у 3 детей, нарушение функций тазовых органов — у 4 пациентов. У 11 девочек (36,7 %) с полисимптомным началом заболевания выявлена атаксия, сочетающаяся с парезами в конечностях. Также у 12 пациентов отмечалось онемение в конечностях и туловище, у 2 — нарушение функций тазовых органов, нарушение речи и глотания — у 1 больного. Тяжесть заболевания по шкале Куртцке в дебюте у детей составляла от 1,5 до 6 баллов. У 65 % больных выявился высокий уровень интратекального синтеза IgG.

При МРТ множественные очаги демиелинизации в головном и спинном мозге были выявлены у 21 ребенка (77,5 %), единичные очаги — у 9 детей (22,5 %). При контрастировании «Гадовистом» активные очаги обнаружены у 19 пациентов (47,5 %). Церебральная форма РС отмечалась у 9 детей (22,5 %), цереброспинальная — 1 31 пациента (77,5 %).

Дебют РС в детском возрасте в 3 раза чаще отмечался у девочек, чем у мальчиков. У мальчиков в 3,8 раза чаще заболевание начиналось в раннем возрасте (в 5—11 лет). Моносимптомное начало отмечалось в 60 % случаев, полисимптомное — в 40 % случаев. При МРТ множественные очаги демиелинизации в головном и спинном мозге выявлялись в 3,4 раза чаще, чем единичные очаги. В дебюте заболевания активные очаги (накапливающие контрастное вещество) обнаруживаются у 47,5 % больных и ассоциируются с высоким уровнем интратекального синтеза IgG в ликворе.

УДК 616.831-053.2-036.66-08

С. К. Евтушенко, А. А. Омельяненко, О. С. Евтушенко, Е. И. Кутякова
Областной детский клинический центр нейрореабилитации (г. Донецк)

ВОЗМОЖНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ АПАЛЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Апаллический синдром (АС) — один из непредсказуемых исходов разнообразных тяжелых (травматического или нетравматического генеза) повреждений головного мозга, развивающийся примерно у 10 % больных после продолжительной комы. Это клиническое состояние полного отсутствия осознания себя и окружающего при сохранении цикла «сон — бодрствование» в сочетании с разнообразным тяжелым неврологическим дефицитом, с полным или частичным сохранением гипоталамических и стволовых вегетативных функций.

В течение последних 12 лет в центре пролечено 17 пациентов в возрасте 11—17 лет и 5 пациентов в возрасте от 22 до 29 лет, из них — 10 детей с последствиями тяжелых форм энцефалита и 7 детей и 5 взрослых с последствиями тяжелых черепно-мозговых травм. Была применена методика лечения и реабилитации последствий апаллического синдрома у детей, разработанная проф. С. К. Евтушенко и доц. А. А. Омельяненко (авторское изобретение 2005 г.), включающая использование медикаментозных и немедикаментозных средств.

Пациенты поступают на реабилитацию спустя 1—6 месяцев и позже с момента выхода из комы. Реабилитация складывается из сочетания немедикаментозных (сенсорная стимуляция, раннее формирование вертикальной позы, использование ортезов, проведение ежедневных сеансов синглетно-кислородной терапии, сегментарного массажа и гидромассажа, лечебной физкультуры с элементами стретч-гимнастики, рефлексотерапевтическое воздействие в форме краниопунктуры, акупунктуры и фармакопунктуры, фотостимуляция, лазеротерапия) и медикаментозных средств (нейротропин, актовегин, никотиновая кислота, кеппра, иммуноглобулин). Проведение диспортовых блокад у 11 больных снизило риск развития контрактур в суставах паретичных конечностей и дало возможность активной тренировки двигательных навыков.

Положительная динамика разной степени выраженности отмечалась после 1-го курса реабилитации, что проявлялось

в увеличении концентрации внимания, улучшении эмоционального фона, появлении мимических реакций и предвестников речи, снижении спастичности мышц паретичных конечностей и возобновлении двигательных навыков. Шесть из 22 больных поступили на первичный реабилитационный цикл с назогастральным зондом, от которого к концу курса лечения пришлось отказаться 5 пациентам, достигнув стойкого глотательного рефлекса. У 9 (40,9 %) пациентов спустя 1,5—2 года с начала реабилитации сформировались стойкие моторные навыки в виде появления самостоятельной ходьбы, тонких точных движений в кистях. Восстановление нарушенных (утраченных) когнитивных и речевой функции происходило в течение более длительного периода (3—5 лет). Повторные (каждые 3—6 месяцев) курсы восстановительного лечения усиливали достигнутый эффект.

Таким образом, проведение многокурсовой стимулирующей полимодальной терапии улучшает прогноз для восстановления утраченных моторной, речевой и когнитивных функций.

УДК 616.833-079.4:616-006-07

Евтушенко С. К.**, Гончарова Я. А.*,
Симонян В. А.*, Филимонов Д. А.***
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирурги им В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк), Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького**, ГУ «Дорожная клиническая больница станции Донецк»****

ПОЛИНЕВРОПАТИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ НЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Паранеопластические полиневропатии — это диффузное или мультифокальное поражение периферических нервных волокон, как следствие отдаленного воздействия неопластического процесса. По данным Storstein A., Larson A. и соавт., Vedeler C. (2001), они встречаются у онкологических больных от 7,5 % до 48 % случаев, и зачастую проявляются клинически задолго до диагностирования опухоли.

Цель и задачи: разработать эффективные схемы диагностики паранеопластических полиневропатий с применением функциональных методов исследования.

На базе отделения ангионеврологии ИНВХ им. В. К. Гусака наблюдались 39 пациентов в возрасте от 24 до 78 лет с клиникой полиневропатии (ПНП). Из них 18 человек имели верифицированный диагноз опухолевого заболевания и были условно объединены в 1-ю группу. Во 2-ю группу вошли 9 больных, прошедших первичный или повторный курс химиотерапии. 3-ю группу составили 12 пациентов с ПНП неуточненной этиологии. Жалобы пациентов оценивали по шкалам EURO DIABIDDM Complication (1995), TSS, а тяжесть ПНП по шкалам Dyck P. J. (1988), NSS и NSS-LL. Дополнительные методы обследования включали общеклинические анализы, анализ антиневральных антител, онкомаркеров. Для исследования микроциркуляции применялась лазерная допплеровская флоуметрия (аппарат «ЛАКК-02», Россия). Базовым методом являлось нейромиографическое исследование (электромиограф Reporter, Италия).

При стимуляционном ЭНМГ-исследовании, проведенном пациентам из 1-й группы, в абсолютном большинстве случаев (78 %) имелись нейромиографические признаки ПНП, такие как снижение СРВ по верхним конечностям до 40—45 м/с, по нижним — до 30—35 м/с. У 11 человек отмечалась аксональная дегенерация, а в 3 случаях она сочеталась с демиелинизирующей ПНП. Лазерная флоумертия выявила умеренное снижение индекса эффективности микроциркуляции и показателя микроциркуляции, средние показатели составили 1,52 ± 0,087 % и 3,62 ± 0,24 Пф. ед. соответственно. Во 2-й группе, помимо ЭНМГ-признаков ПНП (снижение СРВ до 42 м/с), отмечалось резкое нарушение микроциркуляции согласно результатам флоуметрии, среднее значение индекса эффективности микроциркуляции в этой группе составило 1,3 ± 0,05 % при норме 1,6—1,8 %.

У пациентов из 3-й группы ЭНМГ-исследование выявляло снижение СРВ до 22—30 м/с в руках и до 30—38 м/с в ногах, показатели флоуметрии отличались значительной вариабельностью. В ходе тщательного обследования у 10 пациентов было диагностировано опухолевое заболевание, у одного пациента — эозинофильный васкулит Чарджа — Стросса, и у одного больного — сочетание ПНП с миастеническим синдромом на фоне диспротеинемии (неопластический процесс в данном случае не был обнаружен).

В ходе проведенного исследования нами определен характерный для паранеопластических полиневропатий нейромиографический и флоуметрический паттерн. Выявление подобных изменений у пациентов с клиникой полиневропатии требует детального соматического обследования, что в ряде случаев дает возможность диагностировать неопластический процесс на доклинической стадии.

УДК 616.8-009-053.2-036.66(477.62)

Евтушенко О. С., Яновская Н. В., Евтушенко С. К.
Областной детский клинический центр нейрореабилитации (г. Донецк)

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ДОНЕЦКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Центр — это современное учреждение, где в творческом союзе работают практические врачи и сотрудники кафедры детской неврологи Донецкого национального медицинского университета им. Горького (научным консультантом Центра является его основатель проф. Евтушенко С. К.). Помощь оказывается не только детям из Донецкой области, но из других областей Украины и различных стран. В настоящее время в Центре применяется более 60 современных методик диагностики, лечения и реабилитации заболеваний нервной системы у детей, большая часть методик разработана в Центре.

В структуру Центра входят: диагностическое отделение, клинико-диагностическая лаборатория, отделение физиотерапии, залы ЛФК (для детей младшего и старшего возраста), зал сенсорной терапии, круглосуточный стационар для совместного пребывания детей и матерей на 30 коек, отделение ранней реабилитации на 10 коек для детей в возрасте от 3-х мес. до 1-го года, дневной стационар при поликлинике на 20 коек, ипподром для лечебного катания на лошадях, учебный блок и лекционный зал кафедры детской неврологии. Организационно выделены подразделения: отдел по иммуногенетической диагностике и лечению врожденных и ранних проявлений церебрального паралича (ЦП), нейролингвистический отдел, отдел по лечению детей со спинальной патологией и нарушением выделительных функций, отдел по лечению нервно-мышечных заболеваний, отдел по лечению последствий апаллического синдрома; отдел по клинической апробации новых фармакологических препаратов. Это дает возможность оказывать высококвалифицированную и эффективную помощь детям не только с ЦП, но и с различными заболеваниями нервной системы.

Центр располагает современной диагностической аппаратурой, позволяющей на ранних этапах заболевания уточнять диагноз и характер патологии мозга, проводится видеоэнцефалокартирование, сочетанные холтер-ЭЭГ и холтер-ЭКГ, электронейромиография, спирометрия, сонография головного мозга, транскраниальная допплерография, проводятся различные исследования в биохимической лаборатории, включая определение уровня антиконвульсантов в крови, УЗИ внутренних органов и ЭХО-КГ. При необходимости проводится МРТ и КТ в областном диагностическом центре.

Основываясь на главных этиологических факторах возникновения заболевания, возрасте пациента и ведущем неврологическом дефиците, разрабатывается годичная программа интенсивной долговременной и многокурсовой этапной реабилитации по методике Центра. Реабилитационные мероприятия включают медикаментозное (по синдромологическому принципу) и немедикаментозное лечение, с учетом формы, тяжести состояния, характера процесса, сопутствующей соматической патологии, когнитивных нарушений. При различных формах ЦП назначается: массаж (сегментарный и точечный), лечебная физкультура с элементами гимнастики Войта, нейромышечные блокады ботулотоксинами (Диспорт), мануальная терапия, иглорефлексотерапия, микроволновая терапия, лазеротерапия, электроимпульсная терапия, гидромассаж, мануальная кровать, иппотерапия, методика биологической обратной связи, используется собственная методика краниопунктуры, скальптерапии, стренч-гимнастики, вакуумный массаж, динамическая проприоцептивная коррекция с помощью ЛК «Гравистат», медикаментозное лечение.

В результате проведенного реабилитационного лечения 8 % детей практически здоровы; у 75 % — наблюдается стабильное улучшение, у 9 % — непродолжительное улучшение, у 8 % больных, ввиду грубого неврологического дефицита и тяжести состояния, существенной динамики добиться не удалось.

УДК: 616.13-004.6:612.821-036.66:«313»

Ежова В. А., Царёв А. Ю., Куницына Л. А., Словеснов С. В., Мирзоян С. А., Колесникова Е. Ю., Желдаков А. М.

Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова» (г. Ялта)

ПСИХОФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ: ИТОГИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Цель: Клинико-физиологическое обоснование разработки новых технологий психофизической реабилитации (ПФР), группового тренинга (ГТ) в сочетании с ароматерапией, низкоэнергетической физиотерапией.

Обобщены материалы одноцентрового, рандомизированного, контролируемого клинического исследования 400 больных с хронической ишемией мозга (ХИМ) I, II ст., проявлявшейся церебральным атеросклерозом (ЦА), средний возраст — 52,3 ± 1,2 лет.

Базисный лечебный комплекс включал сезонную климатобальнео-, кинезотерапию, стандартные медикаментозные препараты (Волошин П. В., Мищенко Т. С., 2010).

Использовались опросники SF-36, MMSE, ЛОБИ, А. М. Вейна, мотиваций, приверженности к немедикаментозным методам (модификация Morisky), Бека, Спилбергера, когнитивных функций (Н. Н. Яхно). В лечебный комплекс групп сравнения (по 40 пациентов в каждой) включались новые технологии лечебной гимнастики, группового тренинга к формированию у пациентов устойчивых мотиваций и приверженности к немедикаментозным методам, коррекции факторов риска, нарушений поведенческого и двигательного стереотипов, а при воздействии низкоэнергетической физиотерапии — (электромагнитного излучения милли- и нанометрового диапазона, ультразвука импульсного режима) использовались транскраниальные точки акупунктуры, рефлексогенные зоны височной, позвоночной артерий, синокаротидного синуса с предварительным точечным аромамассажем композиции эфирных масел Крыма (лаванды, розы, шалфея, кориандра).

К концу пребывания пациентов на курорте отмечена статистически достоверная благоприятная динамика нарушенных показателей, подтверждённая данными катамнеза спустя 1 год после лечения. Разработаны дифференцированные показания, подготовлены 2 методических пособия.

Необходимы дальнейшие исследования по разработке программ этапной реабилитации больных с ХИМ различного генеза, перенесших ТИА, «малый инсульт», операции на магистральных артериях головы и шеи с включением климатотерапии, новых технологий ПФР, физиотерапии.

Необходима подготовка научных обоснований для интеграции лечебной, профилактической и оздоровительной медицины, необходимой для поддержания на должном уровне общественного и индивидуального здоровья населения страны, снижения смертности, инвалидизации, заболеваемости, профилактики мозгового инсульта, деменции.

УДК 618.11-006:616.89-02

Єгоров О. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Дорожня клінічна лікарня станції Харків (м. Харків)

НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ СТАН ЖІНОК ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Великий інтерес становить питання про нервово-психічний стан хворих з пухлинами жіночих статевих органів. Проте невивченим залишається питання про наявність нервово-психічних розладів після органозберігаючого лікування ранньої онкологічної патології геніталій.

Метою дослідження було вивчення нервово-психічного стану жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки. У першу групу увійшли 40 хворих із цервікальною інтраепітеліальною неоплазією III ступеня та раком шийки матки T_{is} і $T_{1a1}N_0M_0$, яким проведена електроексцизія шийки матки. Другу групу склали 40 хворих із цервікальною інтраепітеліальною неоплазією III ступеня та раком шийки матки T_{is} і $T_{1a1}N_0M_0$, яким була виконана пангістеректомія. Для виявлення актуального психічного стану, акцентування рис особистості і типів реагування на стрес використовували модифікований метод багатобічного дослідження особистості, розроблений Ф. Б. Березіним. Особистісну і реактивну тривожність оцінювали за шкалою Ю. Л. Ханіна.

Після радикального лікування з приводу передраку і початкових форм злоякісних пухлин шийки матки у хворих другої групи розвиваються нервово-психічні розлади, акцентуація характеру — в 77,5 %, відсутність відхилень спостерігалась лише у 22,5 % пацієнток. Причому розлади афективного характеру виявляються в 37,5 % хворих, неврозоподібного — в 32,5 %, психопатоподібного — 30,0 %.

Серед афективних синдромів в 17,5 % випадків спостерігалися гіпоманіакальні стани з психопатоподібною поведінкою, в 27,5 % — «безрадісні» гіпоманії, в 20,0 % — астенічна депресія, в 22,5 % — апатичні (зазвичай адинамічні) депресивні і субдепресивні стани, в 12,5 % — субдепресія циклотимоподібного типу. На тлі пониженого настрою відзначені різної виразності тривожні розлади.

із вищенаведеного видно, що у великої кількості жінок, які страждають на передрак і початковий рак шийки матки, після радикального лікування спостерігаються нервово-психічні розлади різного ступеня виразності.

Проведене психічне обстеження жінок першої групи після органозберігаючого лікування ранньої онкологічної патології шийки матки не виявило значного підвищення тривожності, занепокоєння за стан свого фізичного здоров'я (іпохондричного неврозу) у 87,5 % жінок. Крім того, органозберігаюче лікування шийки матки не призводило до зниження рівня соціальних контактів, комунікабельності, здатності підтримувати колишні і заводити нові соціальні контакти. Лише у 12,5 % пацієнток після органозберігаючого лікування при психологічному обстеженні було виявлено підвищення занепокоєння до фізичного здоров'я, нав'язливі страхи (іпохондричний невроз).

Таким чином, можна зробити висновок про те, що органозберігаюче лікування передраку і початкового раку шийки матки, на відміну від радикального, не справляє негативного впливу на нервово-психічний стан хворих.

УДК 616.831-001-036.1-092.4-085.214.31

Жиляєв С. О., Штриголь С. Ю.

Національний фармацевтичний університет (м. Харків)

ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТІВ КВЕРЦЕТИНУ (КОРВІТИНУ ТА ЛІПОФЛАВОНУ) В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

У структурі загального травматизму на черепно-мозкову травму (ЧМТ) припадає 60 % усіх випадків, а серед причин інвалідизації 25—30 %. Тяжкі форми ізольованої ЧМТ спостерігаються у 40 % випадків і смертність сягає 50 %, а при поєднаній — до 68 %. Лише у 7 % постраждалих результат лікування може бути визнано як одужання (Гарус А., 2004; Крылов В., 2004). Сучасна концепція лікування ЧМТ базується на попередженні розвитку вторинного пошкодження нервової тканини, основу якого складає ішемія та пероксидне окислення ліпідів (Bramlett H. et al., 2006; Беленичев И. Ф., 2010). Привертають увагу препарати кверцетину, ефективність яких доведена в експерименті при ішемічному ураженні внутрішніх органів — гострій нирковій недостатності, ішемічному інсульті, ушкодженні периферійних нервів (Слєсарчук В. Ю., Мамчур В. Й., 2005; Горошко О. М., 2010; Чайковский Ю. В., 2010) і в клінічній практиці при інфаркті міокарда (Ватутін Т. М., 2005). На вітчизняному фармацевтичному ринку наявні різні лікарські форми кверцетину: водорозчинна (корвітин) та ліпосомальна (ліпофлавон), які мають широкий спектр терапевтичної дії.

Мета дослідження — з'ясувати ефективність впливу корвітину та ліпофлавону на перебіг експериментальної травматичної хвороби головного мозку тяжкого ступеня з використанням фармакологічних (тести відкритого поля, обертового стрижня, плавання з навантаженням, екстраполяційного позбавлення) та біохімічних методів (вміст у головному мозку аденозинтрифосфату (АТФ), дієнових кон'югатів (ДК), малонового діальдегіду (МДА), активність супероксиддисмутази (СОД)).

ЧМТ відтворювали у статевозрілих щурів самців масою 180—220 г шляхом удару по склепінню черепа з енергією 0,425 Дж під легким ефірним наркозом (Ельский В. Н., Зяблицев С. В., 2008). Препарати вводили за 30 хв до нанесення травми у дозах 10 та 15 мг/кг за кверцетином (для корвітину відповідно 100 та 150 мг/кг, для ліпофлавону — 366 та 570 мг/кг). Референс-препаратом обрано пірацетам (200 мг/кг). При відтворенні ЧМТ летальних випадків в жодній групі не було. У групах ліпофлавону мало місце прискорене відновлення рухових функцій (66 % та 61 % відносно контролю), дещо поступався йому корвітин (53,5 %

та 58 %). Пірацетам, навпаки, сприяв подовженню непритомного стану на 64 %. Найменший регрес показників суми всіх активностей у тесті відкритого поля (ВП) спостерігався у групах корвітину та ліпофлавону у дозі 15 мг/кг за кверцетином (–25,5 % та –21,4 % відповідно), дещо їм поступалися обидва препарати в дозах 10 мг/кг (–42,1 % та –34,1 % відповідно). Найгірші показники тесту ВП зафіксовано у групах контрольної патології (КП) та пірацетаму: відповідно –61,3 % –53,8 %. Найменші порушення координації рухів зареєстровано у групах корвітину (15 мг/кг за кверцетином) та ліпофлавону (10 мг/кг): відповідно –5,6 % та –4,4 % відносно контролю. На тлі корвітину в дозі 10 мг/кг та ліпофлавону 15 мг/кг за кверцетином були мінімальними зміни фізичної витривалості (–8,1 % та –7,4 % відповідно). Подовження терміну екстраполяційного позбавлення порівняно з вихідним станом у групах препаратів кверцетину коливалися від 6,9 % до 10 %, у групі КП воно склало 25,3 %, на тлі пірацетаму — 27,8 %. Препарати корвітину у дозах 10 та 15 мг/кг за кверцетином збільшували вміст АТФ у головному мозку ($p < 0,05$ відносно груп КП та пірацетаму). Відмічено зниження вмісту ДК у групах корвітину та ліпофлавону в обох дозах ($p < 0,05$ відносно груп КП та пірацетаму). Проте при введені корвітину та ліпофлавону у дозі 10 мг/кг за кверцетином зафіксовано збільшення вмісту кінцевого продукту ПОЛ — МДА ($p < 0,05$ відносно ефекту пірацетаму). Також на тлі обох доз корвітину і ліпофлавону (10 мг/кг) збільшувалася активність СОД у головному мозку ($p < 0,05$ проти показника групи пірацетаму, де активність ферменту, навпаки, знижалася).

Препарати кверцетину ліпофлавон та корвітин реалізують церебропротективну активність в умовах ЧМТ за рахунок стимуляції антиоксидантного захисту та підвищення енергопродукції у головному мозку.

УДК 615.322:615.217.35

Завальная Е. П.*, Тондий О. Л.*, Тесленко Е. Б.**, Тридуб С. И.**, Павлова О. П.**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования, **Центральная клиническая больница «Укрзалізниці» (г. Харьков)*

МОНОТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ГИНКГО БИЛОБЫ В ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПРЕ- И МЕНОПАУЗЫ

Как известно из данных литературы и клинического опыта, препараты Гинкго Билобы влияют на процессы обмена веществ в клетках, реологические свойства крови и микроциркуляцию, а также на вазомоторные реакции крупных кровеносных сосудов; улучшает мозговое кровообращение и снабжение мозга кислородом и глюкозой; обладает сосудорасширяющим действием, препятствует агрегации тромбоцитов; нормализует метаболические процессы, оказывает антигипоксическое действие на ткани; препятствует перекисному окислению липидов и образованию свободных радикалов клеточных мембран; оказывает выраженное противоотечное действие на уровне головного мозга и в периферических тканях; при различных патологических состояниях предотвращает усиление протеолитической активности сыворотки.

Цель: изучение вегетотропного действия производных Гинкго Билобы в различных терапевтических дозах и дозозависимости эффекта у женщин в период пре- и менопаузы.

Нами было обследовано 36 женщин в возрасте от 41 до 55 лет с диагнозом: Дисциркуляторная энцефалопатия I стадии с ликворно-венозной дистензией, вегетососудистой дистонией, вестибуло-атактическим синдромом. Пациентки постоянно наблюдались у кардиолога с диагнозом «дисгормональная пре- или климактерическая гипертензия». Всем пациенткам проводилось комплексное клинико-параклиническое обследование: неврологический осмотр, клинические шкалы и опросники (опросник вегетативных дисфункций по А. М. Вейну (1998 г.), шкала общего клинического впечатления), с помощью которых проводилась количественная оценка субъективных и объективных неврологических симптомов, а также ЭЭГ, ЭКГ, УЗДГ. При необходимости поводились МРТ или КТ головного мозга. В том числе, всем пациенткам проводился осмотр гинеколога с исследованием гормонального фона, который соответствовал пре- и менопаузе.

Все обследованные женщины были произвольно разделены на две группы. В первую группу вошли 17 человек (47,2 %), которые принимали препараты Гинкго Билобы (билобил, гинкофар, танакан, мемоплант и др.) в дозе 120 мг в сутки. Вторую группу составили 19 женщин (52,8 %), которые принимали те же препараты Гинкго Билобы в дозе 240 мг в сутки. Курс лечения составлял 3 месяца. Эффективность препарата оценивали на 8-й и 12-й неделе применения. Все пациентки были повторно обследованы через 6 месяцев после начала лечения для изучения стойкости и продолжительности клинического эффекта.

До начала лечения все обследуемые предъявляли жалобы на головные боли, тяжесть в голове, головокружения, нестабильные показатели артериального давления, общую слабость, повышенную утомляемость, чувство жара или озноба, потливость, склонность к пастозности или отечности, длительные приливы, эмоциональную лабильность, провоцирующиеся физическими и эмоциональными нагрузками, метеофакторами, снижение концентрации внимания, нарушение сна.

Исходя из данных обследования, все пациентки I группы отмечали положительную динамику в лечении на 8-й и 12-й неделе приема препаратов. Из 17 пациенток 8 человек (47,1 %) отмечали уменьшение шума в ушах, 11 человек (64,7 %) — регресс головокружения, 10 пациенток (58,8 %) — уменьшение выраженности головных болей, улучшение памяти — 9 человек (52,9 %), нормализация сна — 7 человек (41,2 %).

У 6 пациенток (35,3 %) из первой группы состояние было без существенной динамики. Головные боли, головокружения, эмоциональная лабильность, выраженные приливы сохранялись до 12-й недели исследования.

Во второй группе обследуемых у 17 пациенток, принимавших 240 мг препарата в сутки, отмечалась более выраженная положительная динамика в виде уменьшения интенсивности головных болей (89,5 %), головокружений — 18 человек (94,7 %), шума в ушах — 14 человек (73,7 %), появилась «свежесть в голове» — 17 чел. (89,5 %), стабилизировались показатели артериального давления — 12 чел. (63,2 %), уменьшилась выраженность и длительность приливов — 16 чел. (84,2 %), что подтверждает антиишемический, антигипоксический, антиоксидантный и вазотропный эффект препаратов Гинкго Билобы.

У 17-ти пациенток во II группе субъективно улучшилось настроение, менее выраженной стала эмоциональная лабильность, улучшились работоспособность и общее самочувствие (100 %), нормализовался сон (11 чел. — 57,9 %), что, по-видимому, связанно с влиянием Гинкго Билобы на обмен норадреналина, серотонина и дофамина, за счет чего препараты данной группы оказывают антидепрессивный эффект.

Учитывая данные дополнительных нейрофизиологических методов исследования, следует отметить улучшение показателей мозговой гемодинамики по данным УЗДГ сосудов дуги аорты (увеличение линейной скорости кровотока, нормализация качественных показателей кривой, индексов пульсации и циркуляторного сопротивления) преимущественно в вертебробазилярном бассейне, подтверждая вазоактивный и венотонизирующий эффекты Гинкго Билобы. Данные изменения прослеживались у 32 пациенток (88,9 %).

Через 6 месяцев после начала лечения все пациентки проходили повторное обследование. Исходя из данных обследования, в I группе общее состояние оставалось стабильным у 8 пациенток (47,1 %), 9 пациенток (52,9 %) отмечали минимальный эффект. Характерным явился тот факт, что те пациентки, которые во время лечения не отмечали выраженной положительной симптоматики, через 6 месяцев отметили уменьшение интенсивности вегетативных проявлений и длительности приливов. Из пациенток II группы стойкость и продолжительность клинического эффекта отмечали 17 женщин (89,5 %), что подтверждалось стабильными показателями нейрофизиологического обследования, данными опросника вегетативных дисфункций по Вейну, шкале общего клинического впечатления и др.

Следует отметить, что длительный прием препаратов Гинкго Билобы не имел выраженных побочных явлений. У 3 пациенток во II группе отмечалась кожная аллергическая реакция, которая регрессировала после снижения дозировки до 120 мг в сутки. Незначительное количество пациенток (2 человека в I группе и 5 человек во II группе) отмечали нежелательные явления в виде тяжести в правом подреберье, дискомфорт в эпигастрии и сухость во рту, которые наблюдались во время приема препарата. При заключительной оценке жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и аллергических реакций у обследуемых не наблюдалось.

Таким образом, учитывая наши данные, можно предположить, что кроме ранее известных механизмов действия (вазоактивного, гемореологического, антиоксидантного, нейропластического, метаболического и др.), препараты Гинкго Билобы при длительном приеме в высоких дозировках обладают выраженным и достаточно стойким вегетостабилизирующим эффектом, а также имеют минимальное количество побочных явлений.

УДК: 616.89-008.434.5-08:615.851

Завгородний А. А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

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 дифференцировано проводить восстановительную терапию афатических и психовегетативных нарушений, корригировать сенсорно-моторные речевые структурно-функциональные системы человека.

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.

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 автоматической речи.

Психогигиена речевого режима и психотерапевтическая коррекция речевых нарушения способствует правильному произношения автоматической речи и восстановлению утраченных речевых функций.

УДК: 616.8:831-005.1-08:615.478

Завгородній О. О.
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

КІНЕСТЕЗІОМЕТРИ І КІНЕЗІСТИМУЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

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.

Техніка виконання:

1. 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.

2. 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.

Метою нашої роботи було визначення ефективності застосування методу кінезістимуляційної терапії у комплексній терапії хворих на ішемічний інсульт.

Нами було проаналізовано результати лікування 480 хворих (чоловіків — 231, жінок — 249) з гострим ішемічним інсультом віком від 46 до 76 років (середній вік — 60,7 ± 1,3). Діагноз ішемічного інсульту встановлювали на основі клініко-анамнестичних даних та результатів інструментальних методів дослідження (комп'ютерна томографія, УЗДГ МАГ та ТКДГ). Ступінь порушення неврологічних функцій оцінювали на час госпіталізації, на 7-му та 14-ту добу захворювання за шкалою NIHSS. Рівень повсякденної життєвої активності (функціональний статус) оцінювали за індексом Бартел. Пацієнти були поділені на 2 групи. Перша контрольна група — 227 хворих, віком від 48 до 74 років (середній вік — 60,1 ± 1,2 роки), отримували стандартну терапію відповідно до клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на ішемічний інсульт. Друга група — 253 пацієнти, віком від 46 до 76 років (середній вік — 61,3 ± 1,6 роки), яким окрім стандартної терапії призначали кінезістимуляційну терапію з 4 по 14 добу захворювання. В результаті застосування методу кінезістимуляційної терапії у хворих на ішемічний інсульт у більш короткий строк (на 4—6 діб раніше, ніж при використанні стандартної фармакотерапії) спостерігалось покращання функціонального стану нервової системи, нормалізувались показники артеріального тиску, покращився сон. Показники неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS на фоні застосування методу кінезістимуляційної терапії на 14 добу захворювання становили 10,08 ± 0,2 балів (в контрольній групі — 11,9 ± 0,3 балів). Під час оцінки неврологічного статусу за шкалою Бартел при використанні методу кінезістимуляційної терапії спостерігалося краще відновлення функціонального стану.

В результаті проведених досліджень встановлено доцільність застосування методу кінезістимуляційної терапії у комплексній терапії хворих на ішемічний інсульт. Кінестезіометри розвивають м'язову силу, рухомість суглобів, покращують координацію рухів та рівновагу, зменшують підвищений тонус м'язів, попереджують та ліквідують контрактури.

УДК 616.831-005: 616-001.28

Здесенко И. В.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Изменения со стороны центральной нервной системы у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС, имеют сложную синдромальную структуру, отличаются выраженным полиморфизмом, метеозависимостью, этапностью течения, наличием в клинической картине пароксизмальных состояний.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей формирования и течения синдрома пароксизмальных состояний у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС.

Было обследовано 300 больных, участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, мужчин в возрасте от 35 до 55 лет. Доза внешнего облучения у них не превышала 1 Грея. Проводились клинические, биохимические, иммунологические, электрофизиологические методы исследования, нейровизуализация, сонодопплерография.

На начальных этапах обследования (1986—1992 гг.) отмечались выраженные клинические проявления (идентичные дисциркуляторным) с преобладанием (более чем у 54 % обследованных) разнообразных, сложных по своей структуре, богатых полиморфизмом и вариативностью пароксизмальных состояний. Отмечались цефалгические, синкопальные, вегетативно-сосудистые, вегетативно-висцеральные, диэнцефально-стволовые и эпилептические приступы (4,5 %). Наиболее часто пароксизмальные состояния отмечались в группе больных с дисциркуляторной энцефалопатией (60,9 %). Большая частота пароксизмальных состояний, их выраженность, устойчивость к традиционной противопароксизмальной терапии приводили к социально-трудовой дезадаптации и инвалидизации большого контингента больных. В дальнейшем (с 1993 г.), с нарастанием органической симптоматики и формированием гипертонической болезни, церебрального атеросклероза, энцефалопатии пароксизмальные состояния становились менее вариативными и разнообразными, отмечалось их своеобразное «обеднение». Они протекали тяжелее, с превалированием сосудистого компонента по типу гипертонических, вестибулярных кризов, транзиторных ишемических атак с соответствующими очаговыми знаками. Во всех группах наиболее частыми были синкопальные и вегетативно-сосудистые пароксизмы симпато-адреналового типа.

Такая динамика, очевидно, обусловлена тем, что у этих больных в развитии патологии головного мозга на начальных этапах играли большую роль симптомы раздражения в ответ на действие малых доз ионизирующего излучения, проявляющиеся бурной клинической картиной, нарушениями гемо- и ликвородинамики, выраженными пароксизмальными состояниями, биохимическими нарушениями. Их можно рассматривать как защитно-приспособительные, отражающие реакцию мозга на воздействие ионизирующей радиации. В дальнейшем эти изменения, стойко закрепляясь, становились патологическими и приводили к структурным нарушениям. На этом этапе дебютируют, присоединяясь к клинической картине, симптомы «выпадения», «молчавшие» вначале процесса, которые, возможно, обусловлены непосредственным повреждением на микроуровне нейронов головного мозга.

Предложена система дифференцированных, уровневых, лечебно-реабилитационных, социотерапевтических мероприятий, которая дает возможность добиться коррекции выявленных нарушений и приводит к стойкой медицинской, трудовой и социальной адаптации пострадавших.

УДК: 616.831-092.18: 616.839.6- 06: 616.12-008.331.4

Зинченко Е. К.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

В настоящее время активно рассматривается вопрос о роли артериальной гипотонии в составе различных неврологических симптомокомплексов. Данная проблема имеет множество нерешенных функциональных и социальных проявлений, и, несмотря на то, что артериальная гипотония представляет собой мультифакториальную патологию, в настоящее время она рассматривается преимущественно с точки зрения различных типов нарушения гемодинамики в структуре цереброваскулярной патологии, атеросклероза и гипертонической болезни. Тем не менее изучение этиологии и патогенеза данной патологии представляет несомненный интерес и социальную значимость поскольку распространенность артериальной гипотонии среди взрослого населения составляет от 4,2 до 32,4 %, в возрасте от 20 до 45 лет.

Актуальностью нашей работы является выяснение тонких механизмов нарушения регуляции при различных клинических формах АГ с целью выбора тактики индивидуального лечения. В настоящий момент такие механизмы изучены недостаточно, поэтому целесообразно изучение особенностей взаимодействия нейроиммуноэндокринной системы, как регулятора адаптационного резерва у больных с артериальной гипотонией, выступающей в составе неврологических симптомокомплексов.

В нашем исследовании приняли участие 201 пациент с артериальной гипотонией, перенесших закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ), страдающих церебральным арахноидитом и пациенты с вегетативной дисфункцией (ВД) в возрасте от 18 до 46 лет. В первую группу вошли 89 больных с ВД, во вторую группу — 50 больных в отдаленном периоде ЗЧМТ и третью группу составили пациенты с церебральным арахноидитом — 62 человека. Из них 146 пациентов — женщины, а 55 — мужчины. Контрольную группу составили 28 здоровых обследованных с артериальной гипотонией, являющейся индивидуальным вариантом нормы, с отсутствием жалоб, объективных нарушений и достаточным уровнем адаптации. Из них мужчин — 10 человек, а женщин — 18.

В результате проведенного комплекса клинико-функциональных и лабораторных методов обследования мы пришли к выводу о том, что большинство людей, которые изначально являются вегетативно стигматизированными, могут с течением жизни подвергаться влиянию различных неблагоприятных внешних и внутренних стрессорных воздействий, способных внести дезорганизацию в деятельность одной из основных регуляторных систем организма — нейроиммуноэндокринную и приводить к нарушению компенсаторно-адаптационных реакций организма. В контексте нашей работы — это травматическое повреждение ЦНС, наличие в организме хронических очагов инфекции тонзиллогенной и ринногенной этиологии, которые периодически обостряются, а также воздействие эмоционального стресса, являющегося одной из основных причин развития многочисленных заболеваний, как соматических, которые относятся к группе психосоматических заболеваний, так и заболеваний с поражением центральной нервной системы. Влияние этих стрессорных факторов приводит с течением времени к формированию неврологических симптомокомплексов, в состав которых входят синдромы ликворно-венозной дистензии, синдром поражения различных структур головного мозга, а также синдром вегетативной дистонии, протекающий по гипотоническому типу, тем самым затрудняя традиционные подходы к лечению вышеописанной патологии.

УДК: 616.831-005.1:616.1-06

Зозуля І. С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ТА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Серцево-судинні захворювання залишаються основною причиною смерті у більшості країн світу, складаючи 40 % усіх випадків. В Україні серцево-судинні захворювання зумовлюють понад 60 % всіх смертей. Ішемічна хвороба серця займає друге місце (після церебрально-васкулярної патології) серед причин, що приводять до передчасної смерті та інвалідності.

Серцево-судинні захворювання, такі як гострий коронарний синдром, фіб-риляція та тріпотіння передсердь, декомпенсована застійна серцева недостатність можуть як передувати, так і ускладнювати перебіг інфаркту мозку.

Метою нашої роботи було вивчити взаємозв'язок і взаємообумовленість гострого коронарного синдрому й ішемічного інсульту з метою їх корекції.

Обстежено 75 хворих з гострим ішемічним інсультом, у яких виявлено серцево-судинну патологію у вигляді гострого коронарного синдрому.

Використовували загальноневрологічне та кардіологічне обстеження, візуалізаційні методи (МРТ, КТ, УЗДГ, ЕКГ, ЕХО КГ), моніторинг серцевої діяльності.

Встановлено, що гострий коронарний синдром включає нестабільну стенокардію, гострий не-Q інфаркт міокарда і гострий інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST. Ускладнити перебіг гострого коронарного синдрому можуть такі ішемічні події в головному мозку як гемодинамічний інфаркт мозку, ТІА, синкопальний стан, гостра гіпоксична енцефалопатія.

А гемодинамічний інсульт, в свою чергу, зумовлений гіпоперфузією в результаті зниження хвилинного об'єму крові внаслідок гострого коронарного синдрому, кардіоміопатією, постінфарктного кардіосклерозу і зниженням церебрального перфузійного тиску (ЦПТ). Нормальним вважається ЦПТ 70—100 мм рт. ст. При ЦПТ 25—50 мм рт. ст. виникають метаболічні розлади, що призводять до ішемії та зниження електричної активності мозку.

До найбільш частих причин гемодинамічного інсульту належать безбольова ішемія міокарда, постійна форма фібриляції передсердь, синдром слабкості синусового вузла, пароксизмальна форма фібриляції передсердь.

Багатогранний патогенез серцево-судинних катастроф, що характеризуються гострим коронарним синдромом і ішемічними порушеннями мозку, визначає особливості лікування цієї патології. В першу чергу це стосується артеріального тиску (АТ). АТ потрібно знижувати при інфаркті мозку якщо він перевищує 220/120 мм рт. ст. При застосуванні тромболітичної терапії АТ повинен бути нижче 180/110 мм рт. ст. АТ необхідно знижувати хворим, у яких маніфестує гострий коронарний синдром.

В терапії поєднаного кардіоцеребрального пошкодження першочерговим завданням є реваскуляризація в зоні ішемічного пошкодження міокарда. Препаратом першого ряду є стрептокіназа. При поєднанні гострого коронарного синдрому і ішемічного інсульту протипоказаний тромболізис при обширному інфаркті мозку (більше 1/3 гемісфери на КТ).

Усі пацієнти з гострим коронарним синдромом якомога раніше повинні отримувати аспірин, клопідогрель і антикоагулянти. Пацієнтам з інфарктом мозку аспірин призначається протягом 24 годин з моменту госпіталізації, або лише через 24 години після тромболізису.

При наявності середнього і тяжкого ішемічного інсульту (ураження 1/3 гемісфери) антикоагулянти протипоказані. Потребує використання β-блокаторів та препаратів ІАПФ у пацієнтів з артеріальною гіпертензією і гострим коронарним синдромом на фоні ішемічного інсульту.

Поєднання цереброваскулярної і серцево-судинної патології асоціюється з високою смертністю, тому вимагає від клініциста кропіткого і диференційованого підходу у визначенні етіопатогенетичних і терапевтичних алгоритмів ведення цієї категорії пацієнтів.

УДК 616.853-053.4-07-08:615.213

Зозуля І. С., Нечай А. Ф.*,***

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Міська дитяча клінічна лікарня № 1** (м. Київ)*

ГЕНЕРАЛІЗОВАНА ЕПІЛЕПСІЯ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ: ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Найвищий рівень захворюваності на епілепсію спостерігається у дітей молодше 1 року життя (від 100 до 233/100000), а у ранньому віці сягає 60/100000 (Hauser, 2001; Jallon, 2002). В Україні у 2010 р. поширеність епілепсії становила 3,10, захворюваність — 0,47 на 1000 дітей (М. К. Хобзей, 2010). Генералізовані епілепсії в дитячому віці спостерігаються у 27 % до 48 % та переважають у віковій групі від 0 до 5 років (Sillanpää,1999; Eriksson,1997).

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування дітей раннього віку, хворих на генералізовані форми епілепсії.

Обстежено 215 хворих дітей віком від 1 місяця до 3 років, які звернулися з приводу генералізованих нападів. Основна група — 142 дитини, які спостерігалися у неврологічному відділенні МДКЛ № 1 м. Києва протягом 2009—2011 рр., складалася з 73 хлопчиків (51,4 ± 4,2 %) і 69 дівчаток (48,6 % ± 4,2 %); середній вік — 15,4 ± 0,8 міс. Контрольна група — 73 дитини, які спостерігалися у тому ж закладі протягом 1999—2000 рр., коли не застосовувався запропонований алгоритм. Оцінка важкості перебігу епілепсії проводилася згідно з принципом, запропонованим Болдиревим А. І. (1984). Статистичне оброблення даних проводили за допомогою програм STATISTICA 5.0 та MS Excel XP.

Серед 142 хворих основної групи у 73 (51,4 ± 4,2 %) було підтверджено діагноз генералізованих форм епілепсії. Пацієнти з генералізованою епілепсією складали різнорідну групу з піком дебюту у перші 6 місяців життя (56,2 %), переважно важким перебігом хвороби з частими (щоденними) епілептичними припадками (72,6 %); у 49 (67,1 ± 5,5 %) з них мала місце класична генералізована пік-хвильова ЕЕГ-активність; у 24 (32,9 ± 5,5 %) на інтериктальних ЕЕГ виявлено фокальні епілептиформні розряди або епілептиформна активність була відсутня. Встановлено, що важчий перебіг епілептичної хвороби мав місце у хворих з раннім дебютом та за умов важкого неврологічного дефіциту, при наявності МРТ-ознак ураження структур головного мозку ($p < 0,05$). За клінічними та параклінічними ознаками у 40 (54,8 ± 5,8 %) хворих вдалося встановити специфічні клініко-нейрофізіологічні синдроми (серед них синдром Веста — у 82,5 %). У 69 (48,6 ± 4,2 %) пацієнтів основної групи було встановлено неепілептичну природу пароксизмальних станів; у 29 (42 %) з них напади дебютували у віці від 7 до 12 місяців; на інтериктальних ЕЕГ відхилення від вікової норми спостерігалися у 17,5 %. Запропонований алгоритм диференціальної діагностики генералізованої епілепсії та неепілептичних пароксизмів дозволив оптимізувати діагностику епілепсії, особливо за умов недостатньо широкого впровадження ЕЕГ-моніторингу.

Найбільш ефективним в лікуванні хворих з генералізованими формами епілепсії було застосування препаратів вальпроєвої кислоти, особливо при симптоматичній, ідіопатичній формах, у пацієнтів з генетичними вадами (у 74 % вдалося досягти медикаментозної ремісії або зниження кількості припадків на 50 % і більше); та у хворих на синдром Веста без МРТ-ознак структурного ураження головного мозку або зі структурними порушеннями, які настали внаслідок гіпоксично-ішемічного ураження головного мозку в перинатальному періоді (ремісія — у 40 %). Застосування кортикостероїдів (як монотерапія та у комбінації з вальпроатами) було ефективним при синдромі Веста різного походження, а також при лікуванні пацієнтів з резистентними нейрофізіологічно-клінічними епілептичними синдромами (синдром Отахара). Застосування піридоксину гідрохлориду у добовій дозі 50—100 мг виявилося ефективним у 2 пацієнтів з синдромом Веста.

УДК:616.851-005.8-002.1-035

І. С. Зозуля*, В. В. Ніконов**, Т. В. Мироненко, А. І. Зозуля****

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ), Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)**, Луганський державний медичний університет (м. Луганськ)****

НЕЙРОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МОЗКУ: СУЧАСНИЙ ВИМІР

Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) залишаються однією із найбільш актуальних медико-соціальних проблем. Їхня якісна діагностика, лікування і профілактика є складною і важливою задачею неврології і, насамперед, через складність завдань, що стоять перед лікарями.

Частота виникнення інсультів у світі складає біля 200 випадків на 100 тис. населення щорічно (в Росії 350—530, в Україні 180—220). Для США інсульт є третьою за частотою причиною смерті, для країн Європи — другою, для мегаполісів Росії — першою.

Сьогодні гостро стоїть питання щодо нових технологій лікування гострого ішемічного інсульту на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі, можливості застосування тромболітичної, нейропротекторної терапії та нейрохірургічного втручання. Враховуючи часові параметри, всі ці методи повинні здійснюватися протягом перших 3—6 годин. Встановлено, що ефективність тромболітичної терапії зберігається 4,5 години, та існує багато протипоказань до її застосування. Нейрохірургічні втручання виконуються в основному при патології магістральних судин голови і шиї (атеросклеротичні ураження, тромбози, подовження). Проте, ці методи лікування застосовують лише в клініках великих міст.

Сьогодні все більшого масштабу набирає нейропротекторна терапія, яку можна і потрібно проводити в усіх випадках ішемічного інсульту. Нейропротекторна терапія може використовуватись перед, або під час нейрохірургічних втручань і тромболітичної терапії. Головним і ефективним нейропротектором на сьогодні є цитиколін. Він дійсно сприяє зменшенню ураження мозку при ішемії.

В Україні використовується новий нейропртектор Нейроксон (вітчизняний цитиколін виробництва Корпорації «Артеріум»).

Метою нашої роботи було вивчення ефективності застосування цитиколінів Цераксон і Нейроксон у хворих з гострим ішемічним інфарктом мозку.

Проведено рандомізоване дослідження 60 пацієнтів з інфарктом мозку в гострий період у віці від 35 до 60 років, які були поділені на 2 рівні групи. Перша група отримувала Цераксон в дозі 1000 мг, друга — Нейроксон в аналогічній дозі. Лікування пацієнтів обох груп проводили відповідно до міжнародних рекомендації. Включення пацієнтів у дослідження проводили з урахуванням етичних норм після скрупульозної оцінки всіх пунктів протоколу дослідження.

Верифікація діагнозу здійснювалася за допомогою візуалізаційних методів (КТ, МРТ, УЗДГ). Ступінь порушень неврологічних функцій оцінювали в балах за шкалами NIHSS, MMSE, Бартел та ін. Дослідження проводили в перші години після надходження хворого (3—6—12), на 5—7 і 15 добу перебування в стаціонарі.

При надходженні у відділення неврологічні порушення тяжкого ступеня були у 20 пацієнтів, дуже тяжкого — у 12, середньої тяжкості — у 18, легкого — у 10 пацієнтів. В неврологічному статусі у 83,15 % пацієнтів спостерігалися рухові порушення, у 92 % — порушення координації і у 85 % — порушення чутливості, у 55 % — моторна, сенсорна або змішана афазія. За шкалою MMSE у 78 пацієнтів зареєстровано когнітивні розлади. Індекс Бартел складав 77,1 ± 1,9 бали. Тяжкість інсульту складала в середньому 6,10 ± 0,09 бали. Після проведеного лікування цитиколінами (Цераксоном і Нейроксоном) практично у всіх хворих стан значно покращився, що виражалося регресом симптомів.

Слід відмітити, що кращий позитивний результат був у хворих, які отримували цитиколіни з перших 60 хвилин надходження (3—6 годин від початку інсульту) і у молодих пацієнтів. Зіставлення клініки і об'єктивних даних обох груп показало, що динаміка показників була однаковою і різниця між ними була статистично незначимою.

Встановлено, що значна позитивна динаміка при використанні Цераксона і Нейроксона спостерігалася уже на 7 добу. В процесі лікування у вкрай важких хворих дозу препаратів збільшували до 2000 мг.

За даними МРТ, КТ виявлена позитивна динаміка, яка проявлялася зменшенням набряку мозку, зони пенумбри і об'єму зони ураження мозку.

Наші дослідження показали, що під впливом цитиколінів Цераксону і Нейроксону у хворих з гострим інфарктом мозку було статистично значимим зменшення в однаковій степені неврологічних симптомів, відновлення свідомості, когнітивних функцій, емоційної сфери.

Вітчизняний цитиколін — Нейроксон за всіма параметрами відповідає Цераксону і в такому ж ступені впливає на перебіг гострого інфаркту мозку.

Раннє включення в терапію гострого інфаркту мозку в адекватних дозах приводить до значного клінічного покращання, зменшенню інвалідизації і підвищенню якості життя.

Враховуючи властивості Нейроксону, його рекомендується вводити в самі ранні строки після початку інсульту, враховуючи догоспітальний етап.

УДК 616.832-004.2-036.11+615.82

Иванова М. Ф., Евтушенко С. К., Симонян В. А., Бридун И. И.

Центр демиелинизирующих заболеваний нервной системы, ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк)

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ПУЛЬС-ТЕРАПИИ В КУПИРОВАНИИ ОБОСТРЕНИЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Рассеянный склероз (РС) — мультифакториальное, с аутоиммунным механизмом, хроническое прогрессирующее воспалительно-нейродегенеративное, демиелинизирующее заболевание, при котором поражается миелиновая оболочка нервных волокон центральной и периферической нервной системы. Болезнь возникает чаще всего в молодом возрасте, включая детей, и является наиболее частой причиной инвалидизации пациентов. Патогенетическая терапия направлена на предупреждение деструкции ткани мозга активированными клетками иммунной системы. В связи с этим актуальным является повышение эффективности и безопасности лечения обострений РС с использованием международных протоколов и доказанных методов — пульс-терапии и плазмафереза.

Цель: повысить эффективность модифицированных методик лечения обострений РС с использованием дискретного малообъемного плазмафереза (ДМП) и экстракорпорального насыщения полученной крови пациента метилпреднизолоном для проведения пульс-терапии.

За период с 2003 года в клинике неврологии ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака НАМН Украины» находилось 739 пациентов с достоверным рассеянным склерозом (481 жен., 258 муж.), средний возраст составил 23 ± 2,5 года.

Достоверный РС был установлен на основании критериев МакДональда (2005, 2010) с учетом расширенной шкалы оценки степени инвалидизации EDSS (Expanded Disability Status Scale). Тяжесть по шкале EDSS пациентов с ремиттирующерецидивирующим течением РС при обострении составляла 2,5—6,5 баллов.

С 2008 года 42 пациентам при обострении РС проведен ДМП и экстракорпоральное насыщение полученной крайней порции глобулярного компонента крови пациента метилпреднизолоном для проведения пульс-терапии (суммарная доза метилпреднизолона 3000—5000 мг в зависимости от тяжести обострения на курс). Для проведения ДМП использовали центрифугу «ОС-6М», пластиковые контейнеры «Гермакон-500/300». В качестве сосудистого доступа использовали одну из периферических вен. В целом объем плазмафереза составлял 900—1200 мл за сеанс.

Результаты лечения оценивали по данным неврологического статуса, общего состояния, субъективных ощущений больных, динамики по шкале EDSS, длительности пребывания в стационаре, катамнеза.

Осложнений в вышеописанной схеме терапии не было. Обращало на себя внимание, что при проведении сочетанной методики ДМП с экстракорпоральной пульс-терапией уже через 10—15 дней в 62 % случаев наступал регресс неврологических нарушений, в 38 % — отмечалось улучшение в виде увеличения мышечной силы в среднем на 1—2 балла, уменьшения выраженности атаксии, улучшения зрения, функции тазовых органов. Тяжесть по шкале EDSS при выписке составляла от 1,5 до 3,5 баллов после проведенной терапии. У 8 пациентов возникшие последующие обострения протекали с менее выраженным неврологическим дефицитом, чем при традиционной схеме терапии. У 27 наблюдаемых пациентов в катамнезе (за период от 2—4 лет) нет обострений.

Сочетанное применение ДМП и пульс-терапии является достаточно эффективным, относительно недорогим (хотя и требует наличия специальной аппаратуры) методом лечения, воздействующим на патогенетические аутоиммунные механизмы обострений при РС. Модифицированная методика позволяет более эффективно и значительно быстрее купировать обострение заболевания, ускоряет регресс неврологических симптомов, уменьшает степень выраженности неврологического дефицита при последующих обострениях.

УДК 616.831-001.31:615.846

Н. Э. Казарян, С. К. Евтушенко, В. А. Симонян

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк)

РОЛЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ИЗУЧЕНИИ ДИНАМИКИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Применение транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) дает возможность объективного изучения характера и динамики нейрофизиологических изменений в раннем восстановительном периоде тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Цель и задачи исследования: определение особенностей изменения ТМС-параметров у пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ, и выявление закономерностей их изменений в раннем восстановительном периоде.

Обследовано 7 пациентов, перенесших закрытую тяжелую ЧМТ — ушиб головного мозга, осложненный длительным коматозным состоянием (степень тяжести по шкале Глазго 5—9 баллов); из них 5 мужчин, 2 женщины; средний возраст — 21 ± 4,7 года.

В клинической картине в раннем восстановительном периоде присутствовали: нарушение речи (тотальная моторно-сенсорной афазия — 3 чел., частичная моторно-сенсорная афазия — 4 чел.), признаки выраженного когнитивного снижения, спастический тетрапарез (до плегии на контрлатеральной очагу поражения стороне с формированием сгибательных контрактур в суставах верхних и нижних конечностей).

При поступлении всем пациентам проводилось ТМС-исследование с регистрацией ВМО с Abductor pollicis brevis с обеих сторон с помощью транскраниального магнитного стимулятора Mag Pro Medtronic (Дания) и нейромиографического комплекса «Нейро-МВП» (Россия).

Повторное исследование проводилось через 1 мес., после курса нейрофизиологической реабилитации. Клинически, при этом, у всех пациентов отмечалась положительная динамика в виде снижения степени спастичности в конечностях, улучшения речевых функций, уменьшения выраженности когнитивного дефицита.

При стимуляции коры головного мозга на стороне поражения с *m. Abductor pollicis brevis* у всех пациентов получены деформированные низкоамплитудные ВМО со значительным увеличением ВЦМП (на 96 ± 24 %), длительности ответа; выраженное снижение амплитудного коэффициента (Авмо/Ам × 100 %).

При стимуляции на противоположной очагу стороне получены деформированные высокоамплитудные ВМО; латентность и амплитудный коэффициент при этом колебались в пределах нормативных показателей. Увеличение амплитуды ВМО коррелировало с выраженностью спастического гипертонуса в конечностях.

Характерным для всех больных являлось выраженное повышение порога ВМО на стороне поражения и наличие ипсилатеральных ответов.

Повторное исследование после проведенного лечения выявило следующие закономерные изменения: а) при стимуляции на стороне поражения отмечалась тенденция к восстановлению ВЦМП (увеличение ВЦМП составляло 78 ± 12 %), имело место относительное увеличение амплитуды ВМО и амплитудного коэффициента; б) при стимуляции на контрлатеральной очагу поражения стороне имело место снижение амплитуды ВМО и амплитудного коэффициента от первоначального уровня.

Полученные данные выявляют особенности нейрофизиологических сдвигов в раннем периоде тяжелой ЧМТ, указывающие на выраженное снижение вовлекаемости мотонейронов головного мозга в стимуляцию (повышение порога ВМО, снижение амплитуды), наличие демиелинизирующего процесса (увеличение ВЦМП) — на стороне поражения.

Особенности ТМС-параметров на контрлатеральной стороне свидетельствуют о наличии менее выраженных патологических сдвигов и включении компенсаторных нейромедиаторных процессов, подавляющих ГАМК-ергическую импульсацию.

Динамика обратного развития патологических сдвигов коррелировала с положительной динамикой в клинической картине.

Выявлены особенности и динамика нейрофизиологических сдвигов в раннем восстановительном периоде тяжелой ЧМТ. Полученные данные позволяют выработать более целенаправленное патогенетическое лечение, а также могут быть использованы для оценки прогноза и темпов восстановительных процессов у пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ.

УДК 616.857:612.13-08

Калашников В. И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ МИГРЕНОЗНОГО ПРИСТУПА

На сегодняшний день одним из наиболее распространенных видов первичной головной боли является мигрень, распространенность которой в популяции достигает 20—25 %. Диагностика и дифференцированное лечение мигренозных приступов являются актуальными задачами современной неврологии. Применение метода допплерографии в оценке состояния церебральной гемодинамики у данных пациентов способно уточнить особенности патогенетических механизмов при различных вариантах мигренозного приступа.

Цель исследования: изучение состояние церебральной гемодинамики в фазе приступа у больных с мигренью.

Было обследовано 23 пациента в возрасте от 20 до 35 лет (мужчин — 9, женщин — 14). Больные были распределены на 2 группы: 1 группа — 13 больных с приступами по типу мигрени без ауры. В группу 2 были включены 10 пациентов с мигренозными приступами по типу мигрени с аурой. Контрольную группу составили 20 испытуемых соответствующего пола и возраста.

Состояние мозговой гемодинамики изучали при помощи транскраниального допплеровского аппарата «Ангиодин» производства фирмы БИОСС (Москва, Россия). Исследовали показатели линейной скорости кровотока (ЛСК), а также индексы резистентности (RI) во внутренних сонных (ВСА), средних мозговых (СМА), наружных сонных (НСА), позвоночных (ПА) артериях.

Исследование скоростных показателей (ЛСК) в церебральных артериях выявили следующие закономерности.

У больных обеих групп показатели ЛСК и RI по ВСА не отличалась от нормативных показателей, также не отличались от нормы показатели RI по ПА в обеих группах, в 1-й группе показатели кровотока по СМА несколько превышали аналогичные в контрольной группе (65,7 ± 8,1 см/с), при этом значения RI были ниже нормативных (0,62 ± 5,5). У пациентов 2-й группы отмечалось снижение скоростных показателей в СМА (58,4 ± 6,3 см/с), ПА (29,8 ± 7,3 см/с), при увеличении в данной группе значений RI по СМА (0,84 ± 7,3), также в данной группе у большинства пациентов (58,9 %) отмечались асимметрии скорости потока (25—30 %) в СМА и ПА. Скоростные параметры и показатели RI в НСА были снижены в обеих группах, (0,68 ± 5,2 в 1-й группе и 0,67 ± 8,3 во 2-й группе), что, вероятно, связано с их расширением в момент приступа.

Церебральная гемодинамика в средних мозговых артериях при мигренозном приступе характеризуется паттерном вазоспазма при мигрени без ауры и паттерном затрудненной перфузии при мигрени с аурой. Особенностью гемодинамики при мигренозном приступе является избыточное кровенаполнение наружных сонных артерий.

Допплерографическая оценка исследований церебральной гемодинамики является обоснованным в клинико-функциональном исследовании различных вариантов мигренозного приступа.

УДК 616.858-008.6:615.214.8

И. Н. Карабань, Н. В. Карабань, Н. В. Карасевич
ГУ «Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины» (г. Киев)

ПРИМЕНЕНИЕ ПРАМИПЕКСОЛА НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Стратегия дофаминергической терапии остается ведущей на всех стадиях клинического течения болезни Паркинсона (БП). Ведущую роль в развитии многочисленных осложнений длительной терапии леводопасодержащими препаратами и, в частности, двигательных флюктуаций и дискинезий играет нарушение непрерывной тонической стимуляции постсинаптических ДА-рецепторов в условиях дробного приема леводопы и формирование их денервационной гиперчувствительности. В связи с этим применение агониста ДА-рецепторов Прамипексола является патогенетически обоснованным, поскольку препарат отличается высокой селективностью действия в отношении Д2-рецепторов, обладает наиболее выраженным сродством к Д3-рецепторам.

Цель исследования: Изучить эффективность влияния Прамипексола (Мирапекса) на леводопа-индуцированные двигательные осложнения у больных БП. Обследовано 46 больных БП, со стадией заболевания 2,0—3,0 по Хену — Яру в возрасте 48—62 года, с продолжительностью заболевания от 5 до 8 лет. Средняя суточная доза препаратов леводопы на момент включения в исследование равнялась 731,6 ± 125,8 мг. У всех больных наблюдался феномен «истощения действия разовой дозы», наличие периодов «включения-выключения», двухфазная дискинезия. Мирапекс назначали в средней дозе 1,5—2,0 мг/сутки в течение 30 дней. Оценку эффективности лечения проводили по динамике показателей унифицированной шкалы оценки БП (UPDRS), шкалы Бэка, Спилбергера, теста Лурия, с помощью оценки процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ).

На фоне лечения Мирапексом отмечено уменьшение суммарного балла по разделу I UPDRS (на 10 %), повседневной активности по разделу II (на 23,4 %), динамика двигательных функций по разделу III (16,1 %), значительное уменьшение двигательных флюктуаций и леводопа-индуцированных дискинезий по IV разделу (на 18,5 %), сокращение ежедневного периода «выключения» в среднем на 1,6 часа. К концу 4-й недели лечения суммарный моторный балл UPDRS снижался с 96,6 ± 4,1 до 79,8 ± 6,5 ($p < 0,05$), уменьшалась выраженность и амплитуда тремора покоя. Установлено позитивное влияние Мирапекса на нейропсихологические и эмоционально-аффективные нарушения. Так, уменьшение выраженности депрессии наблюдалось у 62 % пациентов, при этом тяжесть депрессии уменьшилась с 15,2 ± 2,3 до 10,4 ± 1,8 баллов ($p < 0,01$). Антидепрессивный эффект Мирапекса отмечался на 10—15 день лечения при дозе 1,0—1,5 мг/сутки. Положительная динамика клинических симптомов под влиянием Мирапекса совпадала в 64,2 % наблюдений с улучшением показателей ПОЛ/АОС, увеличением активности СОД (с 2,33 ± 0,26 до 3,81 ± 0,42, $p < 0,01$) и антиоксидантного фактора (с 850,7 ± 155,2 до 1077,0 ± 141,4, $p < 0,05$).

Показана высокая эффективность Мирапекса у больных с выраженными стадиями БП. Показана способность агониста ДА-рецепторов Мирапекса снижать моторные осложнения, вызванные многолетней леводопа-терапией, в связи с чем препарат рационально применять у больных БП как патогенетически значимое средство в комплексном лечении заболевания. Пациентам, длительно принимающим Мирапекс (прамипексол) с положительной динамикой, целесообразно рекомендовать новую форму препарата — Мирапекс продленного действия с пролонгированным освобождением в той же суточной дозе 1 раз в день утром. Можно полагать, что этот препарат в самое ближайшее время займет достойное место в стратегии лечения БП, позволяя эффективно контролировать клинические симптомы заболевания, предотвращать или отсрочивать развитие осложнений хронической леводопа-терапии.

УДК 616.858-008.6-071-092

И. Н. Карабань, Н. В. Карасевич
ГУ «Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины» (г. Киев)

ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИКО-СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПОСТУРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Снижение устойчивости вертикальной позы является одним из наиболее частых симптомов клинической картины при болезнях движения и в, частности, при болезни Паркинсона (БП). Нарушение постурального контроля является одним из наиболее инвалидизирующих симптомов болезни Паркинсона, поскольку увеличивает возможность падений как при стоянии, так и при движении больных, что приводит к увеличению их функциональной зависимости и снижению качества жизни. Механизмы нарушения постуральной стабильности при болезни Паркинсона до сих пор до конца не установлены.

Существует мнение, что постуральная неустойчивость при болезни Паркинсона может быть связана с нарушением программирования подготовительных установочных позных реакций в связи с поражением базальных ганглиев, а также с наличием ригидности, акинезии и временной задержкой движений центрального генеза. Существует также достаточно обоснованная гипотеза, согласно которой развитие постуральной нестабильности связано с вовлечением в патологический процесс недофаминергических структур, которые ответственны за регуляцию постурального контроля.

Считают, что нарушение ходьбы следует рассматривать как самостоятельное проявление БП, которое имеет особый патогенез, требует специфического подхода к коррекции и по праву может считаться пятым кардинальным признаком паркинсонизма, наряду с брадикинезией, ригидностью, тремором покоя

и нарушением постуральных рефлексов. Нарушения ходьбы при БП, как и постуральная неустойчивость, относительно резистентны к основным дофаминергическим препаратам. В связи с этим исследование феноменологии и механизмов нарушений ходьбы при БП имеет решающее значение для поиска методов коррекции этих проявлений.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-кинематических особенностей нарушений ходьбы и постуральной устойчивости при разных стадиях БП и возможность их коррекции с помощью специального костюма аксиального нагружения «Регент».

Обследовано 28 больных болезнью Паркинсона и 12 практически здоровых лиц соответствующего возраста (контроль). Средний возраст больных 62,4 ± 5,6 года, длительность заболевания от 3 до 8 лет (в среднем 5,5 ± 2,7 лет). Пациенты были разделены на две группы: с ранними стадиями заболевания (2,0—2,5 ст. по Хену — Яру) — 12 больных и с поздними стадиями заболевания (3,0—4,0 по Хену — Яру) — 16 больных. Всем больным проводилось комплексное клинико-неврологическое обследование с количественной оценкой выявленных изменений с помощью III части шкалы UPDRS. Постуральная неустойчивость оценивалась с применением компьютерного стабилоанализатора «Стабилан-01» со зрительной обратной связью. Оценивалась статическая стабильность вертикального положения (по площади статокинезиграммы) и динамическая стабильность с помощью теста на устойчивость при произвольном смещении корпуса в каждом из 4 направлений. Для коррекции постуральных нарушений применяли обучение произвольному перемещению центра давления (ЦД) в процессе курсового использования костюма «Регент». Установлено, что у больных БП значительно нарушено обучение общей стратегии управления ЦД. Выявлена положительная динамика статической и динамической устойчивости, достоверное увеличение длины отклонения в разных направлениях. Так, зона колебаний ЦД до лечения составляла 16,8 ± 7,4 мм, после лечения — 11,2 ± 3,8 мм ($p < 0,05$). Следует полагать, что обучение произвольному контролю позы существенно повлияет на восстановление позных автоматизмов у больных БП, расширит двигательные возможности и улучшит качество жизни пациентов.

УДК 616.858-008.6-071-073.97

И. Н. Карабань[1], ***Е. П. Луханина***[2],
Н. М. Березецкая[1], ***М. А. Чивликлий***[1]

[1] *Институт геронтологии НАМН Украины (г. Киев),*
[2] *Институт физиологии им. А. А. Богомольца НАН Украины (г. Киев)*

ФРАКТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАММЫ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Для эффективной дифференциальной диагностики болезни Паркинсона (БП) важно располагать информативными показателями, объективно отражающими функциональное состояние центральной нервной системы. Объективные количественные характеристики каждого больного с БП позволяют осуществлять индивидуальную коррекцию лечения и прогнозировать течение заболевания. Таким информативным диагностическим показателем при БП является поверхностная электромиограмма (ЭМГ). В последнее время в качестве маркеров нарушенного супраспинального контроля предлагаются новые параметры интерференционной ЭМГ.

Цель работы: сравнительный анализ фрактальной динамики и статистических параметров интерференционной ЭМГ (размаха амплитуды, дисперсии, коэффициента асимметрии, коэффициента эксцесса) у пациентов с БП, здоровых лиц среднего и пожилого возраста и клинически здоровых родственников пациентов, страдающих БП, с целью выявления скрытых признаков нарушенной мышечной активности.

Исследования проведены в четырех группах людей: 1) 33 пациента с БП в стадии 1,5—3,0 (Хен и Яр), 2) 24 практически здоровых лица пожилого возраста (контроль), 3) 37 клинически здоровых родственников больных с БП (дети, братья, сестры), 4) 20 практически здоровых лиц молодого и среднего возраста (контроль).

Поверхностную ЭМГ регистрировали биполярно на приборе НейроМПВ (Москва). С помощью специализированных компьютерных программ анализировали фрактальную динамику временных рядов ЭМГ-сигналов посредством вычисления экспоненты Херста, строили гистограммы распределения амплитудных показателей ЭМГ, определяли корреляционные взаимоотношения между параметрами ЭМГ и клиническими характеристиками больных БП.

Установлены отличительные особенности фрактальной динамики ЭМГ у больных с акинетико-ригидно-дрожательной формой БП. Так, временные ряды ЭМГ сигналов в состоянии покоя у больных имеют более сложную структуру, в отличие от здоровых людей соответствующего возраста, и наиболее часто (у 64 % исследованных) включают три локальные экспоненты. Суммарный показатель Херста у больных снижается значительно ниже 0,5 (до 0,1—0,2), что характерно для негативной аутокорреляции. Корреляционные свойства ЭМГ-сигналов в коротких и длинных временных рядах у больных БП имеют достоверные различия в сравнении с контролем ($p < 0,001$). Отмечена тенденция к негативной связи между показателем Херста и баллами III шкалы UPDRS, характеризующими моторные функции больных БП ($r = –0,35$, $p = 0,05$). Определены диапазоны статистических параметров ЭМГ в контрольных группах испытуемых: размах амплитуды не превышал 20 мкВ, дисперсия — 7, модуль коэффициента асимметрии — 0,2 и коэффициент эксцесса — 0,4. У больных БП параметры этих показателей были значительно повышены ($p < 0,001$). Выявлена положительная зависимость ($p < 0,01$) между коэффициентом эксцесса и баллами UPDRS, оценивающими интенсивность тремора. По статистическим параметрам ЭМГ у 43 % исследованных клинически здоровых родственников обнаружены признаки нарушенной мышечной активности. Установлена положительная корреляционная зависимость между повышенной амплитудой ЭМГ у родственников пациентов с БП и их возрастом ($p < 0,05$). С целью предотвращения манифестации заболевания БП для группы риска разработаны рекомендации относительно распорядка жизни, пищевого рациона и лекарственных средств, длительного применения которых следует избегать.

Фрактальный анализ ЭМГ-сигналов является информативным показателем состояния мышечной активности у больных БП и может быть использован для объективной оценки тяжести заболевания. Статистические параметры ЭМГ способствуют выявлению признаков нарушенной мышечной деятельности. Амплитудный размах и дисперсия количественно отражают величину биоэлектрических сигналов. Коэффициент эксцесса характеризует синхронизацию в активации моторных единиц, ответственную за возникновение залповых мышечных разрядов. Исследование статистических параметров ЭМГ оказалось эффективным для выявления генетически детерминированных латентных симптомов экстрапирамидной недостаточности у клинически здоровых родственников пациентов с БП.

УДК 616.89-008.46/.47+616.441]-053.5/.6-085.214

Каук О. І.[1], ***Крупеня В. І.***[2]

[1] *Харківський національний медичний університет,*
[2] *Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)*

ЕФЕКТИВНІСТЬ НООТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Тиреоїдна патологія посідає провідне місце у структурі ендокринологічних захворювань у дітей, значно випередивши цукровий діабет та інші ендокринні розлади. Абсолютна першість належить дифузному зобу, який зареєстрований більш ніж у 500 тис. дітей України і становить 66,6 % від усієї ендокринної патології. Висока частота тиреоїдної патології залежить від багатьох причин. До них відносять природний дефіцит йоду, техногенне забруднення довкілля тощо. Великі популяційні дослідження засвідчили: діти й підлітки з прихованою гіпофункцією щитовидної залози відстають в інтелектуальному, фізичному та статевому розвитку.

Метою нашого дослідження було визначити ефективність ноотропних препарати, які застосовують для корекції когнітивних порушень у дітей і підлітків з захворюваннями щитовидної залози.

Нами було обстежено 87 дітей і підлітків віком від 10 до 17 років з захворюваннями щитовидної залози. У двох підлітків була вилучена щитовидна залоза, а у інших встановлено діагноз аутоімунного тиреоїдиту. В усіх досліджених спостерігались ознаки гіпотиреозу (ТТГ вище 6,0 мЕд/л і рівень Т3 нижче 1,17 ммоль/л).

В нашому дослідженні ми використовували показники коефіцієнту розумового розвитку (IQ), що визначалися з допомогою методики Д. Векслера, адаптованої і стандартизованої Ю. З. Гільбухом (1992). З метою економії часу при проведенні скринінгового масового обстеження, в ході практичного

використання, шкали Векслера скорочено до 10 субтестів з 12 (5 вербальних і 5 невербальних субтестів). Рівень уваги досліджували за допомогою таблиць Анфімова. Для вимірювання сили нервових процесів застосовували теппінг-тест.

За результатами дослідження було встановлено, що у дітей і підлітків з захворюваннями щитовидної залози на 56 % була ослаблена увага, на 30 % знижене сприйняття інформації, на 20 % — темп розумової діяльності, на 17 % — процеси тонкої моторики. Насамперед виявлялися ускладнення згадування і відтворення добре відомих раніше імен, цифр. Для запам'ятовування будь-яких даних були необхідними багаторазові повторення, тривале утримання нової інформації частіше було неможливим. Про порушення інтелекту свідчило збіднінння суджень та умовиводів з втратою спроможності розуміти в повному обсязі одержані відомості, неспроможність сполучення, аналізу і синтезу інформації, що надходить.

Нами був проведений аналіз низки препаратів ноотропної дії з метою оцінки ефективності їх впливу на різні параметри когнітивних функцій. Виявлено, що на процеси пам'яті сприятливо впливають фенотропіл, пікамілон, Пантакальцин, Танакан; якість уваги підвищується при прийомі фенотропіла, семакса; при порушеннях сприйняття ефективні Пантакальцин, Кавінтон; порушення поведінково-емоційної сфери купіруються прийомом гліцину, фенібуту; мовні розлади коригуються Пантакальцином і аміналоном.

УДК616.831-005.1-008

Ковальська Л. А., Височанська Т. Г., Кривенко Г. О., Бородій С. О., Вознюк Л. В., Карпенко Н. В., Костенко Т. В.

Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)

ВИТРАТИ ЧАСУ НА ЕТАПАХ ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ТРОМБОЛІЗИСУ В УМОВАХ ІНСУЛЬТНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОПНЛ ім. акад. О. І. ЮЩЕНКА

Мета: визначити витрати часу на етапах проведення процедури тромболізису відповідно європейських стандартів.

Захворюваність серцево-судинної системи у світі та Україні посідають одне перших місць за розповсюдженістю, смертністю та інвалідністю. Щорічно переносять інсульт близько 16 млн. людей, з них помирають близько 7 млн. Згідно з прогнозами, к 2030 р. захворюваність на інсульт збільшиться на 25 %, що зумовлено старінням населення планети і збільшенням розповсюдження в популяції факторів ризику мозкових інсультів. Третина інсультів виникає у людей працездатного віку.

Інсульт — поширена причина первинної інвалідності, тимчасової і/або стійкої непрацездатності. У Росії та Україні рівень інвалідизації через 1 рік після перенесеного інсульту становить від 76 % до 85 %, тоді ж як у країнах Західної Європи — 20—30 %. (Kalra L.,1994; Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., 2006), що свідчить про недостатній рівень організації лікувального та реабілітаційного процесу. Внаслідок інсультів щороку помирає близько 40 тис. мешканців України. Цей показник майже в 2 рази більше, ніж в Європі, але менше, ніж в Росії.

На основі вивчення патогенетичних механізмів розвитку мозкового інсульту за допомогою сучасних методів нейровізуалізації, біохімічних досліджень, а також даних доказової медицини сьогодні розроблені сучасні підходи до ведення пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу. При ішемічному інсульті — це терапія, спрямована на відновлення судинного русла (тромболізис). Тромболітичну терапію відносять до розряду таких методів лікування, ефективність яких доведена крупними багатоцентровими дослідженнями. Застосування цього методу дозволяє на 30 % зменшити інвалідизацію пацієнтів. В країнах з добре налагодженою системою надання допомоги пацієнтам з інсультом тромболізис проводиться в середньому в 20—24 %. В Україні цей відсоток набагато нижче.

Основним церебральним тромболітиком визнано альтеплазу (рекомбінантний активатор тканинного плазміногену recombinant tisue plasminogen activator/rtPA). Застосування зазначеної терапії з дотриманням рекомендацій є основним найбільш дієвим заходом тромболітичного лікування із доведеною ефективністю (клас рекомендацій 1, рівень А) (ESO, 2008). Тромболітична терапія безпечна й ефективна при застосуванні в госпіталях будь-якого типу, якщо діагноз установлений лікарем, що є фахівцем щодо інсульту, і комп'ютерна томографія (КТ) оцінюється досвідченим рентгенологом (Hill M. D., Buchan A. M., 2005; Bateman B. T. et al., 2006; Wahlgren N. et al., 2007; ESO, 2008).

Так, у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка в 2004 р. відкрито інсультне відділення для надання цілодобової ургентної допомоги мешканцям області. Належна організація надання допомоги пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу в умовах ВОПНЛ (наявність комп'ютерного томографа, можливість обстеження пацієнтів протягом доби, цілодобове чергування лікаря-невролога, наявність локального протоколу) дала можливість впровадити тромболітичну терапію в лікування пацієнтів з ішемічним інсультом. Вперше процедура тромболізису була проведена в 2007 р.

Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів, доставлених в «терапевтичне вікно» в інсультне відділення ВОПНЛ з грудня 2007 р. по грудень 2011 р. Усі пацієнти доставлені машиною «Швидкої допомоги», в історіях хвороби зафіксовані терміни виникнення судинного епізоду, час звернення за медичною допомогою. В картці нотаток, яка заповнюється при обстеженні кандидата на проведення тромболізису, відмічаються терміни доставки пацієнта в лікарню, огляду неврологом, проведення комп'ютерної томографії.

Рік	Кількість пацієнтів. доставлених в «терапевтичне вікно»	Виконано процедур	Невідповідність протоколу		
			Геморагічний інсульт	ТІА	Інші причини
2008	21	2 (9,5 %)	3	3	13
2009	26	6 (23,0 %)	3	7	10
2010	64	14 (21,0 %)	12	12	26
2011	80	18 (22,5 %)	10	19	33

Пацієнтам після проведення нейровізуалізації/верифікації ішемічного інсульту та відбору згідно з протоколом застосовано проведення процедури тромболізису.

Процедуру проведено 40 пацієнтам (29 чоловіків, 11 жінок). Серед них до 40 р. — 1 пацієнт, від 40 до 60 р. — 14 пацієнтів, від 61 до 70 р. — 15 пацієнтів, більше 70 р. — 10 пацієнтів. Було доставлено мешканців м. Вінниці — 27 чол., з Вінницької області — 13 чол.

Пацієнти — кандидати на проведення процедури тромболізису транспортуються машиною «швидкої допомоги» згідно з попередньою телефонограмою по «зеленому коридору» поза приймальне відділення відразу в кабінет комп'ютерної томографії, де на пацієнта чекає черговий невролог. Уточнюються час та обставини виникнення судинного епізоду, проводиться оцінка стану пацієнта за відповідними шкалами (стан за шкалами ком Глазго, NIHSS), забір крові для аналізів. Після верифікації ішемічного інсульту пацієнту/особам, які супроводжують пацієнта, надається інформація про можливе застосування тромболітичної терапії та при погодженні — ознайомлення та підписання інформованої згоди. При заповненні карти спостереження при проведенні тромболізису фіксується час болюсного введення препарату «Актилізе».

В результаті аналізу документації визначено такі витрати часу: Період «виникнення судинного епізоду — СКТ» в середньому складає 2 год. 10 хв. (Термін транспортування пацієнтів з районних лікарень Вінницької області склав від 2 год. до 4 год.). Транспортування мешканців м. Вінниці проходило в межах 50 хв.

Створення «зеленого коридору» для пацієнта — кандидата на проведення процедури та огляд його черговим неврологом в кабінеті комп'ютерної томографії дає можливість не витрачати час на очікування проведення нейровізуалізації та дозволяє суттєво скоротити витрати часу на цьому етапі проведення процедури.

На період «двері СКТ — болюс» — за даними аналізу історій хвороб, в середньому витрачено 50 ± 10 хв. Це пояснюється наявністю у частини пацієнтів підвищеного артеріального тиску, помірного психомоторного збудження, певної стресової гіперглікемії та витратами часу на їх адекватну корекцію відповідно протоколу.

Запорукою успішного застосування процедури тромболізису в лікуванні пацієнтів з ішемічним інсультом є чітке дотримання єдиних загальних рекомендацій. Аналіз отриманих даних диктує необхідність скорочення часу «двері — болюс». Створення відповідних локальних протоколів дозволяє наблизитись до європейських стандартів надання допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом.

УДК 616.833-06-07-08

Козелкин А. А., Медведкова С. А.
Запорожский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ ВЕРТЕБРО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

Одной из важных проблем современной неврологии является изучение клинических особенностей, диагностика, лечение и профилактика заболеваний периферической нервной системы.

Из 500 обследованных нами больных с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) грудного отдела позвоночника у 27,8 % определялись комбинированные вертебро-висцеральные синдромы.

У 53 больных (38,1 %), диагностирован вертебро-гастроэнтеральный синдром — и у 16 пациентов (11,5 %) определялся вертебро-бронхопульмональный синдром.

Вертебро-гастроэнтеральный синдром был диагностирован у 53 больных, что составило 10,6 % от общего числа больных. Из них при дополнительном терапевтическом обследовании у 44 пациентов (83,0 %) определялась органическая патология (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, гастродуоденит, хронический холецисто-панкреатит), поэтому мы их рассматривали как больных с комбинированными торако-гастроэнтералгиями. У 9 больных (17,0 %) имелись висцералгии, но без органической патологии со стороны органов желудочно-кишечного тракта, и они были отнесены к вертеброгенным торако-гастроэнтералгиям.

Вертеброгенное поражение грудных корешков и узлов симпатического ствола часто сопровождается болями в области органов брюшной полости и расстройствами их секреторной, эвакуаторной и трофической функций.

Основной жалобой больных с вертебро-гастроэнтеральным синдромом были боли в области живота, на фоне болей в спине, преимущественно в среднегрудном отделе. У 24 больных (45,3 %) боли локализовались в эпигастральной области, у 15 пациентов (28,3 %) — в правом подреберье и у 14 (26,4 %) наблюдалось сочетание болей в эпигастральной области и правом подреберье.

По характеру боли чаще были тупые, ноющие — у 50 больных (94,3 %), реже жгучие стреляющие — у 3 пациентов (5,7 %). У 45 больных (84,9 %) они сопровождались парестезиями, ощущениями дискомфорта в области желудка и желчного пузыря. У 16 больных (30,2 %) боли сочетались с чувством изжоги и тошноты, по-видимому это было обусловлено изменениями кислотности желудочного сока.

У 39 пациентов (73,6 %) боли в спине сопровождались болями и чувством тяжести в правом подреберье. Это сочетание болей было, вероятно, обусловлено ирритацией вегетативных симпатических образований и импульсацией из патологически измененного желчного пузыря.

У 40 больных (75,5 %) боли сопровождались чувством онемения, жжения, парестезиями в проекционных зонах, там же определялись явления гипалгезии и гиперпатии, носящие перманентный характер. Боли усиливались при поворотах туловища, наклонах, а также при нагрузках на среднегрудной отдел позвоночника.

При пальпации у всех больных определялась болезненность остистых отростков ThV — ThIX и паравертебральных точек. У 31 больного (58,5 %) выявлено функциональное блокирование сегментов ThVI — ThIX и у 22 пациентов (41,5 %) блокирование сегментов ThVII — ThX. Кроме того, у 28 человек (52,8 %) определялось блокирование соответствующих реберно-позвоночных сочленений.

Важно отметить, что при оказании нагрузки на блокированные позвоночно-двигательные сегменты (ПДС) усиливались проявления висцералгии.

При миофасциальных мышечных триггерах (ММТ) наблюдались напряжение и болезненность длинных разгибателей спины на средне-грудном уровне у 48 больных (90,6 %), причем у 26 из них (54,2 %) уровень сегментарного напряжения паравертебральных мышц не соответствовал уровню пораженного ПДС. По-видимому, это было связано с влиянием висцеральных очагов патологии. Кроме того у 21 больного (39,6 %) определялось умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. У 18 пациентов (34,0 %) при пальпации были выявлены зоны локальной миофиксации на уровне блокированных ПДС.

Изменение конфигурации грудного отдела позвоночника определялось у 42 человек (79,2 %), чаще это были гиперкифоз или уплощенный кифоз — 36 больных (85,7 %), реже мышечный сколиоз — у 6 пациентов (14,3 %).

Средняя величина повышения мышечного тонуса у больных с вертебро-гастроэнтеральным синдромом составила 1,8 ± 0,5, а коэффициент вибрационной отдачи был равен 5,8 ± 1,2.

Вертебро-бронхопульмональный синдром мы определяли у 16 больных, что составило 3,6 % от общего числа обследованных нами больных (500 человек). У всех больных этой группы была патология органов дыхания (хронический бронхит, хронический трахеит, хроническая пневмония, бронхиальная астма). Характерным для этой группы больных было хроническое рецидивирующее течение процесса, причем у 7 больных (43,8 %) рецидивы висцеральной патологии совпадали с вертебральными. Основной жалобой были боли в области грудной клетки по передней и задней поверхности. Наблюдалось затрудненное дыхание вследствие уменьшения экскурсии грудной клетки, которое было обусловлено изменением конфигурации грудного отдела позвоночника (87,5 % — гиперкифоз), а также функциональным блокированием ПДС у всех больных (преимущественно верхне- и средне-грудных сегментов). У 9 больных (56,3 %) при ММТ определялись нейродистрофические узлы в межреберных мышцах. Кроме того у 13 больных (81,2 %) определялось функциональное блокирование дополнительных сочленений (реберно-грудинных и реберно-позвоночных), соответствующих блокированным ПДС.

Все эти патобиомеханические расстройства ведут к ограничению дыхательной экскурсии ребер и уменьшению подвижности купола диафрагмы. По нашему мнению при комбинированных вертебро-бронхо-пульмональных проявлениях патология органов дыхания оказывает влияние на состояние грудного отдела позвоночника и грудной клетки и в свою очередь патобиомеханические расстройства вследствие ДДЗ грудного отдела позвоночника влияют на дыхательную функцию.

Таким образом, при сочетании вертебральной и висцеральной патологии, наблюдается своеобразие клинических проявлений и атипичное течение заболевания, обусловленное взаимовлиянием и взаимозависимостью двух патологических процессов. Это необходимо учитывать при диагностике для правильной интерпретации полученных данных, а также для назначения адекватной терапии.

УДК 616.831-005.4-08

Козелкин А. А., Медведкова С. А., Кузнецов А. А.
Запорожский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Одной из важных проблем современной неврологии является организация реабилитационной помощи больным с мозговыми инсультами. Это обусловлено их высокой распространенностью, заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью. Ежегодно в мире регистрируется около 7 млн. инсультов, из них около 4 млн. больных погибает. В Украине каждый год регистрируется от 110 до 120 тыс. инсультов Высокая инвалидизация больных перенесших инсульт (всего 15—20 % возвращается к труду), зачастую требующих ухода 1—2 трудоспособных родственников, определяют и социально-экономическую значимость данной проблемы.

В настоящее время не вызывает сомнений значимость медикаментозной реабилитации для улучшения процессов восстановления утраченных функций.

Цель исследования: Сравнительный анализ фармакологического действия препаратов Цераксон и Актовегин.

Под нашим наблюдением в клинике нервных болезней ЗГМУ находились 82 пациента (45 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 48 до 84 лет (средний возраст 63,8 ± 0,8 года) в остром и раннем восстановительном периодах мозгового ишемического инсульта В зависимости от применяемой терапии все больные были разделены на 3 группы с соблюдением условий рандомизации по возрасту, полу, исходной степени выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS.

В первую клиническую группу вошли 37 больных (20 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 50 до 76 лет (средний возраст 63,9 ± 1,1 лет). Пациенты данной группы в дополнение к традиционной терапии получали Цераксон в сочетании с Актовегином. Цераксон использовали по следующей схеме: 1—10 сутки — 1000 мг в/в капельно на 200 мл физиологического раствора

2 р/д; 11—30 сутки — 200 мг перорально 3 р/д. Схема применения Актовегина состояла в следующем: 1—5 сутки — 250 мл 20 % раствора (2000 мг) в/в капельно 1 р/д; 6—10 сутки — 250 мл 10 % раствора (1000 мг) в/в капельно 1 р/д; 11—30 сутки — 400 мг в/в капельно на 200 мл физиологического раствора 1 р/д.

Вторую клиническую группу составили 25 пациентов (14 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 48 до 84 лет (средний возраст 63,5 ± 1,8 года), которые в сочетании с традиционной терапией получали Цераксон по схеме: 1—10 сутки 1000 мг в/в капельно на 200 мл физиологического раствора 2 р/д; 11—30 сутки — 200 мг перорально 3 р/д.

Третью контрольную группу составили 20 пациентов (11 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 51 до 77 лет (средний возраст 64,0 ± 1,7 года), которые получали только традиционную терапию. Последняя включала назначение гипотензивных, дегидратационных средств (L-лизина эсцинат 10 мл на 200 мл физиологического раствора 1—5 сутки, при необходимости — маннитол в количестве 100 мл в/в капельно 2 р/д), а также препаратов, нормализующих реологические свойства крови (низкомолекулярный гепарин в профилактической дозе подкожно в течение 1—7 суток или пентоксифиллин в дозе 5 мл на 200 мл физиологического раствора на протяжении 7—10 дней в сочетании с ацетилсалициловой кислотой в дозе 100 мг в сутки).

Комплексный количественный анализ выраженности регресса неврологического дефицита по шкалам NIHSS и mRS позволил дифференцировать степень эффективности проводимой терапии, при этом высокой степени эффективности соответствовало снижение суммарного клинического балла по шкале NIHSS ≥ 5 баллов, по mRS > 1 балла; умеренная эффективность регистрировалась при снижении показателя по шкале NIHSS на 5 баллов, по mRS — на 1 балл; низкая эффективность определялась при снижении показателя по шкале NIHSS меньше, чем на 5 баллов, при отсутствии динамики по mRS.

Проведенное исследование выявило наиболее высокую степень эффективности терапии больных в остром и раннем восстановительном периодах мозгового ишемического инсульта при сочетанной нейропротекции с применением Цераксона и Актовегина, высокая эффективность отмечена в 84,5 % случаев, умеренная — в 15,5 % случаев. Мононейропротекция с применением Цераксона также была весьма эффективной в сравнении с группой контроля, однако несколько уступала комбинированной терапии: высокая эффективность отмечена в 70 % и 30 % случаев соответственно. В третьей группе на фоне традиционной терапии высокая эффективность отмечалась только в 55,6 % случаев, умеренная — в33,3 %, низкая — в 11,1 %.

Таким образом, системная нейрореабилитация больных с мозговым инсультом является высокоэффективной моделью, позволяющей проводить программу социальной, бытовой и трудовой адаптации больных, внедрять современные, патогенетически обоснованные лечебные и реабилитационные комплексы с дифференцированным использованием различных методов и способов, улучшающих результаты лечения.

УДК 616.831-005-092:616.13/.14

О. А. Козьолкін,* С. В. Яркова**

Запорізький державний медичний університет,*
*Університетська клініка ЗДМУ (м. Запоріжжя)***

ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ТА ВЕНОЗНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ II СТАДІЇ

За останні роки у нашій країні суттєво зросла поширеність цереброваскулярних захворювань, особливо хронічних форм недостатності мозкового кровообігу (частка інсульту становить всього близько 4 %). Цереброваскулярні захворювання протягом багатьох років посідають друге місце у структурі смертності населення України після ішемічної хвороби серця. Спостерігається збільшення судинно-мозкової патології серед осіб працездатного віку. Широке розповсюдження, висока смертність та інвалідизація населення внаслідок цереброваскулярних захворювань ставлять діагностику, профілактику та лікування цих захворювань в один ряд з найактуальнішими медико-соціальними проблемами.

Мета: вивчення особливостей артеріальної та венозної церебральної гемодинаміки та стану її компенсаторно-пристосувальних можливостей у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії.

Обстежено 50 пацієнтів, з них 39 хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії на тлі церебрального атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, або їх поєднання, віком від 44 до 68 років (середній вік 55,16 років), з яких 10 було чоловіків (25,64 %) і 29 — жінок (74,36 %), також 11 пацієнтів відповідного віку без клінічних ознак цереброваскулярної патології, які склали групу контролю. Пацієнтам проведені такі дослідження: клініконеврологічне, нейропсихологічні тести (шкала Mini Mental State Examination (MMSE), Монреальська шкала (MoCA), дослідження церебральної гемодинаміки методом дуплексного сканування екстракраніальних судин та транскраніальне дуплексне сканування (з оцінкою комплексу інтима-медіа (КІМ), швидкісних показників кровообігу артеріального та венозного русла, індексів пульсативності та резістивності, цереброваскулярної реактивності артеріальної та венозної ланки), МРТ головного мозку. Опрацювання отриманих даних проводили за допомогою пакета програм Statistica for Windows 5.0 (Statsoft, США).

В результаті проведених досліджень виявлені такі особливості стану цереброваскулярного русла. Так, товщина КІМ праворуч становила від 0,06 до 0,11 см (у середньому 0,064 см), ТІМ ліворуч становила від 0,05 до 0,11 см (у середньому 0,067 см). Атеросклеротичні бляшки були виявлені у 18 пацієнтів (46,15 %), у 7 з них (17,95 %) ураження було білатеральним. Всього виявлено 30 атеросклеротичних бляшок. З них 53,33 % бляшок — локальні, 20 % бляшок поширені, 26,66 % напівконцентричні. Щодо характеристики поверхні бляшок, рівну поверхню мали 23,33 % бляшок, нерівну — 23,33 %. Гомогенних бляшок з низьким значенням ультразвукової щільності, «м'яких» (за класифікацією Geroulakos et al., 1993) виявлено 36,66 %, гетерогенних бляшок з переважанням структур низької ультразвукової щільності виявлено 13,33 %, гетерогенних з переважанням структур високої ультразвукової щільності виявлено 43,33 %, гомогенних бляшок з високим значенням ультразвукової щільності — 6,66 %. Ступінь стенозу був зареєстрований від 20 до 45 %. У 79,48 % хворих виявлені деформації (елонгації або звивистості) загальних сонних артерій (ЗСА), у 92,30 % — внутрішніх сонних артерій (ВСА), непрямолінійність ходу або звивистість хребцевих артерій (ХА) була виявлена у всіх хворих. Лінійна швидкість кровотоку була знижена по ЗСА у 7,69 % пацієнтів, по ВСА — у 15,38 %, по СМА — у 28,20 %, по ЗМА — 51,28 %, по ХА — 53.84 %. Підвищення ЛШК по венозним колекторам виявлено у 69,23 % хворих. Зниження компенсаторних можливостей цереброваскулярного русла, а саме: зниження цереброваскулярної реактивності по СМА виявлено у 82,05 % пацієнтів, а також у 69,23 % хворих виявлено звуження цереброваскулярного резерву по венам Розенталя.

У хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії відзначається помірне атеросклеротичне ураження брахіоцефальних артерій (БЦА) з проявами гемодинамічно незначущого стенозування, деформації БЦА, а також помірне зниження ЛШК в екстра- та інтракраніальних артеріях. Також виявлена велика кількість пацієнтів з порушенням венозного кровообігу та звуженням цереброваскулярного резерву, що вказує на необхідність подальшого вивчення особливостей венозної ланки церебральної гемодинаміки та цереброваскулярного резерву.

УДК 616.36-073.213.5

Корженевський Ю. Л.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ДЕЯКИХ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНИХ ТА РЕОГЕПАТОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Мета: Дослідження основних реоенцефалографічних та реогепатографічних показників у осіб молодого та середнього віку з хронічними гепатитами (ХГ) та цирозом печінки (ЦП).

В даному дослідженні наведені результати фрагменту обстеження 30 (20 осіб з ХГ та 10 осіб з ЦП) осіб, яким проводились реоенцефалографія (РЕГ) та реогепатографія (РГГ).

Середній вік хворих склав 43,3 ± 9,6 роки. Крім інструментальних досліджень деталізовано та проаналізовано скарги, анамнестичні дані, проведено детальне дослідження неврологічного статусу.

За результатами проведення РЕГ виявлено зниження пульсового кровонаповнення в каротидному басейні (КБ) у 62 % хворих (84,6 % хворих з ХГ та 25 % хворих з ЦП). У вертебробазилярному басейні (ВББ) зниження кровонаповнення реєструвалося у 62 % хворих (84,6 % хворих з ХГ та 37,5 % хворих з ЦП).

Підвищення кровонаповнення в КБ було виявлено у 23,8 % хворих (15,4 % хворих з ХГ та 37,5 % хворих на ЦП);

у вертебробазилярному басейні — у 14,3 % хворих (15,4 % хворих з ХГ та 12,5 % хворих з ЦП).

У 76,1 % хворих (69,2 % з ХГ та 87,5 % з ЦП) в КБ було виявлено утруднення венозного відтоку. У ВББ утруднення венозного відтоку реєструвалося у 90,4 % (100 % хворих з ХГ та 75 % хворих з ЦП).

Підвищення артеріального тонусу в КБ реєструвалося у 81 % хворих (69,2 % хворих з ХГ та 100 % хворих з ЦП). У ВББ цей показник був порушений 85,7 % хворих (77 % хворих з ХГ та 100 % хворих з ЦП).

Аналіз результатів РГГ показав зниження у 100 % хворих показника пульсового об'ємного кровонаповнення, підвищення тонусу крупних артерій печінки лише у 15,8 % хворих з ХГ, зниження тонусу — у 50 % хворих (47,3 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП). Підвищення тонусу невеликих артерій печінки виявлено у 10,5 % хворих на ХГ та 14,3 % хворих з ЦП, зниження тонусу — у 84,6 % (89,5 % хворих з ХГ та 71,4 % хворих з ЦП).

Подовження часу венозного відтоку виявлено у 57,6 % хворих (57,9 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП), вкорочення часу венозного відтоку зареєстровано у 38,4 % хворих (42,1 % хворих з ХГ та 28,5 % хворих з ЦП)

Ознаки підвищення тонусу вен та застою крові у печінці були зареєстровані у 50 % хворих (47,3 % хворих з ХГ та 50 % хворих з ЦП). Зниження тонусу вен зареєстровано у 36 % хворих (31,5 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП).

Виявлені зміни основних реоенцефалографічних та реогепатографічних показників у хворих з хронічним гепатитом були подібними до змін у хворих з цирозом печінки, однак мали певні особливості.

Доцільним є включення методів РЕГ та РГГ в комплексний план досліджень для виявлення ранніх змін основних показників мозкового та печінкового кровотоку та їх подальшої корекції та контролю за лікуванням.

УДК: 616.839:616.831-001.31:615.846

Коршняк В. О.

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

КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ МЕТОДОМ КВЧ-ТЕРАПІЇ

Порушення вегетативної нервової системи (ВНС) є розповсюдженими в структурі як амбулаторної, так і стаціонарної неврологічної захворюваності. Їх частота складає від 30 до 80 % обстежених з наслідками закритої черепно-мозкової травми. В різних регіонах України частота ЧМТ складає у середньому від 4 % до 4,2 %, тобто 200 тис. осіб щорічно, що потребує, у традиційному плані, використання набору різних класів фармакологічних засобів з певною спрямованістю дії; водночас підвищена алергізація, непереносимість або парадоксальна реакція на ліки обмежує можливість їх застосування та обумовлює недостатню ефективність лікування.

Обстежено 50 хворих з віддаленими наслідками закритих черепно-мозкових травм (ВНЗЧМТ) віком від 25 до 45 років в стадії декомпенсації.

Для оцінки стану вегетативного гомеостазу досліджували вегетативний тонус (ВТ), вегетативну реактивність (ВР) та вегетативне забезпечення діяльності (ВЗД). Для вивчення ознак вегетативних порушень використовували «Опитувальник для вивчення вегетативних порушень» (сума балів 15 та вище) та «Схему дослідження вегетативних порушень» (сума балів 25 та вище).

Краніовисокочастотну терапію проводили за допомогою генератора Г4-141 з діапазоном генеруючих частот від 37,50 до 53,57 ГГц, випромінюючою потужністю, яка не перевищувала 2 мВт/см^2. Курс лікування складав 9—14 сеансів щоденно. Тривалість сеансу складала 25—30 хвилин. Для кожного хворого підбиралася індивідуальна резонансна частота, яка викликала характерні сенсорні реакції. Використовували біологічно активні точки — TR_5, VB_{20}, F_2, RP_6, VG_4, E_{36}, F_3, MC_7, E_9.

Результати вивчення ВТ та ВР у хворих з ВНЗЧМТ до та після КВЧ-терапії показало збільшення кількості хворих з ейтонією та зменшення з симпатикотонією (з 50 % до 24 %). Виявлені порушення ВТ та ВР у цієї групи свідчать про дизрегуляцію та дезінтеграцію надсегментарного апарату ВНС. Проведення курсу КВЧ-терапії сприяє відновленню інтеграції та керованості надсегментарного апарату ВНС.

До початку лікування за даними орто- і кліностатичної проб спостерігалося недостатнє ВЗД. Потрібно відзначити виснаженість вегетативного забезпечення, що проявлялося низькою, ослабленою частотою серцевих скорочень (ЧСС) в інтервалі 40—60 с першої хвилини. Після КВЧ-терапії показники значно покращилися, що свідчить про нормалізуючий вплив на стан ВНС та відповідно і на процеси адаптації.

За результатами ЧСС в орто- і кліностатичній пробах до початку лікування спостерігалося недостатнє ВЗД на 1, 3, 5-й хвилинах інтервалу часу. Окрім того, реакція ВНС (за даними динаміки ЧСС при кліностатичній пробі) була спотворена, що свідчить про порушення адаптаційних можливостей ВНС у цих хворих. Після КВЧ-терапії показники значно покращилися і практично наблизилися до цифр контрольної групи. Крім того, динаміка цього показника (ЧСС) також стає подібною до контрольної групи.

Таким чином, у хворих з ВНЗЧМТ характерно значне напруження симпатичних відділів ВНС, ослаблення та дисфункція вегетативної регуляції. Проведення КВЧ-терапії забезпечує нормалізацію або наближення до неї більшості показників ВНС. Можна думати, що має місце ліквідація дизрегуляційних порушень, яка обумовлена відновленням нормальної ритмічності процесів життєдіяльності, що сприяє покращанню нейрореабілітації хворих.

УДК 616.831-001.31-06:615.846

В. О. Коршняк[1], О. В. Коршняк[2]

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)[1], Харківська медична академія післядипломної освіти[2]

ДИНАМІКА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ДО ТА ПІСЛЯ КВЧ-ТЕРАПІЇ

Актуальною проблемою сучасної медицини є реабілітація хворих з наслідками черепно-мозкової травми, яка часто призводить до втрати працездатності, стійкого порушення фізичних та соціальних можливостей хворих. В останні роки має місце збільшення невротичних розладів у даної групи пацієнтів. Їх розвитку сприяє зростаюча економічна та ідеологічна нестабільність, природні та техногенні катастрофи, хронічна стресова напруженість. Функціональна неповноцінність надсегментарних вегетативних та неспецифічних структур мозку, яка має відношення до механізмів пристосування, регуляції, зберігається на довгі роки після черепно-мозкової травми і може маніфестувати під дією різних зовнішніх та внутрішніх факторів.

На цьому фоні в психічній сфері виявлені порушення вищої нервової діяльності. Порушення пам'яті торкалися тією чи іншою мірою трьох основних її компонентів: запам'ятовування, ретенції і репродукції та мали фіксований характер. Про порушення інтелектуальної діяльності свідчило збільшення розбіжностей у якості суджень та умовиводів зі здатністю розуміти в повному обсязі отримувані відомості. Порушення уваги, зниження операційної сторони мислення, механічної та опосередкованої пам'яті посилювалися та ставали більш виразними при розвитку втоми. Виявлялося різке збіднення запасу знань, звуження кола інтересів різного ступеня вираженості. Відбувалось порушення передумов чуттєвого пізнавання оточуючого світу, усі види сприйняття мали неточний та нестійкий характер. Цьому сприяли слабкість активної уваги, їх неуважність, підвищена відволікальність.

Афективні реакції в осіб даної групи були нестійкими та нетривалими. Зміна афекту відбувалася як перед дією психотравматичної ситуації, так і спонтанно. Дослідження виявило у цієї групи хворих наявність астенії, іпохондричного синдрому, виснаженості психічних процесів.

Після краніовисокочастотної терапії у хворих турбота про здоров'я припиняє носити надцінний характер, підвищується рівень активності, з'являються нові інтереси, відбувається повернення до суспільного життя. Пацієнти стали більш активними, ініціативними, збільшилася гнучкість мислення. У спілкуванні вони ставали більш невимушеними, легше пристосовуються і переносять зміну обстановки, більш стійкі у соціальних конфліктах. Значно ослабло відчуття внутрішньої напруженості, підвищилася стійкість настрою, знизилася образливість, збудливість і чутливість.

Істотно зросла здатність організовувати поведінку до стійких думок, інтересів і цілей, підвищилося прагнення планувати на майбутнє і не нехтувати наслідками своїх дій. Збільшилася здатність отримувати користь з досвіду, що веде до уникнення повторних конфліктів з оточуючими.

Окрім того, слід зауважити, що після застосування КВЧ-терапії мали місце позитивні зміни суб'єктивної оцінки фізичного та психічного здоров'я хворих, які були статистично значущі.

Після лікування мало місце поліпшення соціальної адаптації, зниження агресивності, конфліктності, орієнтація на соціальні норми.

У хворих підвищилася здатність до концентрації уваги, зниження сумнівів і коливань при необхідності прийняти рішення, тривоги та страхів з приводу можливих його наслідків. Ситуації з непередбачуваним результатом, швидкою зміною діючих факторів, що не піддаються плануванню для хворих даної групи в більшості випадків припиняють бути стресовими.

Слід зауважити, що після КВЧ-терапії позитивні зміни суб'єктивної оцінки здоров'я хворих з наслідками черепно-мозкової травми були статистично значущі, що дозволяє застосовувати даний метод для реабілітації пацієнтів з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм.

УДК: 616.89-008.434.8:614.23-053.2

Кос Л. Т.

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)

АНАЛІЗ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ЛОГОПЕДА ПРИ ДИЗАРТРІЯХ

В Українському медичному центрі реабілітації дітей логопедами проводиться консультативна та корекційна робота. За 15 років було оглянуто на курсах реабілітації 1067 дітей та проведено 21 090 корекційних занять. Діагноз дизартричні розлади виявлено у 87 % оглянутих дітей.

У обстежених та взятих на корекцію дітей з церебральним паралічем виявлено такі форми дизартрії: псевдобульбарна (спастико-паретична) дизартрія; екстрапірамідна (гіперкінетична) дизартрія; мозочкова (атонічно-атактична) дизартрія.

Найчастіше виявляли при обстеженні псевдобульбарну та екстрапірамідну форму дизартрії: біля 80 %.

Успіх корекційної роботи з дітьми, які мають дизартрію, залежить від дотримання основних принципів реабілітації, а саме: ранньої та правильної діагностики, яка дасть змогу визначити напрямки корекційної роботи; принцип раннього впливу, що сприяє більш повному розвитку компенсаторних можливостей мозку, що підсилює ефективність корекційної роботи; принцип системного впливу, спрямованого на моторний розвиток; на психічний розвиток; на сенсорний розвиток; на мовленнєвий розвиток; принцип комплексного впливу, який полягає в злагодженій роботі фахівців: невролог — логопед — педагог.

Логопедична робота по корекції порушень мовлення при дизартрії спрямована на нормалізацію м'язового тонусу та розвиток рухів органів артикуляційного апарату; розвиток мовленнєвого дихання, а також на розвиток мелодійної сторони мовлення; корекцію фонетичної сторони мовлення; розвиток активного та пасивного словника і граматичної сторони мовлення.

Під час корекційної роботи слід враховувати диференційований підхід: у дітей з псевдобульбарною дизартрією треба розвивати довільні рухи в артикуляційному апараті, мовленнєве дихання та виконувати вправи на подолання гіперсалівації, а в роботі з дітьми, які мають екстрапірамідну форму дизартрії, в першу чергу слід звернути увагу на розвиток динамічних рухів в артикуляційному апараті.

На курсі реабілітації для дітей складався індивідуальний план корекційної роботи, а саме: логопедичний масаж (класичний та зондовий); розвиток мовленнєвого дихання; активно-пасивні артикуляційні вправи; логопедична робота по корекції вимови звуків та граматичної сторони мовлення.

Кожен пацієнт отримував в середньому до 10 процедур логопедичного масажу та до 6—8 занять з корекції. Батькам надаються рекомендації щодо роботи вдома.

Періодично діти консультуються в центрі, батьки отримують поради для роботи вдома самостійно (консультації раз на 4—6 місяців, елементи логопедичного масажу, активно-пасивні та артикуляційні вправи вдома постійно).

Після проведення корекційної роботи позитивна динаміка спостерігається у 92 % дітей, взятих на реабілітацію.

Ефективність залежить від віку дитини на початок корекційної роботи, від форми дизартрії, від загального стану дитини, від співпраці з батьками, від правильності вибору корекційної програми.

Позитивна динаміка спостерігається найбільше у дітей, які взяті на корекцію у віці до одного року та батьки вдома виконували надані рекомендації.

УДК: 616.831-005.8-053:001.8

Костюковская А. Е., Абдуллаев Р. Я., Марченко В. Г., Сысун Л. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ БЕССИМПТОМНЫХ ЛАКУНАРНЫХ ИНФАРКТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Одним из ведущих факторов риска цереброваскулярной патологии является артериальная гипертензия (АГ). Острое повышение артериального давления (АД) сопровождается некрозом миоцитов сосудистой стенки, плазморрагией и ее фибриноидным некрозом, что приводит к двум патологическим результатам: формированию милиарных аневризм с развитием в дальнейшем кровоизлияния в мозг, или к набуханию стенок, сужению или закрытию просветов артериол вследствие гиалиноза, с развитием малых (до 15—20 мм в диаметре) глубинных лакунарных инфарктов (ЛИ) мозга, локализующихся в белом веществе полушарий, подкорковых ядрах, в стволе мозга и мозжечке. Их развитие связывается с поражением мелких (40—80 мкм в диаметре) перфорирующих артерий. Небольшие по размерам ЛИ головного мозга, образующиеся в клинически «немых» зонах, могут протекать бессимптомно и быть случайной находкой при КТ, МРТ или аутопсии. Внедрение в клиническую практику методов КТ и МРТ обеспечило возможность прижизненной диагностики ЛИ. Многими отечественными и зарубежными авторами показано, что наличие бессимптомных ЛИ является предиктором развития инсульта или сосудистой деменции.

Цель исследования — изучить особенности локализации «немых» ЛИ головного мозга у пациентов, страдающих АГ, в зависимости от возраста.

Обследовано 65 больных в возрасте от 39 до 69 лет: 38(58,5 %) мужчин и 27 (41,5 %) женщин, поступивших в неврологическое отделение с диагнозом дисциркуляторная гипертоническая энцефалопатия различной степени. Обязательным условием отбора больных для настоящего исследования было наличие АГ и ЛИ в веществе головного мозга по данным МРТ, отсутствие в анамнезе ОНМК. Всем пациентам проводили МРТ головного мозга на аппарате «Siemens Concerto» (Германия) с напряженностью магнитного поля 0,2Т.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: 39—49 лет — 19 (29,2 %), 50—59 лет — 21 (32,3 %), 60—69 лет — 25 (38,5 %). ЛИ у обследованных больных имели следующую локализацию: белое вещество лобной доли — у 62 (95,4 %) пациентов, белое вещество теменной доли — у 41 (63 %), белое вещество височной доли — у 14 (21,5 %), подкорковые ганглии (скорлупа, бледный шар и хвостатое ядро) — у 23 (35,4 %), ножки мозга — у 1 (1,5 %), варолиев мост — 25 (38,5 %). Другие характерные локализации ЛИ: зрительный бугор и внутренняя капсула в нашем исследовании не были выявлены, т. к. это клинически значимые области и появление ЛИ данной локализации всегда вызывает развитие одного из лакунарных синдромов. Множественные ЛИ выявлялись у 41 (63,1 %), единичные — у 24 (36,9 %) пациентов. В возрастной группе 39—49 лет у 14 (73,7 %) пациентов выявлялись единичные ЛИ, у 5 (26,3 %) — множественные ЛИ, в лобной доле были обнаружены ЛИ у 17 (89,5 %) пациентов, в височной — у 4 (21,1 %), в теменной — у 8 (42,1 %). В возрастной группе 50—59 лет преобладали множественные ЛИ — у 17 (80,9 %) пациентов. Локализация ЛИ распределилась следующим образом: лобная доля — 20 (95,2 %), теменная доля — 13 (61,9 %), височная доля — 3 (14,3 %), ножки мозга — 1 (4,8 %), варолиев мост — 6 (28,6 %), подкорковые ядра — 4 (19 %). В возрастной группе 60—69 лет также преобладала множественность ЛИ — у 24 (96 %) пациентов. Основное расположение ЛИ было: в лобной доле — у 25 (100 %), в теменной доле — у 20 (80 %), в варолиевом мосту и подкорковых ядрах — у 19 (76 %) и в височной доле — у 7 (28 %) пациентов.

Преимущественная локализация немых ЛИ головного мозга у пациентов, страдающих АГ, всех возрастных групп — это белое вещество лобной и теменной доли. ЛИ в подкорковых ядрах в основном выявлялись у пациентов в подгруппе 60—69 лет. Для пациентов среднего возраста (39—49 лет) характерной локализацией ЛИ было белое вещество лобных долей.

УДК 616-089.28/.29-053.2:611.97

Кузін В. О., Чернишова І. М., Варешнюк О. В., Литвиненко О. М., Скрипка О. Г.

Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності (м. Харків)

ДОСВІД ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ ЗАСТОСУВАННЯ ОРТЕЗІВ НА ВЕРХНІ КІНЦІВКИ У ДІТЕЙ

За даними статистики частота пологових уражень плечових сплетінь у дітей складає 1,5 на 1000 новонароджених, а біля 10—15 % з них внаслідок стійких рухових порушень стають інвалідами. Успіх реабілітаційних заходів досягається при комплексному підході, який поєднує медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування, кінезотерапію та ортезування. Основні завдання, які ставляться перед ортезуванням — це допомога послабленим м'язам шляхом пасивного й активного заміщення функції.

Пологові ураження плечового сплетіння типові та детально вивчені, вони мають низку відмінностей від набутих брахіоплексопатій у старшому віці: рухові порушення домінують над чутливими, проксимальні ураження переважають над дистальними та характерні клінічні симптоми «куцого біцепсу», «руки горніста».

Обстежені 22 пацієнти клініки віком від 3 до 11 років з натальними ураженнями плечового сплетіння. Функції верхньої кінцівки оцінювали за класифікаційною системою MACS для визначення здатності до виконання дій руками (Manual Ability Classification System), об'єм рухів в суглобах ангулометрією за Марксом. Електроміографічне (ЕМГ) дослідження виконували на апараті «Нейро-МВП» за стандартними методиками, вивчали швидкість розповсюдження збудження (ШРЗ) по руховим волокнам периферичних нервів плечового сплетіння, оцінювали амплітуду стимульованих М-відповідей з м'язів верхніх кінцівок. Довільну біоелектричну активність м'язів оцінювали шляхом реєстрації глобальної ЕМГ при активних рухах надпліччя, плеча та передпліччя.

За даними наших досліджень ШРЗ по руховим волокнам була знижена на 30—50 % по підпахвовому, м'язовошкіряному, променевому нервам. Найбільш ураженими м'язами були надосний, дельтоподібний, двоголовий, плечепроменевий, реєструвалось зниження амплітуд М-відповідей з дефіцитом функції м'язів 90—70 %. Біоелектрична активність м'язів паретичних кінцівок при виконанні рухових завдань розподілилась таким чином, що активність м'язів надпліччя (надосний, верхня порція трапеціподібного, дельтоподібний), плеча (двоголовий та триголовий м'язи плеча), передпліччя (плечепроменевий) була знижена на 70—80 % в порівнянні зі здоровою кінцівкою.

Пацієнти були забезпечені ортезними системами лікоть — зап'ясток — кисть з шарніром в ліктьовому суглобі, який зберігав фізіологічні рухи та ротаційним вузлом, що дозволяв поступово змінювати положення модуля кисті відносно модуля передпліччя і фіксувати їх згідно з типом деформації. При необхідності діти забезпечувались коректором постави, всі пацієнти отримали комплексний курс реабілітації.

Результати оцінювали через 6—12 місяців. Усі діти почали користуватися обома руками. Рухова активність паретичної кінцівки за класифікаційною системою MACS підвищилась на 2—3 бали, об'єм рухів в суглобах збільшився на 10—20 градусів. За даними глобальної ЕМГ підвищилась скорочувальна функція паретичних м'язів. При стимуляційній ЕМГ: ШРЗ по руховим волокнам периферичних нервів без змін, підвищилась амплітуда М-відповідей до 10 % з м'язів плеча та передпліччя.

Використання нейрофункціональних методів діагностики поряд з традиційним оглядом та тестами дозволяє більш об'єктивно оцінити стан і отриманий результат реабілітації дитини.

Використання ортезних систем в комплексній реабілітації пацієнтів з натальними ураженнями плечового сплетіння підвищує рухові можливості та дозволяє розвивати навички самообслуговування дитини.

УДК 616.8-005:612.821.7

Кузнецов В. В., Корженевская Н. Н.

ГУ «Институт геронтологии имени Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины» (г. Киев)

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Важным аспектом изучения проблемы цикла сон — бодрствование и сосудистой патологии головного мозга является анализ взаимосвязи инсульта и нарушений сна [Куприянович Л. И. , 1976; Attarian H. P. 2010; Pandi-Perumal S. R., 2010]. Согласно данным полисомнографического исследования, почти у всех больных инсультом имеется нарушения цикла «сон-бодрствование» разной степени выраженности [Вейн А. М., 2003; Сон А. С., 2010]. Наиболее грубые расстройства сна отмечаются у больных геморрагическим инсультом [Маркин С. П., 2008, Kannan R. 2010; Gottselig J., 2002]. Исследования структуры сна у больных, перенесших геморрагический инсульт (ГИ), способствуют пониманию механизмов постинсультной компенсаторной реорганизации головного мозга после повреждения [Carmichael S. T., 2002; Lee-Chiong T. L., 2009] и определению путей восстановления структуры сна у больных этой категории.

Цель работы. Анализ биоэлектрической структуры головного мозга в различные стадии сна у больных перенесших геморрагический инсульт.

Обследовано 24 больных в восстановительном периоде (от 1 месяца до 1 года) геморрагического инсульта (БГИ), из них 11 были с локализацией геморрагического очага в левом полушарии, а 13 — в правом полушарии, средний возраст составил 58,97 ± 2,24 года. Контрольную группу (КГ) составили 12 лиц соответствующего возраста с дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатией I стадии. Геморрагический характер инсульта подтверждался данными МРТ-исследования. Для объективной оценки сна проводили ночное полисомнографическое исследование, включавшее запись показателей электроэнцефалограммы, электроокулограммы, электромиограммы. Использовался прибор «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» («Медиком МТД», Россия).

В результате анализа структуры биоэлектрической активности головного мозга в разные стадии сна установлено, что для больных, перенесших ГИ, по сравнению с больными КГ, в стадии пассивного бодрствования характерны статистически достоверно более низкие показатели доминирующей частоты α-1-ритма во всех областях мозга (БГИ: 8,72 ± 0,04 и КГ: 9,51 ± 0,03) на фоне более высокой частоты δ-ритма (БГИ: 0,89 ± 0,03 и КГ: 0,70 ± 0,02) и θ-ритмов (БГИ: 6,18 ± 0,03 и КГ: 6,07 ± 0,07). В поверхностных стадиях сна (1 и 2 стадии) у больных инсультом сохраняются более низкие показатели доминирующей частоты α-1-ритма (БГИ: 8,48 ± 0,04 и КГ: 8,73 ± 0,03), а также β-1-ритма (БГИ: 15,40 ± 0,13 и КГ: 16,28 ± 0,18) по сравнению с больными дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатией I стадии.

В стадии δ-сна (3 и 4 стадии) у больных, перенесших геморрагический инсульт, отмечается снижение показателей доминирующей частоты δ-ритма (БГИ: 0,89 ± 0,02 и КГ: 0,96 ± 0,02) и α-1-ритмов (БГИ: 8,64 ± 0,04 и КГ: 9,04 ± 0,09) на фоне увеличения частоты θ-ритма (БГИ 4,88 ± 0,05 и КГ: 4,52 ± 0,08). В REM-фазу у больных, перенесших геморрагический инсульт, статистически достоверно повышаются значения доминирующих частот медленных ритмов: δ (БГИ: 0,81 ± 0,02 и КГ: 0,72 ± 0,02) и θ (БГИ: 5,18 ± 0,06 и КГ: 4,78 ± 0,06), и это увеличение больше выражено в пораженном полушарии. Также в REM-фазе наблюдается нарушение картины пространственного распределения в коре больших полушарий показателей значений доминирующих частот в диапазоне α-1- и α-2-ритмов по сравнению с пациентами контрольной группы — отмечается «зональная инверсия».

Таким образом, анализ биоэлектрической активности мозга в разные стадии сна показал, что у больных геморрагическим инсультом, по сравнению с больными дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатией, отмечаются более выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга в δ-сне и REM-фазе, которые характеризуются более низкими показателями значений доминирующих частот δ-ритма в стадии глубокого δ-сна и более высокими показателями δ- и θ-ритмов в REM-фазу, что свидетельствует о нарушении структуры сна, обусловленной дизрегуляцией функционального состояния гипоталамо-стволовых структур мозга.

УДК 616.831-005-06:616.233-007.271

Кунцевская И. В.*, Кушнир Г. М.**

КУ «Севастопольская городская больница № 1» (г. Севастополь), ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)***

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Изучение неврологической симптоматики при патологии легких является достаточно актуальной проблемой в связи с большим распространением данной патологии среди населения, влиянием на качество жизни, сложностью ранней диагностики и большим экономическим ущербом. В патогенезе

нервной системы при хроническом обструктивном заболевании легких (ХОЗЛ) ведущую роль играет воздействие факторов гипоксемии и гиперкапнии, которые возникают вследствие прогрессирующего ухудшения вентиляции. Клиническая картина энцефалопатии при ХОЗЛ неспецифична, поэтому столь большое значение приобретают параклинические методы исследования, позволяющие оценить состояние мозговой гемодинамики.

При проведении исследования нами было обследовано 42 пациента, средний возраст которых составил 58,3 ± 6,9 года. Критерии включения: диагноз ХОЗЛ, верифицированный пульмонологом.

При проведении исследования все пациенты были разделены на следующие группы:

• основная группа — пациенты с ХОЗЛ I, II, III стадии. Основная группа была разделена на 3 подгруппы в зависимости от стадии ХОЗЛ: I подгруппа — пациенты с ХОЗЛ I стадии (8 обследуемых), II подгруппа — пациенты с ХОЗЛ II стадии (10 обследуемых), III подгруппа — пациенты с ХОЗЛ III стадии (6 обследуемых).

• группа сравнения — пациенты с ДЭ 1 стадии (18 обследуемых)

• контрольная группа — 10 практически здоровых человек того же возрастно-полового состава.

Церебральную гемодинамику при проведении исследования изучали при помощи экстра- и интракраниальной допплерографии на приборе SA-8000 EX (MEDISON).

В результате проведенного исследования показателей ультразвуковой допплерографии можно сделать вывод, что на начальных стадиях развития ХОЗЛ имеет место повышение скорости кровотока, индекса пульсации во всех исследуемых артериях, что свидетельствует о включении компенсаторных механизмов в ответ на гипоксию, гиперкапнию и формирование венозного застоя мозга. С развитием заболевания и прогрессированием стадии ХОЗЛ компенсаторные возможности снижаются, о чем говорит снижение скорости кровотока, индекса пульсации по средней мозговой артерии. При этом происходит увеличение скорости кровотока по позвоночным артериям, что говорит о компенсации кровотока за счет вертебробазилярного бассейна. Также с прогрессированием ХОЗЛ наблюдается снижение цереброваскулярного резерва. Происходит повышение скорости венозного оттока по венам Розенталя, что свидетельствует о затруднении оттока из полости черепа в целом.

Данные исследования свидетельствуют о том, что ХОЗЛ вносит существенный вклад в нарушения как артериальной, так и венозной церебральной гемодинамики, истощение цереброваскулярного резерва, степень выраженности которых зависит от стадии ХОЗЛ. В связи с этим крайне важно оценивать состояние церебральной гемодинамики уже на ранних стадиях заболевания с целью предотвращения возможных осложнений.

УДК: 616.12-073.97-008.331

Кушнир Г. М.*, Микляев А. А.*, Микляева Н. Н.**
*ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)***,***
*ГУ «ОКБ ст. Симферополь «ГП Приднепровская железная дорога»*******

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) и суточное мониторирование артериального давления (СМАД) давно и с успехом применяется у пациентов кардиологических стационаров. В последнее время данная методика все чаще внедряется для обследования пациентов с другой патологией, в том числе и неврологического профиля. Однако, учитывая специфику патологии, для данной категории больных имеются особенности как в показаниях для проведения исследования, так и при интерпретации результатов, которые и в настоящее время недостаточно изучены. Нами проанализированы результаты обследования пациентов неврологического стационара, которым проводилось ХМЭКГ и СМАД.

Всего данное исследование проведено 170 пациентам, из них — 69 мужчин и 101 женщина, в возрасте от 18 до 83 лет. Использовался аппаратный комплекс Cardiospy ЕС3Н/АВР «Labteh ltd.». Нозологическая структура пациентов была самой разнообразной: от цереброваскулярной патологии до заболеваний периферической нервной системы.

Поводом для обследования являлись жалобы пациентов, решение экспертных вопросов, как часть протокола обследования при пароксизмальных состояниях и при цереброваскулярной патологии.

Жалобы на пароксизмальное сердцебиение предъявляли 42 человека. При этом кардиальная патология верифицирована только у 45,2 % женщин и у 62,5 % мужчин. С экспертной целью у неврологических пациентов, претендующих на установление группы инвалидности по поводу наличия или отсутствия артериальной гипертензии (АГ) или аритмии, обследованию подвергся 21 пациент. Патология верифицирована лишь у 26,7 % женщин и у 37,5 % мужчин! Жалобы на боли в области сердца предъявляли 43 пациента. Стандартная ЭКГ не выявляла патологии. А при ХМЭКГ ишемические изменения верифицированы у 21,4 % мужчин и у 24,1 % женщин. При этом патология выявлена у 7,0 % пациентов моложе 40 лет и у 14,0 % моложе 60 лет. Перебои в работе сердца отмечали 39 пациентов. Аритмия верифицирована у 80,0 % мужчин и у 79,2 % женщин. Приступы с потерей сознания отмечались у 25 человек. Кардиальная патология, как этиологический фактор синкопальных состояний, выявлена у 30,3 % мужчин и 53,3 % женщин. Жалобы на артериальную гипертензию предъявляли 55 человек. Из них у 77,7 % мужчин и у 39,3 % женщин патология подтверждена. У 12,7 % пациентов была выявлена артериальная гипотензия (АГипо), которая у 57,1 % из них была вызвана передозировкой антигипертензивных препаратов, а у 43,9 % оказалась их истинным уровнем давления (что составило 5,5 % от общего числа пациентов, предполагавших наличие у себя повышенного АД). Жалобы на низкое артериальное давление предъявляли 10 человек. У всех подтверждена АГипо, что составило 14,1 % от всего числа пациентов, которым проводилось СМАД.

Пароксизмальные состояния без потери сознания («панические атаки», пароксизмальные головокружения, пароксизмальный кашель и т. д) отмечались у 16 пациентов. Кардиальная патология, являющаяся причиной данных состояний, выявлена у 31,3 % пациентов. Жалобы на слабость при ходьбе у лиц любого возраста, непереносимость физической нагрузки и затруднение дыхания, при отсутствии кардиалгий (что часто трактуется как функциональные нарушения, астенический синдром или вегетативные нарушения), предъявляли 19 человек. Кардиальная патология (ишемия, пароксизмы аритмии, блокады) верифицирована у 50,0 % мужчин и 61,5 % женщин. Обследование по поводу ишемического инсульта с подозрением на его кардиогенный характер проведено у 21 пациента. Патология выявлена у 91,7 % мужчин и у 55,6 % женщин.

Имеются гендерные различия у пациентов неврологического профиля при проведении и анализе данных ХМЭКГ и СМАД: больший субъективизм в жалобах женщин, чем у мужчин.

ХМЭКГ и СМАД является объективным и действенным инструментом при решении экспертных вопросов.

Учитывая высокий уровень ишемических изменений на ХМЭКГ у пациентов с кардиалгиями и с отсутствием патологии на стандартной ЭКГ, необходимо обязательное дообследование данных пациентов для исключения ишемической болезни сердца.

ХМЭКГ и СМАД должны стать рутинными методами исследования у пациентов с синкопальными состояниями в любом возрасте.

Выявлен высокий уровень пациентов с ятрогенной и первичной артериальной гипотензией.

Высокий уровень кардиальной патологии у пациентов с пароксизмальными состояниями без потери сознания заставляет более критично относиться к диагнозу «панические атаки», «ВСД», «астено-невротический синдром», что требует углубленного кардиологического обследования.

Криптогенный ишемический инсульт, особенно при подозрении на кардиогенное происхождение — абсолютное показание для ХМЭКГ.

УДК 616.831-005.1:001.8

Лапшина И. А., Лапшина Л. А., Джандоева Н. Ш.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ДВУХЛЕТНЕЕ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Целью данной работы явилось провести динамическое наблюдение в течение 2-х лет за 140 больными (88 женщин, 52 мужчины) с ишемическим мозговым инсультом (МИ) в возрасте от 55 до 77 лет.

Согласно критериев TOAST у 54 % больных инсульт развился по атеротромботическому механизму, у 16 % больных был ишемический кардиоэмболический инсульт, у 20 % — лакунарный инфаркт мозга. У 7 % пациентов развился гемодинамический инсульт, у 4 % — криптогенный.

Исследование включало следующие этапы: 1 этап — период набора пациентов, 2 этап наблюдения — через 1 год (12 ± 3 месяца), 3 этап наблюдения — через 2 года (24 ± 3 месяца).

После 1 этапа, в процессе наблюдения, все пациенты были распределены на 2 группы. Пациенты I группы (89 больных) постоянно принимали препараты, которые направлены на предотвращение атеротромботических, кардиоэмболических событий (аспирин 100 мг, или клопидогрель 75 мг, или агренокс (аспирин 25 мг + дипиридамол медленного высвобождения 200 мг, варфарин, ривароксабан 15—20 мг)), контролировали показатели артериального давления (АД), систематически принимали антигипертензивные и гиполипидемические препараты. Пациенты II группы, несмотря на рекомендации врачей, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию принимали нерегулярно или не принимали ее вообще, АД контролировали не систематически, антигипертензивные препараты принимали эпизодически, статины не получали.

В течение всего периода наблюдения у пациентов обеих групп отмечалось улучшение их функционального состояния и уменьшение степени их инвалидизации, что характеризовалось уменьшением баллов по шкале Ренкина и увеличением показателей по индексу Бартеля, однако у пациентов I группы они были более выражены.

К окончанию исследования умерло 20 пациентов (14,3 % от общего количества пациентов), из них 17 больных II группы. У 13 больных развился повторный мозговой инсульт (у 2 пациентов I группы, 11 — II группы), у 4 пациентов II группы развился инфаркт миокарда. Один пациент I группы страдал сахарным диабетом и умер от гангрены нижних конечностей.

Из числа выживших больных повторные нефатальные инсульты были у 10 пациентов (7,1 %) (у 1 больного I группы, 9 пациентов II группы), они были атеротромботического и кардиоэмболического генеза. У 3 пациентов (2,1 %) II группы, которые перенесли ишемический кардиоэмболический инсульт, развился нефатальный инфаркт миокарда. Следует отметить, что сердечно-сосудистые эпизоды развились у тех больных, у которых было 2 и более фактора риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, нарушение сердечного ритма, курение, абдоминальный тип ожирения).

Таким образом, проведенное динамическое наблюдение показало, что назначение адекватной медикаментозной терапии (антиагреганты, антикоагулянты, гиполипидемические и антигипертензивные препараты) влияет на частоту развитие сердечно-сосудистых осложнений.

Пациенты, которые перенесли МИ, должны находиться под систематическим динамическим наблюдением врачей.

Наше исследование, еще раз показало необходимость контроля факторов риска МИ. В первую очередь необходим контроль показателей АД и систематический прием препаратов, направленных на его нормализацию, контроль уровня холестерина и липидов крови, систематический прием гиполипидемических препаратов, контроль сахара крови, отказ от курения. Пациенты систематически должны принимать антиагрегантную, а в ряде случаев и антикоагулянтную терапию.

УДК 616:616.5-001/-002-08

Лебедюк М. Н., Шандра О. О.

Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ АЛЕРГІЧНОГО ДЕРМАТИТУ З УРАХУВАННЯМ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ РОЛІ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Алергічний дерматит (АД) є важливою проблемою для сучасної галузі охорони здоров'я через значні показники захворюваності різних прошарків населення, складний характер клінічної маніфестації захворювання, можливі наслідки та ускладнення. Фахівці не мають достатньо ефективних лікарських схем цієї хвороби, які мали б впливати на патогенез захворювання. Встановлено важливе патогенетичне значення зрушення функціональної ролі нервової системи у розвитку та перебігу АД.

Метою роботи є дослідження ефективності комплексного лікування АД, яке розроблене з урахуванням патогенетичної ролі порушення функціональної активності нервової системи.

Досліди були проведені за умов хронічного експерименту. Експериментальний АД (ЕАД) відтворювали відомим методом, використовуючи 0,25 % розчин біхромату калію. Виділяли 5 груп тварин: 1 група — контрольні щури, 2 — щури із ЕАД без лікування, 3—5 групи — щури із ЕАД, яким з лікувальною метою в/очер вводили дельтаран (0,1 мг/кг), мелатонін (10 мкг/кг) та сумісно дельтаран с мелатоніном, відповідно. В усіх групах було по 15 щурів. У щурів досліджували цикли сон — неспання за загальноприйнятою методикою (Лебедюк М. Н., Шандра А. А., 2010). Визначали такі параметри циклу: загальний термін поведінкового неспання, загальну тривалість сну, абсолютний термін тривалості поверхневого (ППХС) і глибокого (ГПХС) повільнохвильового сну, а також парадоксального сну (ПС).

У щурів із ЕАД тривалість періоду неспання становила в середньому 102,5 ± 11,0 хв, що суттєво перевищувало такі дані в контрольній групі ($P < 0,05$). За умов ЕАД збільшувалася (в 2 рази, $P < 0,01$) тривалість фази ППХС та зменшувалася (на 21 %, $P < 0,05$) тривалість фази ГПХС порівняно з такими даними в контрольних спостереженнях. Тривалість фази ПС становила 7,0 % від усього терміну сну, що також було значно менше при порівнянні з відповідним показником у інтактних щурів ($P < 0,05$). У щурів із ЕАД незначним чином змінювалися терміни латентного періоду засинання та латентного періоду ПС, при цьому в 1,85 разів збільшувалася кількість циклів ПС.

Найбільш виражений вплив на структуру та тривалість стадій циклу сон — неспання було відзначено в 5-й групі щурів. Так, під впливом сумісного введення дельтарану та мелатоніну тривалість періоду неспання в щурів із ЕАД дорівнювала 75,9 ± 8,0 хв, що було на 26 % менше відповідно таких показників у щурів із ЕАД без лікування ($P < 0,05$). Тривалість фази ППХС за таких умов зменшилася удвічі ($P < 0,01$), ГПХС — зросла на 15 % ($P < 0,05$). Зареєстроване збільшення тривалості фази ПС (у 1.5 рази, $P < 0,05$). Відзначено зменшення (на 45 %, $P < 0,05$) кількості циклів ПС. Отримані дані мали вірогідні розбіжності щодо таких у щурів 3-ї та 4-ї груп ($P < 0,05$).

Отже, наші дані свідчать про патогенетичну роль порушення функціонального стану нервової системи при АД, наслідком чого є суттєве підвищення реактивності безпосередньо нейронів та нейрональних утворень мозку, активації внутрішньомозкових шляхів, що спричиняє гіперактивацію кори великих півкуль з усіма можливими наслідками цього ланцюжного процесу. Зважаючи на показану взаємодію нейроімунних механізмів у розвитку патогенного та саногенного впливів за умов нейропатологічних синдромів, цілком ймовірним є вторинний розвиток імунного дисбалансу внаслідок первинної дизрегуляції нервової системи при АД. Показаний нами позитивний ефект лікувальної схеми дельтаран + мелатонін, який виражається нормалізацією структури та тривалості функціонального циклу сон — неспання є експериментальним обґрунтуванням доцільності клінічного тестування цієї схеми лікування хворих на АД з метою активації нейроімунних механізмів, що, на нашу думку, має патогенетичну обґрунтованість.

УДК 616.831:616.9-07:612.18

Левченко И. Л.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ИНФЕКЦИОННЫЕ ВАСКУЛИТЫ И ВАСКУЛОПАТИИ: ОПИСАНИЕ ТРЕХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Инфекционные агенты могут вызывать поражения сосудов путем как непосредственного воздействия на сосудистую стенку, так и в результате иммуно-опосредованных реакций, что приводит к нарушению микроциркуляции в пораженном органе с развитием гипоксии, микротромбозов, инфарктов с последующим склерозированием. При этом многие васкулопатии так и остаются нераспознанными, а сама проблема сосудистых поражений центральной и периферической нервной системы при инфекциях — не до конца изученной. Поэтому целью работы было представить описание 3-х клинических случаев инфекционных васкулопатий и оценить современное состояние этой проблемы по данным литературы.

Случай 1. 28-летняя женщина с длительным субфебрилитетом и почечной инфекцией в анамнезе с острым началом парциальных эпилептических приступов и глубоким левосторонним гемипарезом вследствие перенесенного инсульта. Была выявлена микст-бактериальная инфекция мочевыводящих путей и Hbs-антиген. При МРТ головного мозга очаговой патологии не выявлено.

Случай 2. 56-летний мужчина с прогрессирующим бинауральным снижением слуха, головокружением, шумом в ушах, Меньероподобными приступами и интерстициальным кератитом (синдром Когана) на фоне узелкового полиартериита. Начало заболевания — после перенесенной стрептококковой инфекции ЛОР-органов на фоне персистирующей цитомегаловирусной инфекции и токсоплазмоза. На МРТ в глубинных

отделах белого вещества выявлены множественные субкортикальные и перивентрикулярные сосудистые очаги.

Случай 3. 56-летняя женщина с Лайм-боррелиозом (прогрессирующим рассеянным энцефаломиелитом), подтвержденным с помощью позитивных ПЦР в ликворе и серологических тестов. На МРТ — появление новых очагов демиелинизации с перифокальным отеком, в сочетании с высоким С-реактивным белком и позитивными антинуклеарными антителами в сыворотке крови. Основными клиническими проявлениями были панические атаки, легкий нижний парапарез и нарушение походки.

Во всех 3-х случаях наряду с этиотропным лечением применялась терапия, воздействующая на иммунную систему (плазмаферез, внутривенные иммуноглобулины, кортикостероиды и иммуносупрессанты (случай 2)) с положительным эффектом, что свидетельствовало о постинфекционном иммуно-опосредованном патогенезе развития васкулопатий и васкулитов.

Развитие васкулитов и васкулопатий в настоящее время связывают с нарушением системы гемостаза, эндотелиальной дисфункцией, повреждением сосудистой стенки вследствие отложений иммунных комплексов или клеточной реакцией гиперчувствительности замедленного типа с формированием гранулем. Повреждение эндотелиальных клеток вызывает коагуляционный каскад вследствие истощения антитромботического потенциала, а также повышения уровня гомоцистеина. Также механизмы повреждения сосудистых стенок включают: формирование антител к нейтрофилам, клеткам эндотелия, цитотоксическую Т-клеточную активацию, синтез цитокинов (ИЛ1, ФНОα), молекул адгезии. Диагностические критерии васкулопатий и васкулитов включают в себя выявление признаков эндотелиальной дисфункции (D-димер, определение плазменного уровня NO, гомоцистеина, фактора Виллебрандта, циркулирующих эндотелиоцитов), данные нейровизуализации (признаки недостаточной перфузии мозга, ишемические изменения, микрогеморрагии, стеноз сосудов с утолщением и неравномерностью их стенок при контрастировании). И все же четкие критерии диагностики инфекционных васкулопатий и васкулитов остаются не до конца разработанными.

УДК 616.831-005.1-06:616.853

Лещенко К. А.*, Гелетка А. А.*, Лещенко О. К.**
**Харьковский национальный медицинский университет,*
***Харьковская городская многопрофильная больница № 18*

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА (ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ)

Как подтвердили наши исследования, формирование эпилептического синдрома является нередким осложнением перенесенных ишемических или геморрагических инсультов и наблюдался примерно у 5 % больных в остром и раннем восстановительном периоде заболевания.

Было обследовано 108 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет с полушарными инсультами (68 % ишемических и 32 % геморрагических) — в основном обширные инфаркты или инсульт-гематомы, как правило, с вовлечением височной или лобной долей головного мозга.

Наиболее часто развитие эпилептического синдрома отмечалось в период от первых двух недель (3,7 % случаев), до 6 месяцев (2,1 % случаев). Большинство приступов носили парциальный характер с вторичной генерализацией или без нее. Преобладали пациенты мужского пола.

Особенностью клинической картины явилась длительная постприпадочная спутанность сознания у больных старшей возрастной группы. В комплексной терапии данной группы пациентов использовали антиконвульсанты, как и при других формах симптоматической эпилепсии. При выборе противосудорожного препарата учитывали как тип эпилептического приступа, так и сопутствующие терапии побочные эффекты. Назначали минимальные терапевтически эффективные дозы препаратов.

Наилучшую эффективность и переносимость, особенно в старшей возрастной группе, показали ламотриджин и вальпроат натрия, которые характеризовались также меньшими лекарственными взаимодействиями по сравнению с карбамазепином и дифенином.

В результате лечения у 72 % больных отмечался полный или частичный регресс приступов, отсутствовали характерные для других форм эпилепсии изменения личности.

УДК 616.831-005.4:616.133-073.4-8

Линская А. В.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Мозговые инсульты имеют наибольшую значимость среди всех форм цереброваскулярных заболеваний. 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. К известным факторам риска мозгового инсульта относятся возраст; артериальная гипертония; заболевания сердца; транзиторные ишемические атаки; сахарный диабет; гиперхолестеринемия; курение; асимптомный стеноз сонных артерий и злоупотребление алкоголем. Многие люди в популяции имеют одновременно несколько факторов риска, каждый из которых может быть выражен умеренно.

Цель работы: оценка риска ишемического мозгового инсульта на основании результатов комплексного ультразвукового исследования магистральных артерий головы.

В исследовании принимали участие 144 человека в возрасте от 31 до 69 лет, относящиеся к трем разным группам: I группа — пациенты, перенесшие ишемический инсульт, в восстановительном периоде, II группа — пациенты с гипертонической болезнью, но без инсульта в анамнезе, III группа — практически здоровые лица сопоставимого с пациентами первых двух групп возраста. Ультразвуковое исследование проводили на сканере ULTIMA PA производства фирмы «Радмир» (г. Харьков) линейным датчиком на частоте 5—12 МГц в дуплексном режиме и в режиме «WTrack». При этом изучали степень стено-окклюзирующих поражений магистральных артерий головы, 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 средние значения ряда ультразвуковых показателей состояния артериальных стенок закономерно возрастают в ряду «здоровые лица — больные гипертонической болезнью — больные, перенесшие ишемический инсульт». Особенно наглядными и достоверными были изменения толщины комплекса «интима-медиа» в общих сонных артериях и показателей жесткости стенки этих сосудов: индекса жесткости (SI), модуля эластичности (EM) и скорости пульсовой волны (PWV). Последующий регрессионный анализ обнаружил сильную и достоверную зависимость всех перечисленных параметров от возраста. В частности, толщина комплекса «интима-медиа» с возрастом неуклонно увеличивалась, как в группе здоровых испытуемых, так и у пациентов, перенесших ишемический инсульт. При этом было установлено, что значения в 0,9 мм (являющиеся пороговой величиной в плане риска развития сосудистых катастроф) здоровые лица обычно достигают в возрасте 87 лет, в то время как пациенты, перенесшие ишемический инсульт — уже в 37 лет.

Исходя из результатов проведенного исследования, можно образно сказать, что сосуды членов группы цереброваскулярного риска уже к сорокалетнему возрасту приходят в такое же состояние, как сосуды девяностолетних старцев, не имевших склонности к данной патологии.

УДК 616.839:616.743-084

Липинская Я. В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ЛЕЧЕНИЕ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ КАК ВЕДУЩЕЕ ЗВЕНО ПРОФИЛАКТИКИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРОКСИЗМОВ

Цель исследования: выявление особенностей формирования и течения вегетативных пароксизмов (ВП) у пациентов с миофасциальной дисфункцией (МФД) шейно-плечевой локализации для определения роли последней в генезе ВП.

Обследовано 57 пациентов, страдающих МФД шейно-плечевой локализации, у которых наблюдались ВП (37 женщин и 20 мужчин в возрасте от 18 до 43 лет). Контрольную группу составили 17 практически здоровых лиц соответствующего возраста.

Пациенты были обследованы согласно стандартизированной программе исследований: оценка объективных и субъективных вегетативных симптомов, визуальная диагностика, специфическое мышечное тестирование с выявлением активных и латентных триггерных точек (ТТ) в мышцах шеи и плечевого пояса и расчет индекса мышечного синдрома, оценка выраженности болевого синдрома по ВАШ.

У всех обследованных пациентов регистрировались ВП преимущественно симпатоадреналового характера с частотой от 2 до 6 в месяц. Выраженность соматоформной вегетативной дисфункции по субъективным критериям у пациентов составила 29,7 ± 3,9 (верхняя граница нормы — 15 баллов). По объективным показателям средний балл составил 37,3 ± 3,2 (верхняя граница нормы — 25 баллов).

У пациентов отмечались выраженные мышечно-тонические нарушения (ИМС 17,3 ± 2,9, что соответствует 2—3 степени мышечного синдрома).

Наиболее часто возникновение ВП было связано со следующими мышцами: верхней и нижней косыми мышцами головы, прямыми мышцами головы и лестничными, что связано с анатомическими особенностями указанных мышц, а именно близостью их расположения к симпатическим образованиям шеи. Во всех мышцах пальпировались активные и латентные ТТ, степень активности которых была связаны с частотой и выраженностью ВП. Развитие миофасциальной дисфункции наблюдалось также в трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной мышцах, мышце, поднимающей лопатку, что обусловливало формирование патобиомеханического двигательного стереотипа, усугубляя течение миофасциальной дисфункции и соответственно формирование порочного круга вегетативной дистонии.

Наблюдалась позитивная корреляционная связь между выраженностью симпатикотонии и болевого синдрома (+0,33; $p < 0,5$); симпатикотонии и мышечного синдрома (+0,39; $p < 0,5$); мышечного синдрома и частотой ВП (+0,45; $p < 0,5$), степени активности ТТ в мышцах шеи и плечевого пояса и частотой ВП (+0,49; $p < 0,1$).

Миофасциальная и вегетативная дисфункция являются взаимосвязанными и взаимопотенцирующими состояниями.

Частота ВП имеет положительную корреляционную связь с выраженностью мышечно-тонического синдрома и степенью активности ТТ.

Наличие ВП у пациентов, страдающих МФД шейно-плечевой локализации, требует комплексного терапевтического подхода, включающего немедикаментозные и медикаментозные методы воздействия на вегетативную и миофасциальную дисфункцию.

Ликвидация МФД шейно-плечевой локализации будет способствовать предупреждению возникновения ВП.

УДК 616.831-005.1-056.5

Литвиненко Н. В., Дельва М. Ю.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНИХ СТОВБУРОВИХ ІНСУЛЬТІВ У ОСІБ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

В останні роки в науковій літературі з'явилися повідомлення про істотний та незалежний від інших складових метаболічного синдрому вплив абдомінального ожиріння на перебіг ішемічних інсультів. Згідно з результатами сучасних наукових досліджень існують переконливі докази нейропротективних властивостей статинів при ішемічних інсультах, що реалізуються за рахунок плейотропних («неліпідних») ефектів.

Мета. Вивчення ефектів впливу аторвастатину на клінічний перебіг гострого періоду та динаміку функціонального відновлення при первинних ішемічних стовбурових інсультах у осіб з абдомінальним типом ожиріння без цукрового діабету, за умови початку терапії з першої доби розвитку захворювання.

В дослідження включено пацієнтів з абдомінальним типом ожиріння I—II ступеня, госпіталізованих в неврологічне відділення 1-ї МКЛ м. Полтави з приводу ішемічних інсультів головного мозку стовбурової локалізації. Усі пацієнти не мали цукрового діабету та вираженої супутньої патології, що могло б впливати на процеси постінсультного відновлення. Група контролю складалася із 43 осіб, які отримували лише стандартне лікування. Група спостереження включала в себе 19 осіб, які з першої доби після інсульту, поряд зі стандартною терапією, приймали всередину аторвастатин — по 20 мг, один раз на добу, протягом 12 тижнів. Аналіз клінічного перебігу інсультів проводили за допомогою шкали Hoffenberth при госпіталізації, на 5-ту та 10-ту добу захворювання. Визначали рівень функціональної незалежності за допомогою модифікованої шкали Ренкіна (МШР) та рівень залежності в повсякденній життєвій активності за допомогою індексу активності повсякденного життя Бартел (ІБ) на момент виписки зі стаціонару та через 90 діб після інсульту.

Не було виявлено статистично достовірної різниці у важкості інсультів, за шкалою Hoffenberth, між двома групами пацієнтів як при госпіталізації (11,1 ± 0,9 проти 11,8 ± 0,8), так і на 5-ту добу захворювання (8,1 ± 0,8 проти 8,7 ± 0,7). Однак, на 10-ту добу після інсультів регрес неврологічної симптоматики був достовірно більш виражений при прийомі аторвастатину (5,1 ± 0,4 проти 6,4 ± 0,5; $p < 0,05$). В групі прийому досліджуваного препарату «задовільне» функціональне відновлення (МШР ≤ 2 — легкі ознаки інвалідності, пацієнт в змозі доглядати за собою без сторонньої допомоги) фіксувалося частіше, ніж у пацієнтів контрольної групи як на момент виписки зі стаціонару (21 % проти 12 %), так і через 12 тижнів після інсульту (47 % проти 32 %). Крім того, у пацієнтів, що приймали аторвастатин, частіше спостерігалися «позитивні» показники самообслуговування (ІБ ≥ 85 — незначні обмеження в самообслуговуванні, пацієнти не потребують сторонньої допомоги при виконанні побутових маніпуляцій) як при виписці зі стаціонару (26 % проти 14 %), так і через 12 тижнів після інсульту (47 % проти 30 %). Покращання перебігу гострого та відновного періодів інсультів стовбурової локалізації у пацієнтів з абдомінальним ожирінням при прийомі аторвастатину, ймовірно, є наслідком «неліпідних» властивостей препарату: збільшення експресії ендотеліальної синтази оксиду азоту, зменшення продукції прозапальних цитокінів та молекул клітинної адгезії на ендотелії судин, інгібірування тромбогенезу та покращання реологічних властивостей крові, зменшення оксидативного стресу, покращання церебральної перфузії, зменшення глутаматної ексайтотоксичності тощо.

При ішемічних стовбурових інсультах у осіб з абдомінальним ожирінням прийом аторвастатину покращує перебіг гострого періоду захворювання та сприяє більш повноцінному відновленню постінсультного функціонального дефекту.

УДК 616.853-053.2-07-085.21

Литовченко Т. А., Гасюк Г. И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МИГРЕНОЗНЫХ ПАРОКСИЗМОВ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмальных нарушений является одной из наиболее сложных диагностических задач в неврологии. Особенно осложняет диагностику тот факт, что нередко у одного больного имеется сочетание эпилептических и неэпилептических приступов. Около 20—30 % больных с диагнозом «эпилепсия» имеют в действительности неэпилептические пароксизмы, и в то же время у 30 % больных с верифицированной эпилепсией наблюдаются также неэпилептические приступы (как психогенные так и органические). Особенно сложна диагностика сочетаний эпилептических и неэпилептических приступов у детей.

Международная противоэпилептическая Лига определяет «имитаторы» эпилептических припадков как приступы, клиническая манифестация которых определяется факторами, не связанными с патологической (избыточной) активностью нейронов головного мозга, включая нарушения функций головного мозга (головокружения, синкопы, нарушения сна, поведенческие расстройства, транзиторная глобальная амнезия, мигрень, энурез и др.), а также псевдоприпадки (неэпилептические пароксизмальные поведенческие нарушения, имеющие психогенное происхождение).

Одним из наиболее частых коморбидных состояний у детей старшего возраста и подростков является сочетание мигрени и эпилепсии. Проблему диагностики составляют затылочная эпилепсия и мигрень с аурой. Дифференциальная диагностика между мигренью и эпилепсией довольно сложна, т. к. заболевания имеют не только общий патогенез но и клиническую картину, а иногда и схожую ЭЭГ. Мигренозный приступ может быть триггерным фактором для развития эпилептического припадка и, в свою очередь, эпилептический припадок может провоцировать развитие мигрени. По данным Haut S. R. et al. (2006) каждый 4-й больной эпилепсией страдает мигренью, частота эпиприпадков у больных с мигренью составляет до 17 %.

Нами было обследовано 54 человека с верифицированным (подтвержденным клиническими, нейрофизиологическими и нейровизуализационными данными) диагнозом симптоматическая парциальная эпилепсия в возрасте от 12 до 17 лет с сопутствующим цефалгическим синдромом. У 32 больных было сочетание вторично-генерализованных и парциальных припадков, у 22 наблюдались только парциальные припадки. В 10 случаях диагностирована затылочная эпилепсия, в 21 — височная, в 14 — лобная и в 9 — теменная эпилепсия, что было подтверждено данными МРТ и ЭЭГ.

Головные боли у всех обследованных больных носили пароксизмальный характер, после дообследования у 18 пациентов выявлена вазомоторная цефалгия, у 16 — головные боли мышечного напряжения, у 11 жалобы носили функциональный характер и у 9 больных поставлен диагноз — мигрень (6 со зрительной аурой). У 5 больных с мигренью (с аурой) затылочная эпилепсия была диагностирована в среднем на 2,3 ± 0,5 года раньше развития мигренозных пароксизмов, мигренозные пароксизмы только у 1 больного развивались в связи с эпилептическими приступами. У 3 больных с мигренью была височная эпилепсия и у 1 — лобная эпилепсия. У всех больных диагноз мигрень (с аурой) был установлен только после углубленного дообследования, ранее приступы мигрени со зрительной аурой расценивались как эпилептические.

Выделены наиболее значимые клинические критерии диагностики мигрени у детей и подростков с эпилепсией: длительность ауры, длительность приступа, характер зрительных элементов, наличие нарушения сознания, наличие невизуальных очаговых неврологических симптомов.

УДК 616.858-008.6-073.97:001.8

***Е. П. Луханина*[1], *И. Н. Карабань*[2], *М. А. Чивликлий*[2], *Н. М. Березецкая*[2]**

[1] *Институт физиологии им. А. А. Богомольца НАН Украины (г. Киев), Институт геронтологии НАМН Украины (г. Киев)*

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Согласно современным представлениям, в развитии БП (болезни Паркинсона) существенное значение имеет генетический фактор, однако, абсолютное большинство случаев БП являются спорадическими, обусловленными взаимодействием как генетических, так и средовых факторов. О большом значении генетической составляющей в предрасположенности к БП свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, установившие, что риск возникновения данного заболевания у родственников больных с БП в 2—7 раз выше, чем в контрольной группе. Функциональная несостоятельность экстрапирамидной системы может развиваться за несколько десятилетий до возможного проявления паркинсонизма. Для предотвращения или замедления развития заболевания требуется выявление ранней, пресимптоматической стадии нейродегенеративного процесса и поиск информативных «биомаркеров» БП.

Объективным диагностическим показателем экстрапирамидной недостаточности является биоэлектрическая активность мышц III типа, регистрируемая со сгибателей и разгибателей конечностей при помощи поверхностных электродов. Электромиограмме (ЭМГ) III типа присущи высокий уровень биоэлектрической активности мышц в покое и «залповые» разряды, соответствующие ритму тремора.

Цель: Исследование биоэлектрической активности мышц (амплитудных и частотных ЭМГ-критериев) у клинически здоровых родственников пациентов со спорадической формой БП для определения скрытых признаков экстрапирамидной недостаточности (ЭПН), которые можно рассматривать как генетически детерминированный фактор риска развития заболевания.

Исследования проведены в четырех группах людей: 1) 37 клинически здоровые родственники больных с БП (дети, братья и сестры); 2) 20 практически здоровых лица (контроль); 3) 33 пациента с акинетико-ригидно-дрожательной либо акинетико-ригидной формами БП в стадии 1,5—3,0 (Хен — Яр); 4) 24 практически здоровых лица пожилого возраста (контроль).

У больных с БП тяжесть симптоматики оценивали с помощью рейтинговой шкалы UPDRS. ЭМГ регистрировалась биполярно на приборе НейроМПВ (Москва).

Основными признаками ЭПН у пациентов с БП являются: повышенная амплитуда ЭМГ в покое, наличие «залповых» разрядов с частотой 4—9 Гц (III тип ЭМГ), увеличенные коэффициенты рефлекторного вовлечения (КРВ) мышц при удерживании груза. Признаки ЭПН были выявлены у 54,1 % родственников пациентов с БП. Повышенная амплитуда ЭМГ в покое имела место у 35,1 % человек. У 29,7 % родственников в ЭМГ зарегистрированы разряды с частотой 5—10 Гц. У 16,2 % из них отмечено увеличение КРВ при удерживании груза. Для сравнения: в соответствующей контрольной группе повышение амплитуды ЭМГ в покое отмечено у 15 %, наличие мышечных разрядов — у 5 % и увеличение КРВ — у 10 % испытуемых.

Отдельные признаки ЭПН в ЭМГ у родственников пациентов с БП встречаются в 2,3—5,9 раза чаще, чем в соответствующей контрольной группе, что подчеркивает достоинство ЭМГ-метода как неинвазивного и информативного для выявления скрытых, субклинических проявлений экстрапирамидной недостаточности. Следует полагать, что для предупреждения манифестации заболевания БП лицам, входящим в группу риска по паркинсонизму, следует придерживаться определенных рекомендаций, уделять внимание медико-социальным аспектам жизни и негативно влияющим на регуляторную функцию дофаминергической системы.

УДК 616.45-001.1/.3:616.89-008.46-073.97

Луцкий Е. И., Статинова Е. А., Луцкий И. С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

ЗНАЧЕНИЕ ПИКА Р300 ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ, СВЯЗАННЫХ С СОБЫТИЕМ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Когнитивные функции (КФ) — наиболее сложные интегрированные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и взаимодействия с ним. На их состояние значительное влияние оказывают различные экзогенные и эндогенные факторы. В настоящее время на новый уровень выходят электрофизиологические методы изучения КФ, позволяющие выявить начальные (доклинические) признаки когнитивных нарушений (КН).

Цель исследования: оценить значение пика Р300 вызванных потенциалов, связанных с событием (ВПСС), в изучении КФ у машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и помощников машинистов (ПМ), работающих в условиях хронического стресса (ХС), а также изучить влияние ХС на состояние КФ у указанного контингента обследуемых.

Обследовано 160 ММЛ и ПМ, которые составили основной объект исследования. Для оценки динамики состояния ВПСС все больные были распределены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы (СР). 1 группа — 30 машинистов локомотивов после окончания техникума, возраст 19,32 ± 0,91 (СР до 1 года); 2 группа — 39 ММЛ и ПМ, возраст 27,28 ± 1,28 (СР 5—7 лет); 3 группа — 31 человек, возраст 37,32 ± 1,08 (СР 14—17 лет); 4 группа — 30 ММЛ и ПМ, возраст 46,97 ± 1, 07 (СР 21—24 года) и 5 группа — 30 человек, возраст 56,5 ± 1,05 (СР 30—34 года). В качестве контрольной группы (КГ), было обследовано 100 практически здоровых мужчин — добровольцев, работа которых не связана с влиянием стрессогенных факторов. Пациенты КГ были распределены в зависимости от возраста: 1 группа — 20 человек, в возрасте 19,62 ± 0,87; 2 группа — 20 добровольцев, в возрасте 26,42 ± 0,78; 3 группа — 20 мужчин, в возрасте 34,52 ± 1,19; 4 группа — 20 человек, в возрасте 45,09 ± 1,05 и 5 группа — 20 добровольцев, в возрасте 55,34 ± 1,10.

Для изучения КФ оценивали пик Р300 ВПСС. Вызванные потенциалы регистрировались с использованием слуховой стимуляция с применением «Odd-ball paradigm». Исследовали амплитуду и латентный период пика Р300, что позволяло оценить уровень внимания и скорость принятия решения.

ВПСС регистрировали на медицинском компьютерном диагностическом комплексе «Эксперт» (Tredex) (Украина).

Анализ сигнала ВПСС у ММЛ и ПМ выявил различные селективные нарушения формы, амплитуды и тайминга на этапах мыслительной обработки предъявляемых паттернов, что свидетельствует о когнитивной дезинтеграции различного уровня и степени тяжести. Отмечено постепенное удлинение латентного периода, в зависимости от возраста и стажа работы. Достоверные отличия указанных показателей зафиксированы в 4 и 5 возрастных группах ММЛ и ПМ. В первых трех группах изменения соответствовали как КГ, так и «кривым старения». С возрастом выявлено снижение амплитуды Р300 у основного объекта исследования, свидетельствующее о снижении уровня внимания. Достоверное снижение данного показателя регистрируется в возрасте старше 55 лет.

Воздействие хронического стресса оказывает негативное влияние на состояние КФ, вызывая снижение амплитуды и удлинение латентности пика Р300 ВПСС, что ассоциируется с изменениями уровня внимания, что может повлиять на выполнение производственных функций. Указанные изменения и их выраженность связаны с длительностью воздействия ХС и достоверно регистрируются после 20-летнего воздействия ХС. Наиболее оптимальным способом, позволяющим определить состояние КФ и выявить ранние проявления КН и их характер, является метод ВПСС, который позволяет получить количественную и качественную характеристики изучаемых процессов.

УДК 616.45-001.1/.3:616.13

Луцкий И. С., Луцкий Е. И., Лютикова Л. В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Стресс представляет собой уникальный механизм адаптации организма к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Длительное влияние стрессорных факторов приводит к стойкой активации стрессорных систем (СС), что является причиной развития стресс-обусловленной патологии. Одной из мишеней в этом процессе является сосудистая стенка.

Целью исследования явилось изучение механизмов, приводящих к изменению сосудистой стенки в условиях воздействия хронического стресса (ХС).

Обследовано 160 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ), которые составили основной объект исследования (ОО). Они были разделены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы. В качестве контроля обследовали 100 практически здоровых мужчин — добровольцев, составивших контрольный контингент (КК). КК был распределен на группы, идентичные по возрастным параметрам с ОО исследования.

Состояние сосудистой стенки оценивали по толщине комплекса интима-медиа (КИМ) задней стенки общей сонной артерии.

Функциональное состояние центрального звена СС определяли по содержанию в сыворотке крови кортикотропинрелизинг гормона (КТРГ) и адренокортикотропного гормона (АКТГ). Периферическое звено изучали по содержанию кортикостерона (КрС) и кортизола (Кр). Степень эндотелиальной дисфункции (ЭД) оценивали по содержанию эндотелина-1 (ЭТ-1). Работу ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) изучали по содержанию ангиотензина-1 (АТ-1) и ангиотензина-2 (АТ-2). Значение атеросклеротического процесса оценивали по содержанию холестерина и его фракций (ХЛПВП, ХЛПНП), а также определяли количество С-реактивного протеина (СРП).

В ходе исследования установлено, что темпы прироста толщины КИМ выше у ОО, в сравнении с КК, что достоверно после 20-летнего воздействия ХС. Достоверная разница в толщине КИМ обнаружена между 4 и 5 группами ОО и КК.

В реакции СС прослеживается четкая этапность. В начальных периодах воздействия ХС (первые 5—7 лет) отмечается активация СС, затем ее активность приближается к показателям КК (последующие 7—8 лет, период адаптации), в последующем (после 15—17 лет воздействия ХС) вновь отмечается стойкая активация СС (период дезадаптации).

Уровни ЭТ-1 достоверно коррелируют с активностью СС, что особенно четко прослеживается после 15 летнего периода воздействия ХС. Также получена корреляция в уровнях ЭТ-1 с толщиной КИМ между 4 и 5 группами машинистов и КК.

Активация РААС обнаруживается уже в начальном периоде действия ХС, однако более высокие концентрации АТ-1 зафиксированы в 3—5 группах ОО и коррелируют с ростом содержания ЭТ-1 и толщиной КИМ.

Не получено корреляции между содержанием холестерина и его фракций, а также количеством СРП и толщиной КИМ и гормонами СС.

Таким образом, возможно предположить, что в изменениях сосудистой стенки при воздействии ХС играют важную роль процессы ЭД, которые поддерживаются активностью РААС, в частности АТ-1. Не найдено достоверных доказательств активации атеросклеротического процесса у обследованного контингента в сравнении с контролем. Полученные данные свидетельствуют, что при воздействии ХС изменения в сосудистой стенке обусловлены процессами ЭД с развитием артериосклеротического процесса.

УДК 616.8:159.96-036.66

Лучанинова Н. В.
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина (г. Харьков)

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

К неврологическим заболеваниям, требующим особой социально-психологической работы с пациентами, могут быть отнесены БАС (боковой амиотрофический склероз), РС (рассеянный склероз), ВСД (вегетососудистая дистония), и различные формы других нейродегенеративных заболеваний (НДЗ) [3]. Структура социально-психологической работы может быть условно разделена на такие векторы:

1. Социально-психологическая реабилитация и адаптация пациента (улучшение способности к адаптации в условиях повышенной утомляемости, ограниченных возможностей; формирование копинг-стратегий, раскрытие ресурсных возможностей пациентов, адаптация к новым условиям труда и отдыха в связи с заболеванием). С этими целями уместны группы психологической работы с пациентами в рамках когнитивной, клиент-центрированной психотерапии, гештальт-терапии; социально-психологические тренинги; индивидуальная и групповая психологическая поддержка; Т-группы, группы встреч; когнитивный и мнестический тренинг [1, 4]. Это позволит улучшить психоэмоциональное состояние больного, проработать когнитивный, эмоциональный, психосоматический, личностный компоненты его состояния.

2. Социально-психологическая помощь больным и их семьям, волонтерская помощь (обучение родственников особенностям ухода за тяжелобольными пациентами, основам психореабилитационных мероприятий, упражнениям ЛФК и логопедии, помощь в уходе за больными, группы встреч родственников фатально больных, группы поддержки и взаимопомощи). Часто родственники больных и сами больные объединяются и оказывают друг другу реальную помощь и поддержку, осуществляют поиск медикаментов, аппаратов, социальных программ помощи людям с подобными заболеваниями, международных благотворительных организаций. К сожалению, сегодня в Украине на так много социальных программ помощи людям с некоторыми тяжелыми формами фатальных нейродегенеративных заболеваний (БАС), чаще всего семьи болеющих получают помощь из других стран (Германия, США, Россия). Пациентам важно оставаться социально активными, включенными в профессиональную и общественную деятельность, это часто играет важную роль в терапии (мотивационный компонент исцеления). Если заболевание причисляется к фатальным, семьям больных исключительно важна поддержка (родственников, друзей, государства). Родственникам и близким пациентов часто трудно самостоятельно обеспечить тяжелобольного, прикованного к постели, достаточным количеством внимания, ухода, заботы, душевного тепла, позитивных эмоций, при этом самому оставаясь в оптимальном психоэмоциональном состоянии.

Большинству пациентов с неврологическими заболеваниями свойственна триада Вальтер-Бюэля (ослабление памяти, ухудшение понимания, недержание аффектов), поэтому в фокусе психологической работы должны быть такие компоненты: борьба с астенией; работа с эмоциональной неустойчивостью; работа с мнестическими и когнитивными нарушениями [3]. Создание ряда проектов, обеспечивающих социально-психологическую, психоэмоциональную, духовную, материальную поддержку больным и их семьям, даст возможность осуществления реальной помощи больным на территории города Харькова и Украины. Сотрудничество с фондами помощи больным с такими группами заболеваний поможет реализовать эффективные социальные проекты, облегчить участь многих больных и их семей.

УДК 616.8-009:616.98:576.895.421

Малый В. П.[1], ***Волошина Н. П.***[2], ***Шепилева Н. В.***[1], ***Левченко И. Л.***[2]
[2] *Харьковская медицинская академия последипломного образования,* [2] *ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)*

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С КЛЕЩЕВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ)

Разнообразие ландшафта восточного региона Украины, а также негативное влияние антропогенных факторов способствуют размножению клещей и мелких грызунов, которые

являются основным резервуаром многих возбудителей трансмиссивных инфекций. За последние годы увеличивается число случаев укусов клещей в Харьковской области; так, в 2007 г. по этому поводу за медицинской помощью обратилось 510 человек, в 2008 — 735, в 2009 — 1113, а в 2010 — 1180. Практически все районы Харьковской области являются энзоотическими по Лайм-боррелиозу. Применение метода ПЦР позволило впервые выявить естественную зараженность клещей и мелких млекопитающих возбудителями клещевых инфекций, при этом боррелиями было заражено 11 % клещей и 2,3 % мелких млекопитающих, эрлихиями — 1,8 % мелких млекопитающих и 4,5 % клещей, бабезии обнаруживались только в клещах (4,5 % зараженных). При обследовании 96 практически здоровых доноров было установлено, что антитела в различных титрах к возбудителю иксодового клещевого боррелиоза выявлены в 11 % случаев, к возбудителю моноцитарного эрлихиоза человека — в 4 % случаев и в 1 % случаев — к возбудителю гранулоцитарного анаплазмоза человека, в 3 % случаев имела место микст-инфекция.

За период 2004—2011 гг. Под нашим наблюдением находились 146 человек в возрасте от 18 до 72 лет с диагнозом болезнь Лайма (БЛ). У всех пациентов диагноз был установлен на основании эпидемиологических (присасывание клеща в анамнезе у 76 %), клинических (наличие мигрирующей эритемы у 87 %) и лабораторных данных (исследование крови методом ИФА к боррелии). На стадии ранней локализованной инфекции наблюдалось 87 человек (59,5 %), вторая стадия БЛ диагностирована у 37 больных (25,3 %), третья стадия — у 15,2 % больных. При этом поражение нервной системы встречалось на всех стадиях заболевания, а полисистемное поражение организма с вовлечением кожи, печени, нервной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата развивалось в течение 2—6 недель с момента инфицирования и позже. В 10,8 % случаев развивались поражения кожи в виде вторичных эритем, появлявшихся на отдаленных от места присасывания клеща участках кожи, а также акродерматит. У 32,4 % больных отмечался синдром общей интоксикации, у 35,1 % больных наблюдалась картина гепатита с легким течением, у 59,4 % больных ЛБ отмечена патология со стороны нервной системы в виде менинго-радикулоневрита (синдром Баннварта) — у 22,7 % больных, одностороннего прозопареза или менингоэнцефалита (36,3 % и 4,5 %).

Одной из отличительных особенностей клещевого боррелиоза является склонность к рецидивирующему и хроническому течению, при этом особенно выражены поражения нервной системы. Между тем, именно на поздней стадии болезни адекватная оценка патологии ЦНС при нейроборрелиозе вызывает наибольшие трудности в связи с выраженным клиническим полиморфизмом и недостаточной настороженностью практических врачей по отношению к этому заболеванию, в связи с чем у большого числа пациентов заболевание длительное время остается не распознанным, а сами больные не получают необходимого этиотропного лечения. Мы проанализировали этиологическую структуру при энцефаломиелополирадикулоневритах и установили, что боррелия выделяется в 7,7 % случаев, а при рассеянных энцефаломиелитах — в 12 %.

Особенностью течения клещевых нейроинфекций является возможность как формирования грубого неврологического дефицита при неполной и несвоевременной диагностике и лечении, так и полного выздоровления при адекватно и своевременно проведенной терапии.

УДК 616.831-005-071.001.8

С. А. Мамедалиева, А. М. Бубликова, О. Л. Максименко
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РАВНОВЕСИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Цель работы: определить клинико-диагностические возможности объективной оценки состояния функции равновесия при хронической церебральной недостаточности.

Под наблюдением находились 60 больных с хронической церебральной недостаточностью (клинический диагноз — дисциркуляторная энцефалопатия I и II стадий). Женщин было 40 (72,7 %), мужчин — 20 (25,0), в возрасте от 48 до 78 лет (средний возраст 58,2 ± 5,1 года). Контрольную группу (для отработки нормативных показателей компьютерной стабилометрии) составили 50 клинически здоровых людей. Основными причинами дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) были артериальная гипертензия — у 78,1 % пациентов, атеросклероз церебральных сосудов — у 60 %, деформация позвоночных артерий вследствие остеохондроза шейного отдела позвоночника — у 49 %. У пациентов с I ст. ДЭ преобладали жалобы, обусловленные преимущественно астено-невротическим синдромом. Во II ст. заболевания у всех пациентов имели место нарушения в когнитивной сфере, кроме того выявлены двигательные нарушения у 79,2 %, вестибуло-атактический синдром — у 44,3 %, паркинсонический синдром — у 13,7 %.

Методы исследования включали: клинико-неврологические, клинико-инструментальные (магнитно-резонансная томография головного мозга, функциональная компьютерная стабилометрия, транскраниальное дуплексное сканирование сосудов мозга).

Нейровизуализация головного мозга позволила выявить у 13,9 % двустороннее симметрично диффузное поражение белого вещества (лейкоареоз) в перивентрикулярной зоне и в зоне зрительной лучистости. Определялись множественные лакунарные очаги (размерами 3—18 мм) в базальных ганглиях, таламусе, мосте, мозжечке, белом веществе лобных долей, у всех больных имело место расширение желудочковой системы. Стабилометрическое исследование позволило установить как общие особенности нарушения статической координации, характерные для II стадии ДЭ, так и стабилографические критерии — «маркеры» формирующейся вестибуло-атактической, экстрапирамидной и пирамидной недостаточности. Общими, характерными для всех формирующихся синдромов, особенностями состояния равновесия в сравнении с ДЭ I ст., были: увеличение средней площади стабилограммы (S) в молодом и зрелом возрасте в среднем на 32 %, в пожилом и старческом — на 69 %; длины пути (L) соответственно на 24 % и 39 %; скорости смещения ЦД (v) — на 26 % и 64 %. Положительной корреляционной связи между компьютерными стабилограммами при ДЭ II ст. и основными факторами развития болезни нами не выявлено. В то же время установлено, что каждый неврологический синдром при ДЭ II ст. имеет свои «маркеры»: вестибуло-атактический синдром — грубое уменьшение эксцентриситета в среднем на 38 %, что отражает наличие колебаний преимущественно во фронтальной плоскости и многократное увеличение средней площади стабилограммы (S); пирамидный синдром — характерную асимметрию проекции ЦД со смещением на «интактную» нижнюю конечность и увеличением расстояния между реальным и «идеальным» ЦД в фронтальной плоскости (Rx) в среднем на 43 %; экстрапирамидный синдром — грубое увеличение эксцентриситета эллипса — в среднем в 1.5 раза за счет амплитуды колебаний ЦД в саггитальной плоскости, увеличение расстояния между реальным и «идеальным» ЦД в саггитальной плоскости (Ry) с характерным смещением ЦД кпереди.

Таким образом, использование выявленных объективных критериев нарушения равновесия при I, II стадиях дисциркуляторной энцефалопатии актуально, по нашем мнению, не только в решении экспертно-диагностических задач, но и при создании комплексных программ нейрореабилитации, направленных на оптимизацию стато-локомоторной системы. Доказано, что функциональная компьютерная стабилометрия является объективным методом оценки статического равновесия и позволяет установить начальные признаки неврологических синдромов при хронической церебральной недостаточности.

УДК 616.711.6. - 08

Марамуха В. И.
КУ «Запорожская областная клиническая больница» (г. Запорожье)

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ

Актуальной проблемой современной вертебрологии является лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. В 70 % случаев преобладают боли поясничной локализации. Чаще всего страдают заболеванием лица молодого и среднего, самого трудоспособного возраста; велики экономические потери. Поэтому, представляется важным поиск новых путей решения этой проблемы.

Цель работы. Разработка новых эффективных лечебных комплексов с включением метода мануальной терапии (МТ) для лечения неврологических синдромов поясничного остеохондроза.

В специализированном неврологическом отделении № 2 КУ «Запорожская областная клиническая больница», входящем

в состав клиники нервных болезней ГУ ЗМАПО МЗ Украины, обследовано и пролечено 120 больных с неврологическими синдромами поясничного остеохондроза. Все больные предварительно прошли тщательные клинические, нейроортопедические, рентгенологические и МРТ-исследования. Выраженность болевого синдрома оценивали по шкале ВАШ (8 10 баллов). Для каждой из 3 групп пациентов были подобраны лечебные комплексы с включением разных методик МТ. Комплекс в себя включал: мануальную терапию; физиобальнеолечение; ЛФК; несколько раз в день обученные больные применяли аутоПИРМ. Больных 1-й группы лечили по традиционным методикам МТ с использованием точечного и сегментарного массажа, мышечных тракций, постизометрической (ПИРМ) и постреципрокной релаксации мышц (ПРР), мобилизаций, манипуляций. У пациентов 2-й группы МТ проводили по щадящим методикам, однократно в течение дня, без использования манипуляций. Пациентов 3-й группы лечили «мягкой» МТ интенсивно, несколько сеансов МТ через 2—3 часа в течение дня.

Наибольшая результативность лечения отмечена у пациентов группы, лечившихся по интенсивной методике МТ с использованием только ее щадящих составляющих: массажа, ПИРМ, ПРР, мышечных тракций, в сравнении с больными, принимавшими лечение по классической методике МТ, и принимавшими лечение с использование «мягкой» МТ однократно в течение дня. Быстрее купировался болевой вертебральный синдром, регрессировала неврологическая симптоматика, восстанавливалась трудоспособность. Осложнений от проводимого лечения ни в одной из представленных нами групп не отмечалось.

Проанализировав вышесказанное, мы считаем возможным рекомендовать предложенную лечебную тактику интенсивного лечения, с использованием мягких методик МТ через каждые 2—3 часа в течение одного дня, для лечения неврологических синдромов поясничного остеохондроза специалистами, практикующими МТ, в условиях неврологического стационара. Необходимо также отметить малозатратность предложенного метода лечения из-за полного отказа от использования медикаментозных средств.

УДК 616.853-036:001.33

Л. Б. Мар'єнко
Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького (м. Львів)

КЛАСИФІКАЦІЯ ЕПІЛЕПСІЇ ЯК ДЗЕРКАЛО ЇЇ ПАТОМОРФОЗУ

Класифікація захворювань створюється з метою забезпечення єдності методичних підходів до вивчення нозологічних одиниць і для можливості зіставлення матеріалів досліджень на міжнародному рівні. Таким чином створюються умови для реєстрації, систематизації, аналізу, інтерпретації та порівняння даних щодо захворюваності і смертності в різних країнах і регіонах світу.

В історичному контексті класифікація епілепсії (Е) є відображенням знань про сутність захворювання на кожному етапі її вивчення. І хоча перші описання епілептичних нападів (ЕН) з'явились більше 3000 років тому, а перші спроби класифікації епілепсії зробив Х. Джексон в 1870 р., все ж тільки через 100 років, в 1970 р. Міжнародна протиепілептична Ліга, після тривалих дискусій, ґрунтуючись на характеристиці різних типів приступів та їх кореляції з електроенцефалографічними (ЕЕГ) даними, ухвалила першу класифікацію ЕН. Наступна класифікація ЕН була затверджена в 1981 р. (вона дійсна і до сьогоднішнього дня) і ґрунтується на консенсусі експертів щодо феноменології нападів з поділом їх за дихотомічним принципом на генералізовані і вогнищеві. Наступним кроком було створення в 1989 р. класифікації епілепсії як захворювання, а вірніше, епілепсій, оскільки і тепер Е розглядають як гетерогенну групу захворювань, для яких облігатним симптомом є ЕН. Як і в класифікації ЕН, всі епілепсії поділяються на генералізовані і вогнищеві (або локалізаційно обумовлені). Другим принципом поділу Е став етіологічний. Було змінено терміни первинна (коли Е є єдиним наявним захворюванням) і вторинна (як наслідок структурної патології мозку) Е на ідіопатичну та симптоматичну. Було також додано такий термін, як криптогенна Е, для випадків, коли підозрюється симптоматична етіологія, яку неможливо довести (з прихованою причиною).

За більше як 20 років, що минули від часу впровадження класифікації епілепсій і епілептичних синдромів, відбулись революційні зміни в методах дослідження мозку, отримано багато нових даних щодо етіології, генетики Е, з'явились нові медикаментозні і хірургічні методи лікування, а також нові соціальні чинники, зміни навколишнього середовища, які модифікують перебіг хвороби, зумовлюючи її патоморфоз. Все це призвело до відновлення дебатів щодо змін в класифікації ЕН і Е. Так, пропонується відмовитись від терміну «генералізований ЕН» в зв'язку з новими даними щодо функціональних та анатомічних зв'язків в головному мозку, які доводять наявність епілептогенного вогнища при всіх формах Е. Пропонується зміна назв: симптоматичної Е на структурно-метаболічну, ідіопатичної — на генетичну, криптогенної — на Е з невідомою етіологією. Обговорюється нова концепція «системних Е», яка може замінити попередню дихотомію в класифікації. Іде розроблення класифікації психічних розладів при Е, яка буде відрізнятись від класифікації психічних порушень згідно зМКХ-10 і DSM-IV. Багато уваги приділяється діагностиці та лікуванню коморбідних соматичних, неврологічних і психіатричних розладів, які впливають на патоморфоз Е. Ще одним підходом до класифікації стала запропонована S. Shorvon et al. (2011) нова етіологічна класифікація епілепсії, де симптоматичну Е пропонується поділити на Е з переважно генетичними/вродженими та з переважно набутими причинами, вводиться нова концепція «спровокованих Е». Нові дані щодо перебігу так званих «доброякісних» дитячих епілепсій, які часом, в зв'язку з негативним патоморфозом, набувають не дуже сприятливого перебігу, дають підстави відмовитись від терміну «доброякісні», як і від фаталістичного терміну «катастрофічні» Е дитячого віку. Таким чином, зміни наших уявлень про причини, перебіг, особливості лікування і профілактики, прогноз Е ще не завершились. А, отже, патоморфоз Е триває і потребує подальшого вивчення.

УДК 616.853-06-008.64-008.441.1-07

Мар'єнко Л. Б., Лозицька О. І., Мар'єнко К. М.*, Вовк А. О.**
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Львівський національний університет ім. І. Франка** (м. Львів)*

ПРО МОЖЛИВІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНОЇ КОМОРОБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-НЕВРОЛОГА

У хворих на епілепсію (Е) найчастіше в межах психічної коморбідності спостерігаються тривожні і депресивні розлади, що потребують відповідної корекції. Їх діагностика буває недостатньою в практиці лікарів-неврологів, які в першу чергу звертають увагу на ступінь контролю нападів.

Метою дослідження було виявлення тривожної і депресивної симптоматики в межах психічної коморбідності у хворих на епілепсію в залежності від віку, статі хворих, тривалості захворювання, віку його початку та етіології, резистентності до медикаментозного лікування.

Як психометричний інструмент було обрано «Госпітальну шкалу тривоги і депресії» (HADS), розроблену Zigmond A. S. і Snaith R. P. в 1983 р. Цей опитувальник найчастіше використовують для скринінгової оцінки психічного стану хворих з різноманітною патологією, його заповнення триває близько 3—6 хвилин, виконується самим хворим, складається з 14 запитань (7 — щодо тривоги, 7 — щодо депресії), зрозумілих для пацієнтів.

Із 404 хворих на Е, які перебувають під нашим спостереженням 5 і більше років, опитувальник заповнили 397 пацієнтів (198 чоловіків і 199 жінок). 7 осіб не змогли самостійно відповісти на запитання через різні ступені когнітивних порушень. Серед всіх хворих було 38 пацієнтів з ідіопатичною (9,6 %), 287 — із симптоматичною (72,3 %) і 72 особи — з криптогенною Е (18,1 %). Діагноз всім хворим було встановлено згідно з критеріями ILAE (Міжнародної протиепілептичної ліги).

Серед усіх хворих на епілепсію у 282 осіб депресія була відсутня (71,0 %), у 98 вона була субклінічною (24,7 %) та у 17 осіб депресія була значною (4,3 %). Більшість пацієнтів мали тривожні розлади: значні — 78 осіб (19,7 %), субклінічні — 162 (40,8 %), у 157 осіб тривога була відсутня (39,5 %).

Відмічена статистично достовірна кореляція між рівнем тривоги і депресії — чим вищим був ступінь депресії, тим вищими були показники тривоги, і навпаки. Значний рівень депресії і тривоги, виявлений у хворих з фармакорезистентною симптоматичною та криптогенною Е, тобто у пацієнтів, які мали некурабельні напади. В той же час найнижчі показники депресії були у пацієнтів з ідіопатичною Е, що вірогідно зумовлено тим, що переважна більшість цих пацієнтів (86,6 %) перебувають в медикаментозній або немедикаментозній ремісії від 1 до 5—7 років.

Найнижчими показники депресії і тривоги були в осіб молодого віку, найстарша вікова група мала субклінічний рівень депресії. Щодо етіології Е, то найвищі рівні тривоги і депресії були у хворих з розсіяним склерозом, що, очевидно, зумовлено подвійним тягарем для стану здоров'я пацієнтів внаслідок поєднання інвалідизуючих захворювань. Значний рівень депресії (без суттєвих тривожних розладів) відзначений у хворих із судинною Е та із мезіальним темпоральним склерозом. Рівень депресії був значним у осіб, які захворіли в дитинстві і мали більшу тривалість захворювання.

Показник тривожності статистично достовірно був вищим у жінок, а за показником депресії статевих відмінностей не виявлено.

У пацієнтів з високим рівнем тривожності і депресії також спостерігались розлади пам'яті та дисфорії. Хворі, у яких переважали тривожні порушення, демонстрували емоційну лабільність, фобічні та іпохондричні розлади, а пацієнти з депресією — байдужість.

«Госпітальна шкала тривоги і депресії» виявилась валідною для скринінгу депресивних і тривожних розладів у хворих на Е і може на амбулаторному прийомі лікаря-невролога допомагати швидкій і достовірній діагностиці непсихотичних психічних розладів з метою їх своєчасного лікування.

УДК: 616.853-053.2-08

Мартинюк В. Ю.*, Коноплянко Т. В.*, Свистільник В. О.,* Євтушенко С. К.**, Омельяненко А. А.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ), Донецький національний медичний університет імені М. Горького (м. Донецьк)***

ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ, ЕПІЛЕПТИЧНИХ СИНДРОМІВ У ДІТЕЙ

Епілепсії — гетерогенна група захворювань, які характеризуються повторними, спонтанними припадками. Епілептичний припадок є основним симптомом епілепсії і клінічним проявом гіперсинхронних розрядів в нейронах головного мозку. Терапія епілепсій розпочинається за умови достовірності встановленого діагнозу і призначається в залежності від форми епілепсії. Лікування епілепсій складається з таких напрямків:

I. Призначення антиепілептичних препаратів (АЕП);

II. Адитивна і альтернативна терапія.

III. Нейрохірургічна корекція;

IV. Соціально-психологічна реабілітація пацієнта та сім'ї хворої дитини.

I. Базова антиепілептична терапія: призначення АЕП у вікових добових дозах. У дитячому віці лікування епілепсії і епілептичних синдромів (ЕС) необхідно розпочинати з монотерапії, враховуючи селективність дії АЕП. Призначення комбінованої протиепілептичної терапії доцільно при неефективності АЕП в монотерапії. При резистентних формах епілепсії призначають раціональну поліфармакотерапію. Відміну АЕП проводять при відсутності припадків протягом як мінімум 2 роки при генералізованих ідіопатичних формах епілепсії; при симптоматичних формах епілепсій та ЕС — при відсутності припадків протягом 5 років.

II. Адитивна та альтернативна терапія. Препарати адитивної та альтернативної дії призначають у випадках недостатньої ефективності АЕП. До них належать: кетогенна дієта, стероїди, імуноглобуліни, нейрометаболіти, вітаміни (піридоксальфосфат), фітотерапія, ароматерапія, гомеопатичне лікування, голкорефлексотерапія, методи біологічного зворотного зв'язку та інші. Резистентні до консервативної терапії форми епілепсій у дітей підлягають консультації у нейрохірурга та генетика.

III. Нейрохірургічне лікування. Критерії показань до хірургічного лікування епілепсії у дітей:

• наявність морфологічного субстрату при симптоматичній епілепсії;

• частота епілептичних припадків більше, ніж двічі на місяць, що дезадаптує хворого і становить умови для когнітивних розладів;

• істинна резистентність припадків до адекватної антиепілептичної терапії з використанням послідовно або в комбінації не менше чотирьох АЕП.

IV. Соціально-психологічна реабілітація. Соціально-педагогічні аспекти адаптації хворої дитини до життя в сім'ї та суспільстві (підвищення якості життя), до яких належать методичні прийоми удосконалення недостатніх функціональних систем: розвиток сенсорних відчуттів; рання соціалізація через навчання та реалізацію навичок самообслуговування та мотивації рухів. Освіта: підбір індивідуальних програм навчання, інклюзивне, інтегративне навчання; варіабельність форм та програм залежно від можливостей дитини; профорієнтація з попередньою психологічною підготовкою сім'ї та підлітка до певних професійних обмежень; просвітницька робота в дитячих закладах та школах з питань особливостей навчання та поведінки дітей з епілептичними припадками. Соціальна адаптація: створення системи відносин з дитиною в сім'ї як з рівноцінним партнером, зміни стереотипу життя дитини з розширенням її світогляду, спрямованість на позитивну психосоціальну адаптацію; налагодження контактів з дітьми; створення міжвідомчих програм навчання та соціальної реабілітації; психологічно-педагогічні консультації для батьків з питань навчання та соціалізації їх дитини; фінансова підтримка сім'ї.

Важливою обставиною є рекомендації, спрямовані на визначення єдиної налаштованості з боку лікаря, пацієнта та батьків хворої дитини щодо необхідності дотримання основних принципів лікування, включаючи тривалість прийому АЕП.

УДК: 616.8-053.2-036.82+364.048.6 (477)

В. Ю. Мартинюк, О. А. Майструк, В. М. Здвижкова, Р. В. Богуш

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)

ДОСВІД 15-РІЧНОЇ РОБОТИ УКРАЇНСЬКОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ МОЗ УКРАЇНИ

Протягом 1996—2011 року в Центрі проведено 159 курсів реабілітації, на яких проліковано 8738 дітей з усіх регіонів України.

Використовували такі методики медичної реабілітації: Бобат-терапія, Войта-терапія, лікувальна фізкультура (лікувальна гімнастика, лікувальний масаж, формування патерну ходи на тредбані, вестибулярне тренування, механотерапія, лікування положенням), мануальна терапія, рефлексотерапія, методика інтегральної пропріоцептивної нейром'язової кінезотерапії та скальппунктури, метод динамічної пропріоцептивної корекції з використанням рефлекторно-навантажувального пристрою «Гравітон» за методом К. Семенової, фізіотерапевтичні методики (магнітолазерна терапія, біомеханічна стимуляція м'язів, теплолікування), гідрокінезотерапія, консервативна нейроортопедична допомога (етапне гіпсування, рефлексуючі блокади м'язової спастики — антиботуліновим токсином, ортезування), сенсорна інтеграція, технічні та допоміжні засоби.

Соціально-педагогічна реабілітація включала: психологічну корекцію, психопатологічну корекцію, соціально-психологічну корекцію, логопедичну корекцію, соціальну терапію, Монтесорі-терапію, тифлопедагогіку та ін.

На курсі лікування для кожної дитини розроблялась індивідуальна програма реабілітації, яка включала одну із основних медичних методик або комбінацію декількох та соціально-педагогічну реабілітацію (Бобат-терапія — масаж — ЛФК — корекція вигодовування — тифлопедагогіка — сенсорна стимуляція — корекційна та психотерапевтична робота з батьками дитини; Войта-терапія — Бобат-терапія — орофаціальний масаж (Castillo-Morales) — корекційна та психотерапевтична робота з батьками); рефлексотерапія — масаж — ЛФК — мануальна терапія — механотерапія — сенсорна інтеграція — холдинг-терапія — диференційований логопедичний масаж та артикуляційна гімнастика та ін.). Комбінація методик проводилася з урахуванням віку дитини, фізичного та психологічного розвитку, конкретних завдань.

Діти з церебральним паралічем складали більшість — 68 %; з руховими та психомовленнєвими порушеннями, внаслідок перенесеної патології нервової системи в пре-, перинатальному періоді — 15 %; вроджені вади розвитку нервової системи, деформації та хромосомні аномалії — 6,4 %; монопарез кінцівки, як наслідок пологової травми периферичної нервової системи (акушерської параліч) — 4 %; мінімальна мозкова дисфункція — 2 %; наслідки перенесених постнатальних гострих порушень мозкового кровообігу — 1 %; наслідки запальних хвороб ЦНС — 0,9 %; розлади психологічного розвитку загального характеру та розумова відсталість легкого та помірного ступеня — 1,8 %; спадково — дегенеративні хвороби нервової системи — 0,7 %; гідроцефалія — 0,2 %.

Для оцінки ефективності реабілітації використовували анонімне анкетування батьків пацієнтів, Войта-діагностику для дітей першого року, модифіковану шкалу Ashworth для оцінки

м'язового тонусу, гоніометрію, шкалу оцінки великих моторних функцій (GMFCS). Розпочато використання опитувальника для батьків щодо якості життя дітей з церебральним паралічем Peds QL. За результатами анонімного анкетування батьків, реабілітація була ефективною у близько 92 % опитуваних.

Запропонована комплексна медико-соціальна реабілітація є основою для формування індивідуальної програми реабілітації дітей-інвалідів. Найбільша ефективність отримана при проведенні індивідуальної комплексної реабілітації за моделлю «Тандем — партнерство», що підтверджено анонімним анкетуванням батьків.

УДК: 616.83-053.2-08-036.66

Мартинюк В. Ю., Назар О. В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ МЕТОДИК В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЗГІДНО З ЗАСАДАМИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

В Україні створення клінічних настанов (КН) здійснюється шляхом адаптації вже існуючих КН, які розроблені на засадах доказової медицини у провідних світових центрах. Робочою групою зі спеціальності «Дитяча неврологія» адаптована КН «Реабілітація дітей з органічним ураженням нервової системи».

Згідно з КН медикаментозне лікування дітей з руховими порушеннями внаслідок органічного ураження нервової системи включає застосування пероральних міорелаксантів, препаратів ботулінового токсину А — BoNT-A (при спастичних парезах), антиепілептичних препаратів (при епілептичному синдромі) та дегідратантів (при гідроцефальному синдромі в стадії суб- та декомпенсації) (рівень доказовості А).

Для зменшення локальної/сегментарної спастики верхніх та нижніх кінцівок у дітей з ДЦП застосовують BoNT-A (рівень доказовості А). Відсутні докази на підтримку або для відмови від застосування BoNT-A для покращання рухової активності у пацієнтів (рівень доказовості U). Тому важливо поєднувати застосування ін'єкцій BoNT-A з кінезотерапією з метою максимальної ефективності ін'єкцій ботулінового токсину (рівень доказовості D). BoNT-A не можна використовувати окремо від інших заходів терапії (консенсус робочої групи).

Діазепам застосовують як антиспастичний засіб для короткострокового прийому у дітей з ЦП (рівень доказовості В). Тизанідин може розглядатись для лікування спастики у дітей з ДЦП (рівень доказовості С). Немає достатніх доказів на підтримку або для відмови від застосування діазепаму, тизанідину для покращання моторики у цій категорії пацієнтів (рівень доказовості U). Немає достатніх доказів на підтримку або для відмови від застосування дантролену, баклофену перорально, інтратекального введення баклофену для лікування спастики або покращання моторики у дітей з ДЦП (рівень доказовості U). Використання баклофену рекомендується у випадках вираженої спастичності та м'язової дистонії, які спричиняють значне обмеження функціональної активності, деформації кісток або біль. Важливо поєднувати застосування баклофену з фізичними методами і/або з трудотерапією (рівень доказовості D).

Систему інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод В. І. Козявкіна), динамічну пропріоцептивну корекцію (метод К. О. Семенової), Войта-терапію доцільно застосовувати в комплексній реабілітації дітей з руховими порушеннями (рекомендовано консенсусом робочої групи як найкраща медична практика). Застосування нейророзвиткової терапії (Бобат-терапії) є ефективним для розвитку рухових навиків та вмінь, покращання якості рухів та збільшення обсягу рухів у дітей з руховими порушеннями (рівень доказовості В). Сенсорна інтеграція повинна проводитися в межах неврологічної реабілітаційної програми і доповнювати інші методи реабілітації для поліпшення функціональної активності дитини (консенсус робочої групи). Лікувальна фізкультура та інші методи фізичної терапії спрямовані на підвищення функціональної активності дитини та повинні бути вчасно відкориговані з розвитком дитини на формування нових рухових навиків (рівень доказовості D). Масаж використовують з метою заспокоєння дитини, зменшення м'язового тонусу, покращання взаємодії «мати — дитина» (рівень доказовості D).

З урахуванням викладеного, до основних методів медичної реабілітації у дітей з органічним ураженням нервової системи відповідно до засад доказової медицини належать методика В. І. Козявкіна, К. О. Семенової, Бобат-терапія, Войта-терапія, класичні методики кінезотерапії, ін'єкції BoNT-A, сенсорна інтеграція.

УДК: 616.83-053.2-036.66

Мартинюк В. Ю., Панасюк В. Ю., Назар О. В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ЗАСАДИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

В останні десятиріччя в усьому світі для забезпечення якості й ефективності медичної допомоги, створення якісних клінічних протоколів та медичних стандартів використовують клінічні настанови (КН). Клінічна настанова (*Clinical practice guidelines*) — це твердження, що розроблені з використанням визначеної методології з метою допомогти лікарю і хворому у прийнятті рішення щодо проведення раціональних втручань у певних клінічних ситуаціях; це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, заснованої на доказах ефективності, в першу чергу для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і вторинну медичну допомогу.

Відповідно до положень Наказу МОЗ України № 102/18 від 19.02.2009 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)», створення КН в Україні здійснюється шляхом адаптації вже існуючих КН, які розроблені на засадах доказової медицини у провідних світових центрах.

Робочою групою було проведено систематичний огляд в системах PubMed, Medline, GIN, NGC, AHRQ, NICE, NZGG, SIGN, Royal College of Physicians (RCP), the Cochrane Library, решта. До аналізу були включені всі публікації англійською мовою 2000—2010 років.

За останні 10 років створені КН з окремих складових лікування та реабілітації дітей з руховими порушеннями внаслідок гіпоксично-ішемічного ушкодження головного мозку в пре- перинатальний період, вад розвитку головного мозку, геморагічного ураження головного мозку, внутрішньоутробних інфекцій, уражень головного мозку в постнатальний період внаслідок травм, менінгіту, енцефаліту. Найбільша кількість КН присвячена корекції рухових порушень у дітей з церебральним паралічем. Водночас рекомендацій, заснованих на доказах, які б об'єднували різні напрямки реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи не розроблено.

На даний період часу відсутні КН з реабілітації дітей з руховими порушеннями (зі спастичністю та гіперкінетичним синдромом) внаслідок непрогресуючого органічного ураження головного мозку. Тому для створення КН «Реабілітація дітей з органічним ураженням нервової системи» ми застосовували декілька КН, які мають доказову базу і можуть бути використані як рекомендації для реабілітації дітей з руховими порушеннями.

Згідно з даними адаптованих КН у дітей з органічним ураженням нервової системи поряд з руховими порушеннями часто виникає супутня коморбідна симптоматика: когнітивні розлади та порушення навчання; порушення зору та слуху; мовленнєві розлади; епілепсія та епілептичні синдроми; труднощі жування та ковтання, зондове годування; розлад харчування та росту; порушення мінерального обміну; урологічні порушення; розлади з боку шлунково-кишкового тракту (гастроезофагеальний рефлюкс та захлинання); порушення з боку дихальної системи (апное, обструкція дихальних шляхів, хронічна аспірація) (рівень доказовості А).

Таким чином, у дітей з органічним ураженням нервової системи необхідно проводити корекцію не лише рухових порушень, але й супутньої коморбідної симптоматики. Реабілітація повинна бути спрямована на покращання соціальної адаптації дитини в оточуючому середовищі, на покращання самообслуговування, спілкування, дозвілля, забезпечувати відвідування освітніх та громадських закладів, підвищення якості життя дитини-інваліда (рівень доказовості D).

УДК 616.832.522-07

Марусиченко Е. А., Белякова М. С., Евтушевская А. Н., Марусиченко В. В., Евтушенко С. К., Симонян В. А., Гончарова Я. А.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк)

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

Болезнь двигательного нейрона — это нервно-дегенеративное заболевание, которое проявляется гибелью центральных и периферических мотонейронов, с неуклонным прогрессированием и летальным исходом.

Средняя продолжительность жизни составляет около 2,5—3 года, эффективные методы лечения болезни отсутствуют, что определяет медицинскую и социальную актуальность проблемы болезни двигательного нейрона.

Боковой амиотрофический склероз (БАС) составляет 80 % болезней двигательного нейрона.

Классическим БАС называют форму с относительно равномерным поражением центрального и периферического нейрона, прогрессирующим течением, нарастающими мышечной слабостью, бульбарными и дыхательными нарушениями.

Цель работы: ранняя дифференциальная диагностика болезни двигательного нейрона.

В ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» с 2010 по 2011 гг. находились на обследовании 46 пациентов с жалобами на мышечную слабость, исхудание мышц, нарушение артикуляции речи, фонации, глотания, из них мужчин — 24, женщин — 22, в возрасте от 19 до 71 года. Всем пациентам проводилось клинико-неврологические и соматические обследования (КФК, КК), биохимические и клинические анализы крови, ЭНМГ, рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, МРТ головного и спинного мозга, краниоцервикального перехода и шейного отдела позвоночника, ультразвуковое исследование артерий головы и шеи, осмотр окулиста. Для исключения соматических и аутоиммунных заболеваний проводили дополнительные исследования: ENA-screen, АТ к фосфолипидам, АТ к нативной ДНК, АНА-фактор, АТ к эндотелию, миозитный комплекс, некоторым пациентам произведена биопсия кожно-мышечного лоскута с последующим патоморфологическим исследованием.

В отделение пациенты направлены со следующими диагнозами: синдром БАС неуточненного генеза — 27 человек, клещевой энцефалит — 1 человек, спинальная амиотрофия — 5 человек, невральная амиотрофия — 7 человека, шейная миелопатия — 14 человек. После обследования в 18 случаях был диагностирован БАС (как вариант болезни двигательного нейрона), в 5 случаях — спинальная амиотрофия, в 5 случаях — невральная амиотрофия, 10 пациентов — с шейной миелопатией (из них в сочетании с абсолютным стенозом позвоночного канала — 3 и критическим стенозом сонных артерий — 3, единичные случаи сирингомиелии шейно-грудной локализации, миопатии, очагового поражения спинного мозга и 2 случая полимиозита. Клинические проявления заболевания у пациентов с достоверным БАС развивались до поступления в клинику до 2-х месяцев у 15,6 % (преимущественно бульбарная форма), до 6-ти месяцев у 34,7 % (чаще шейная и смешанная форма), до 1-го года у 22,7 % и свыше 2-х лет у 27 % пациентов. Следует отметить, что при неврологическом осмотре выявление фасцикуляций может быть затруднено, а порой и невозможно в связи с выраженным амиотрофическим синдромом, или выраженным слоем подкожно-жировой клетчатки, либо незначительной выраженностью фасцикуляций. Таким образом, в 34,4 % случаев предварительный диагноз был установлен неверно.

Использование дифференциально-диагностического алгоритма позволило достоверно повысить уровень диагностики бокового амиотрофического склероза на 34,4 %. Что имело большое клиническое значение, для уточнения заболевания и выбора терапии.

УДК 616.379-008.64:616.831:576.8.097.3

Мельник Т. М.

Донецкий национальный медицинский университет (г. Донецк)

АНТИТЕЛА К НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИМ БЕЛКАМ КАК МАРКЕРЫ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Одним из перспективных направлений в изучении патогенеза диабетической энцефалопатии (ДБЭ) у больных сахарным диабетом (СД) является определение роли нейроспецифических белков (НСБ) и уровня вырабатываемых к ним аутоантител (ААТ).

Целью исследования было изучение содержания уровня ААТ к НСБ в сыворотке крови у больных ДБЭ и определение их клинико-диагностической роли в формировании церебральных нарушений.

Обследовано 64 больных ДБЭ I стадии, средний возраст 49,2 ± 5,6 лет, из них 46,8 % мужчин и 53,2 % женщин, составивших основную группу, и 58 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I стадии недиабетического генеза, средний возраст 51,2 ± 9,6 лет, из них 48,2 % мужчин и 51,8 % женщин, вошедших в группу сравнения. ДБЭ протекала на фоне СД 1 типа у 43,8 % больных, средняя продолжительность болезни 12,0 ± 6,48 лет, и у 56,2 % больных — на фоне СД 2 типа, средняя продолжительность болезни 10,2 ± 5,4 лет. Диагноз ДЭ устанавливали на основе классификации, утвержденной РАМН в 1984 году (рубрика по МКБ-10 — I.67.9), СД — согласно классификации ВОЗ (1999). Контрольную группу составили 28 практически здоровых лиц, средний возраст 50,5 ± 8,6 лет, 46 % мужчин и 54 % женщин.

Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) определяли иммунотурбометрическим методом. Уровень ААТ к НСБ в сыворотке крови исследовали с помощью твердофазного иммуноанализа при разведениях исследуемых сывороток и сывороткистандарта 1:25. Уровень ААТ рассчитывали как отношение оптической плотности исследуемого образца сыворотки крови к оптической плотности сыворотки-стандарта и выражался в относительных единицах. Проводилось определение ААТ к нейроспецифическим антигенам белку S-100, нейронспецифической энолазе (НСЭ) и основному белку миелина (ОБМ).

Среднее значение уровня ААТ к S-100 в основной группе составило 18,17 ± 0,35 у. е., в группе сравнения — 12,3 ± 0,2 у. е. и было достоверно выше, чем в группе контроля (10,4 ± 0,25 у. е.). Отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня ААТ к НСЭ в основной группе до 32,28 ± 0,18 у. е., что свидетельствовало о тяжести структурно-функциональных нарушений биологических мембран в ЦНС у больных основной группы, при уровне ААТ к НСЭ 25,12 ± 0,38 у. е. и 23,1 ± 0,35 у. е. в группах сравнения и контрольной соответственно. Содержание ААТ к ОБМ в основной группе было 33,65 ± 1,52 у. е. при достоверном ($p < 0,05$) отличии как с группой сравнения (26,14 ± 0,2 у. е.), так и с группой контроля (24,17 ± 0,22 у. е.). Проведение корреляционного анализа между уровнями ААТ к белку S-100, НСЭ и ОБМ и выраженности церебральных нарушений выявило достоверную положительную взаимосвязь ($r = 0,44$; $r = 0,42$; $r = 0,48$ соответственно).

Определение уровней аутоантител к нейроспецифическим белкам — белку S-100, нейронспецифической энолазе и основному белку миелина у больных диабетической энцефалопатией имеет высокую диагностическую ценность. На основании повышения их уровня можно судить о поражении мозговой ткани, что позволит прогнозировать течение заболевания, разработать и оптимизировать лечебную тактику с целью уменьшения выраженности неврологического дефицита.

УДК 616.831-005.4-08

Мироненко Т. В., Бакуменко І. К.

ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Луганськ)

РОЗРОБЛЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ СХЕМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ, ПОВЕДІНКОВИХ, М'ЯЗОВИХ ТА ЕМОЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ МОЗКУ

Складною є ситуація ведення хворих із хронічною ішемією мозку (ХІМ). Ми звернули увагу на цих хворих через те, що в них додатково розвиваються обумовлені віком порушення кровопостачання по хребетним артеріям. Очевидним є також збільшення кількості літніх хворих із ХІМ та симптомами вестибулярної дисфункції (ВД) За умов експериментальної ХІМ відзначено розвиток виражених моторних, позних та м'язових розладів, які супроводжуються емоційними порушеннями (Бакуменко І. К., 2012). Мета роботи — розроблення схеми комплексної корекції розвинутих розладів при ХІМ, яка відбувається при оклюзії хребетних артерій (ХА).

Дослідження проводили з дотриманням основних вимог патофізіологічного експерименту за опублікованою схемою (Мироненко Т. В., Бакуменко І. К., 2012). Виділяли такі групи: 1 група — контроль ($n = 10$), 2 група — щури з оклюзією ХА (ОХА) без лікування ($n = 15$), 3 група — ОХА, яким вводили ніцерголін (НЦ; в/очер, щоденно, 4 тижні; $n = 12$), 4 група — ОХА,

яким вводили мільгамму (МГ; в/очер, 3 рази на тиждень, 4 тижні; *n* = 12), 5 група — ОХА, яким вводили мексидол (МКС; в/очер, щоденно, 4 тижні; *n* = 12), 6 група — ОХА, яким здійснювали сумісні введення НЦ, МГ та МКС (*n* = 18).

Протягом 24 годин після формування ХІМ внаслідок білатеральної оклюзії ХА в щурів реєструються виражені зміни позної поведінки, м'язової та координаційної активності, розвиваються ротаційні рухи, неврологічні порушення та емоційні розлади. Подібні порушення також діагностуються при клінічному обстеженні пацієнтів із ВД. У щурів 3—6 груп ми виявили певні термінові інтервали нормалізації досліджуваних показників.

Так, у щурів 3-ї групи під впливом НЦ через 3 тижні після відтворення ХІМ відзначено нормалізацію позної поведінки та м'язової активності, а також емоційних розладів, показники вираженості яких суттєво перевищували відповідні в щурів із ХІМ без лікування ($P < 0,05$). На 4 тижні з початку лікування відзначено нормалізацію неврологічних порушень ($P < 0,05$).

У щурів 4-ї групи під впливом суміші вітамінів групи В (МГ) на 3 тижні лікування було відзначено виражені зміни м'язової та координаційної активності, а також емоційні порушення ($P < 0,05$). На 4-му тижні лікування у щурів цієї групи нормалізувалася позна поведінка та усувалися ротаційні рухи ($P < 0,05$), вираженість неврологічних порушень не відрізнялася суттєво з такими у щурів 2-ї групи ($P < 0,05$).

Під впливом МКС (5 група) у щурів через 2 тижні після відтворення ХІМ відзначено нормалізацію позної поведінки та м'язової активності ($P < 0,05$). Через 3 тижні з початку лікування відзначено нормалізацію координаційної активності, ліквідувалися ротаційні рухи, через 3 тижні — відзначено нормалізацію неврологічних порушень ($P < 0,05$).

У щурів 6 групи на 1-му тижні відзначено нормалізацію емоційної поведінки, на 2-му тижні — позної поведінки, м'язової та координаційної активності, з 3-го тижня — усувалися ротаційні рухи та неврологічні порушення. Показники вираженості досліджуваних типів поведінки суттєво відрізнялися від таких у щурів 2-ї групи ($P < 0,01$) та у щурів 3—5 груп ($P < 0,05$).

Отже, наші дані показують нормалізацію сформованих при експериментальній ХІМ поведінкових, емоційних та неврологічних порушень через сумісне введення НЦ, МГ та МКС. Зважаючи на механізми реалізації дії кожного з препаратів, серед яких показані антиоксидантний, антистресорний, протизапальний, антигіпоксичний, мембранопротекторний, ноотропний впливи, покращання кровопостачання та ін., ми вважаємо отримані дані як експериментальне підґрунтя доцільності клінічної апробації вказаної фармакологічної схеми комплексного лікування літніх хворих із симптомами ВД внаслідок ХІМ.

УДК 616.839-053.004.6:612.017.1

Мироненко Т. В., Джагинян В. Н.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет» (г. Луганск)

ОТДЕЛЬНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОТОМКОВ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Состояние здоровья потомков участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (УЛПА), является одним из актуальных вопросов современной медицины. Это связано с тенденцией к росту заболеваний внутренних органов, психоневрологических расстройств, аномалий и пороков развития, хромосомных аберраций у данной категории населения.

В структуре указанных неврологических расстройств ведущее место занимает вегетативная дисфункция. Патогенез ее развития сложен и связан со многими факторами — воздействием инкорпорированного излучения на половые клетки отцов, преморбидным фоном детей, осложненным акушерским анамнезом, сопутствующими экзогенными влияниями. Участие иммунной системы в формировании вегетативных нарушений и наоборот влияние вегетативной дисфункции на работу иммунокомпетентных органов изучено недостаточно глубоко.

Целью настоящего исследования явилось определение роли иммунологических механизмов в формировании вегетативной дисфункции у потомков УЛПА на ЧАЭС.

Было проведено клиническое наблюдение за 102 пациентами с вегетососудистой дистонией, отцы которых участвовали в аварийно-спасательных работах на ЧАЭС в 1986—89 гг. Среди обследуемых было 48 (47,1 %) особ мужского пола и 54 (52,9 %) женского, средний возраст которых составил 18,5 ± 4,8 лет. В процессе наблюдения были использованы клинические (с углубленным анализом состояния вегетативной нервной системы), нейрофизиологические (ЭЭГ), иммунологические показатели Т-, В-системы иммунитета основному белку миелина (ОБМ), нейроспецифической энолазе (НСЭ), статистические. Аналогичный объем обследования был проведен в контрольной группе, состоящей из 60 молодых практически здоровых особ.

У потомков УЛПА на ЧАЭС имели место следующие неврологические синдромы: цефалгический (78,0 %), вегетативной дисфункции (89,0 %), пароксизмальных состояний (16,0 %), снижения когнитивных функций (31,0 %). Вегетативная дистония отличается клиническим полиморфизмом (перманентные — 50,0 % и пароксизмальные — 39,0 % формы), прогредиентностью течения (41,0 %), сочетанием с полиморбидностью (100,0 %), относительной резистентностью к проводимой терапии (47,0 %). На ЭЭГ обнаружены снижение биоэлектрической активности головного мозга легкой и умеренной степени выраженности (61,5 %), дезорганизация срединных структур и медленноочаговая активность в δ- и θ-диапазоне (25,9 %), острые волны (10,5 %). При иммунологическом обследовании обнаружено достоверное снижение уровня Т-лимфоцитов и их субпопуляций: Тл — 28,1 ± 0,76 (контроль Тх — 47,75 ± 1,68 %); Тс — 28,75 ± 1,06 % (контроль Тс 20,13 ± 1,53 %); увеличение концентрации IgM (1,9 ± 0,25 г/л, контроль — 1,01 ± 0,15 г/л, $p < 0,05$) и IgG (11,5 ± 0,81 г/л, контроль — 9,75 ± 0,61г/л, $p < 0,05$), при снижении IgA (1,71 ± 0,14 г/л, контроль — 2,1 ± 0,2 г/л, $p < 0,05$); достоверное повышение Вл (28,67 ± 1,22 %, контроль — 17,25 ± 1,24 %, $p < 0,05$); повышение уровня больших ЦИК, средних и малых в основной группе, по сравнению с контролем. При этом, их показатели составили: ЦИК 3 % — 1,86 ± 0,2 г/л (контроль —1,36 ± 0,19, $p < 0,05$); ЦИК 4 % — 1,68 ± 0,19 г/л (контроль — 0,89 ± 0,03 г/л, $p < 0,01$) и ЦИК 7 % — 2,6 ± 0,15 г/л, (контроль — 1,29 ± 0,10 г/л, $p < 0,01$). У 32,2 %обследуемых с вегетативной дисфункцией зарегистрировано повышение в крови уровня «противомозговых» антител (ОБМ — 29,04 ± 1,51 у. е., контроль 3,0 ± 0,1 у. е., $p < 0,001$); НСЭ — 25,88 ± 1,16 нг/мл, контроль — 8,1 ± 0,6 нг/мл, $p < 0,001$).

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что у потомков УЛПА на ЧАЭС присутствует определенное несовершенство регуляции вегетативных функций организма, которое сочетается с формированием иммунодефицитного состояния. Появление в сыворотке крови антител к ОБМ, НСЭ создает предпосылки для хронизации вегетативной дисфункции.

УДК 616.831-005.1-039

Мироненко Т. В., Мироненко М. О.

ГУ «Луганский государственный университет» (г. Луганск)

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Цель исследования: клинико-физиологическое обоснование новых технологий информационно-образовательных программ в комплексном лечении пациентов с хроническими формами сосудистых заболеваний головного мозга на фоне сахарного диабета 2 типа.

Проведено наблюдение за 108 пациентами с хронической ишемией головного мозга I—II степени на фоне сахарного диабета 2 типа в открытом рандомизированном контролируемом клиническом исследовании после получения информированного согласия пациентов в клинике нервных, эндокринологических болезней ЛугГМУ. Среди обследуемых было 45 (41,7 %) мужчин и 63 (58,3 %) женщин, их средний возраст составил 58,9 ± 1,6 лет, у всех обследуемых диагностировали сахарный диабет 2 типа продолжительность заболевания — 4—9 лет.

В процессе наблюдения были использованы следующие методики: психологические (8 тестов нарушения когнитивных функций, MMSE, ЛОБИ, опросник мотивации, приверженности к лечению физическими факторами (модификация Morisky), SF-36, Бека, Спилбергера — Ханина, ЭЭГ, ЭКГ, УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов, биохимические (липидный профиль крови, коагулограмма), толерантность к физической нагрузке (6-минутный тест по Borg, индекс функционального состояния сердца, адаптационного потенциала системы кровообращения по Баевскому)).

Обследуемые были разделены на 3 группы. Все пациенты получали единый лечебный комплекс: дозированная ходьба, УГГ, стандартную медикаментозную терапию

(глюкозокорригирующую, антигипертензивную терапию, липолитики, антитромбоцитарные препараты). 40 пациентам (I группа контрольная) дополнительно была назначена лечебная гимнастика по авторской программе сотрудников кафедры, еще 35 больным (II группа) дополнительно назначали ароматерапию (композиция эфирных масел лаванды, шалфея, кориандра, розы в соотношении 1:1:1:0,1), остальным 33 обследуемым (III группа) дополнительно применяли специально разработанное интервью врача, информационно-образовательную программу. Наряду с информацией об этиопатогенезе, клинических проявлениях сосудистых заболеваний, в ней содержались необходимые сведения о факторах риска заболевания, первой помощи при мозговых инсультах, пациентов обучали специальным упражнениям по профилактике неврологических реакций при стрессовых и конфликтных ситуациях, релаксационным и дыхательным упражнениям для сна, уменьшения тревоги, страха, депрессии.

Использовалась разъяснительная, личностно-ориентированная психотерапия с элементами поведенческой, когнитивной, арт-терапии, психосенсорной репродукции, приемы «анонимного зеркала».

Под влиянием комплексного лечения с включением информационно-образовательных программ (III группа больных) отмечалась наиболее статистически значимая положительная динамика аффективных, когнитивных нарушений, психоэмоционального состояния.

В целом, использование информационно-образовательных программ улучшало не только непосредственные, но и стандартные результаты лечения, позволяя не только сформировать в течение 1 года после лечения мотивацию больных к правильному образу жизни. За 12 месяцев после проведенного курса ни у одного больного не было зарегистрировано эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения. Согласно полученным данным о пациентах III и II групп, 77 % из них соблюдали рекомендации по коррекции образа жизни, подобные рекомендации соблюдали лишь 13 % из опрошенных больных контрольной группы (I группа). Разработанная программа может быть использована для вторичной профилактики мозгового инсульта, деменции. Наш опыт свидетельствует о целесообразности разработки программ по усилению пропаганды здорового образа жизни, формированию у населения установок на здоровье как на источник социально-экономического благополучия нации.

УДК616.839-053.004.6-071

Мироненко Т. В., Федорковская Б. О.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПОТОМКОВ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ НА ЧАЭС

Анализ состояния здоровья потомков участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС является приоритетным направлением современной медицины. В данной группе населения наблюдается сочетанное поражение разных органов и систем, высокая частота нервно-психических расстройств, врожденных аномалий развития, эндокринопатий. Имеет практический интерес систематизация данных о нейровегетативном статусе потомков участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на ЧАЭС, выяснение причин, способствующих хронизации имеющихся нейросоматических нарушений.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-диагностических особенностей нейровегетативных изменений у потомков УЛПА на ЧАЭС и выделение отдельных факторов их хронизации на основе результатов биохимико-инструментальных и нейровизуализационных методов исследования.

Было проведено комплексное обследование 142 потомков УЛПА на ЧАЭС в возрасте 14—25 лет с использованием клинических (с углубленным изучением состояния вегетативной нервной системы), биохимических (определение интенсивности свободнорадикального окисления липидов, содержания АТФ, АДФ циклических нуклеотидов в сыворотке крови), нейрофизиологических (ЭЭГ, УЗДГ интракраниальных сосудов), нейровизуализационных (МРТ головного мозга), статистических методов исследования. Аналогичный объем исследования был проведен 60-ти практически здоровым лицам, составившим контрольную группу.

Формированию у детей УЛПА на ЧАЭС нейровегетативных расстройств способствуют ряд факторов — преимущественное пребывание отцов в зоне отчуждения в 1986 году (67,0 %), неблагоприятный акушерский анамнез (72,0 %), срок зачатия (1,9 ± 1,0 год). Особенностями соматического статуса обследованных была полиморбидность (68,0 %), превалирование значительного количества врожденных пороков развития (32,3 %). В структуре неврологических расстройств у обследуемых основной группы превалировали психические расстройства (18,3 %), снижение когнитивных функций (47,8 %), хроническая цефалгия (46,6 %), прогрессирующая вегетативная дисфункция (56,5 %), склонность к пароксизмальным состояниям (16,3 %), частые аномалии развития (29,9 %), хромосомные аберрации (2,8 %).

Указанные нейросоматические расстройства сочетались с изменением процессов окислительного фосфорилирования у потомков УЛПА на ЧАЭС. Имели место уменьшение содержания АТФ до 89,1 ± 8,1 (контроль — 110, 1 ± 7,4, $p < 0,01$), АДФ до 391,1 ± 11,3 (контроль — 625,1 ± 10,1, $p < 0,01$) в сыворотке крови, выраженность которых увеличивалась по мере прогрессирования неврологической симптоматики.

Показатели свободнорадикального окисления липидов у обследуемых основной группы проявлялись усилением интенсивности биохемолюминесценции плазмы крови до 3,5 ± 0,3 импл/с (контроль — 2,1 ± 0,2 импл/с, $p < 0,01$), которые оказались более выраженными при пароксизмальных состояниях и когнитивном снижении (соответственно 4,2 ± 0,2 импл/с, $p < 0,001$ и 4,0 ± 0,4 импл/с, $p < 0,001$). Также наблюдалось незначительное угнетение синтеза ц-АМФ до 30,2 ± 1,2 (контроль — 36,4 ± 1,1, $p < 0,05$) и ц-ГМФ до 27,3 ± 10,8 (контроль 30,0 ± 1,4) $p > 0,05$).

У потомков УЛПА на ЧАЭС регистрировалось достоверное изменение внутримозговой гемодинамики в виде асимметрии ЛСК по магистральным сосудам головы (35,0 %), увеличения показателей ЛСК в 1,2—1,6 раза ($p < 0,05$), повышение индекса пульсации в каротидном сосудистом бассейне до 1,12 ± 0,22 (контроль — 0,85 ± 0,18, $p < 0,05$), в вертебробазилярном до 1,19 ± 0.20 (контроль — 0,80 ± 0,23, $p < 0,05$); увеличение линейной скорости венозного кровотока в базальной вене Розенталя до 2,38 ± 2,9 см/с (контроль — 18,7 ± 3,4 см/с $P < 0,01$). Кроме того, у 43,0 % обследуемых основной группы регистрировались изменения электрогенеза головного мозга, по данным ЭЭГ, в виде снижения средней частоты α-ритма до 5,10 ± 0,22 пол/с (контроль — 6,9 ± 0,37 пол/с, $p < 0,05$), уменьшения амплитуды до 20,4 ± 2,40 мКв (контроль — 74,4 ± 3,23 мкВ, $p < 0,01$), медленноволновой активности (35,2 %).

Нейровизуализационные методы исследования позволили диагностировать гидроцефалию (34,9 %), микроцефалию (3,0 %), порэнцефалию (7,0 %), отсутствие прозрачной перегородки (3,0 %), аномалию Арнольда — Киари 1,2 (10,6 %), аномалию Киммерли (7,6 %), гипоплазии интракраниальных сосудов (19,2 %), мелкоочаговые изменения в подкорковых отделах (9,8 %).

Проведенные клинико-биохимико-инструментальные исследования дают основание предполагать о том, что у потомков УЛПА на ЧАЭС существует определенная предуготованность к формированию ранней церебральной дисфункции, имеющая свой биохимический, гемо-ликвородинамический паттерн, все это, обосновывает целесообразность длительной реабилитации подобных пациентов.

УДК 616.831-001.31-06

Мироненко Т. В., Храмцов Д. М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Луганськ)

ОЦІНКА НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛЕГКУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ

Структура післятравматичних розладів у хворих, які перенесли легку черепно-мозкову травму (ЛЧМТ), включає в себе не лише індуковані травматичним впливом моторні розлади, вегетативні дисфункції, пароксизмальні стани, судомні епізоди та ін. (Мироненко Т. В. та співавт., 2011). До нашої уваги потрапили хворі, в яких протягом тривалого інтервалу після ЛЧМТ розвинулися симптоми, характерні для вторинного післятравматичного паркінсонізму (ПП).

Мета роботи — підсумовування даних клініко-неврологічного обстеження хворих із ЛЧМТ.

Всього були обстежені 26 хворих, які в середньому 1,5—4 роки назад перенесли ЛЧМТ. Діагноз хвороби Паркінсона встановлювався відповідно критеріїв Банку Мозку Товариства Хвороби Паркінсона Великої Британії (1992). Усім хворим

проводили ретельне клінічне обстеження, що включало опитування, збір анамнестичних даних, дослідження соматичного і неврологічного статусу. З метою виключення симптоматичного характеру паркінсонізму 21 пацієнтові було виконано МРТ головного мозку.

Аналіз даних клінічного обстеження дозволив виявити акінетико-ригідну (АР; 10 пацієнтів, 38,5 %) і тремтливо-ригідну (ТР; 16 пацієнтів, 61,5 %) форми захворювання. Пацієнти с АР формою ПП, зазвичай, зверталися до лікаря, починаючи з 18—22 місяця від дебюту захворювання і найчастіше за наполяганням родичів, які звернули увагу на зміни в їхньому зовнішньому вигляді, виразі обличчя, ході, позі. Мова у цих пацієнтів була уповільнена, тиха. Хворі при детальному розпитуванні відзначали сповільненість, скутість, складнощі, що виникають при виконанні дрібних і точних рухів при самообслуговуванні (застібання ґудзиків, зав'язування шнурків та ін.), скаржилися на знижений фон настрою, безініціативність, складнощі при початку рухів, і у зв'язку з цим зниження мотивації. У хворих реєструвалися грубіші порушення при виконанні «моторних» проб (проба з постукуванням пальців, пронація-супінація, постукування п'ятою по підлозі). У більшості випадків було ускладнено початок руху, були зупинки під час руху, деяким пацієнтам не вдавалося виконати ту або іншу пробу. При дослідженні м'язового тонусу виявлялася ригідність (3—4 бали за шкалою UPDRS).

У пацієнтів з ТР формою ПП дебют захворювання частіше відзначався з появи тремтіння в руці з одного боку, що турбувало пацієнта спочатку при емоційному напруженні, потім переходило в постійне тремтіння і спричиняло дискомфорт при самообслуговуванні, письмі. Перші моторні розлади у вигляді тремору (Т) в більшості випадків відзначалися в м'язах дистального відділу руки. За ступенем прогресу захворювання Т, зазвичай, поширювався за гемітипом, і лише потім набував генералізованого характеру, залишаючись максимально вираженим в дистальних відділах рук. Ригідність, сповільненість рухів, зміна ходи, як правило, проявлялися через 8—12 місяців після появи Т. При огляді цих хворих домінуючим симптомом був Т спокою різної амплітуди — у 5 % пацієнтів однобічний, в одній кінцівці (частіше рука); у 14 % однобічний за гемітипом; у 39,8 % — двобічний. Амплітуда Т вищою, як правило, була на боці дебюту захворювання. У 63 % випадків Т спокою поєднувався з постуральним Т; у 14 % — з легким інтенційним Т. У всіх хворих цієї групи, навіть за відсутності скарг, при виконанні «моторних» проб за шкалою UPDRS відзначалося зменшення амплітуди рухів, швидка стомлюваність.

Таким чином, викладені дані неврологічного обстеження хворих свідчать про переважання моторних розладів в структурі ПП, який розвинувся у післятравматичному періоді. Для більш детальної ідентифікації ступеня клінічного перебігу захворювання буде проведене клініко-електронейрофізіологічне обстеження хворих, результати якого мають бути підставою для складання схеми комплексного фармакологічного лікування цього контингенту хворих.

УДК 616.379-008.64-053.2/.5+616.8

Мителев Д. А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Сахарный диабет (СД) со времен Артеуса и Авиценны и по сегодняшний день, несмотря на выдающиеся научные открытия ушедшего XX века, требует пристального внимания и поныне — как медицинская, социальная, психологическая проблема пациента и общества в целом. Инсулинозависимый СД 1 типа, который манифестирует в детском возрасте, представляет собой хроническое инвалидизирующее заболевание с постепенным вовлечением в патологический процесс практически всех органов, в том числе центральной и периферической нервной системы. И если неврологические осложнения СД 2 типа у взрослых изучены в достаточной степени (атеросклероз, инсульты, инфаркты, «диабетическая стопа» и т. д.), то отсутствие целенаправленного диагностического поиска в детском возрасте в силу преобладания в начале заболевания субклинических проявлений поражения нервной системы приводит к их поздней диагностике, неоптимальной коррекции и формированию стойких патологических изменений. Проблема усугубляется и отсутствием единых диагностических критериев в детской нейродиабетологии, а также тем, что большинство оценочных шкал не адаптировано для детского возраста.

Анализ обращаемости детей с СД 1 типа и их родителей к узким специалистам свидетельствует о том, что пациенты с СД 1 типа наблюдаются преимущественно детским эндокринологом и существенно реже — неврологом, офтальмологом, кардиологом и др. Исследования, проведенные в ГУ «ИОЗДП НАМН Украины», показали, что среди 58 детей и подростков с СД 1 типа только 8,3 % обращались первично за помощью к неврологу или психиатру, хотя при углубленном клинико-инструментальном и нейропсихологическом обследовании было установлено, что диабетическая нейропатия (центральная и периферическая в соответствии с классификацией С. В. Котова и соавт., 2000) различной степени тяжести регистрируется у 75,8 % больных. Для своевременной диагностики неврологических осложнений СД 1 типа у детей был предложен комплексный подход, включающий интервьюирование в соответствии с разработанным опросником, детальное исследование вибрационной, температурной, болевой и тактильной чувствительности на верхних и нижних конечностях, определение вегетативной дисфункции по таблицам А. М. Вейна, исследование церебральной гемодинамики (транскраниальная допплерография) и нейродинамики (компьютерная ЭЭГ), психологическое тестирование для определения характера когнитивных нарушений. В сложных диагностических случаях целесообразно проведение электронейромиографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Разработанный диагностический комплекс позволил выявить определенные взаимосвязи между степенью тяжести неврологических осложнений СД и различными факторами (стаж заболевания, возраст манифестации, компенсация углеводного обмена, занятия в школе самоконтроля и т. д.). Применение на ранних этапах формирования диабетической нейропатии у детей с СД новых метаболических, сосудистых, нейротрофических препаратов показало высокую эффективность коррекции субклинических и легких клинических форм данной патологии, а учитывая пожизненный и прогредиентный характер СД — реализовать концепцию превентивной минимальной фармакологической нагрузки для предупреждения прогрессирования неврологического дефицита. Полученные результаты носят предварительный характер, но уже на данном этапе свидетельствуют о необходимости разработки алгоритмов диагностической и лечебно-профилактической активности применительно к неврологическим осложнениям СД 1 типа у детей и необходимости тесного междисциплинарного взаимодействия на стыке эндокринологии, неврологии и педиатрии.

УДК 616.89-008.19:616.127-005.8:616.831-005.1

Михайлов В. Б.

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

СИСТЕМА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ІШЕМІЧНИЙ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

В останні роки в Україні, як й у світі, відзначається значне збільшення захворюваності на інфаркт міокарда (ІМ) та ішемічний мозковий інсульт (МІ), особливо в осіб працездатного віку. У більшості хворих, що перенесли ІМ та МІ, відзначаються різні психічні розлади. Розлади психічної сфери та негативні психологічні чинники у хворих, що перенесли ІМ та МІ, утруднюють перебіг захворювання, відновлювально-реабілітаційні процеси, є однією із головних причин тимчасової непрацездатності та інвалідності пацієнтів.

Метою дослідження було на основі виявлення клінічних особливостей та механізмів формування непсихотичних психічних розладів (НПР) у хворих, що перенесли ІМ та МІ, розроблення системи диференційованої психотерапевтичної корекції в комплексному лікуванні цих порушень.

Нами було обстежено 120 хворих, що зазнали гострої судинної катастрофи. З них 60 осіб перехворіли на ІМ і 60 осіб — на ішемічний МІ. Середній вік пацієнтів становив — 52,3 ± 5,6 роки.

Проводили: клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження, статистичний аналіз.

Особливості клінічної картини, емоційного реагування на захворювання, динаміки психодіагностичних показників дали

змогу виявити закономірності формування НПР в осіб, що перенесли ІМ та МІ. У хворих з ІМ в гострому періоді провідним є больовий синдром, що призводить до виражених психоемоційних розладів. На тлі збереження когнітивних функцій превалює фобічна, тривожно-депресивна симптоматика, вираженість якої безпосередньо залежить від вираженості больового синдрому. У подальшому первинний психоемоційний вітально зумовлений компонент зникає, формуються тривожно-депресивні порушення, гіпо- і анозогностичний типи сприйняття свого стану. У пацієнтів з МІ первинним є порушення рівня свідомості з когнітивними й астенічними порушеннями з подальшим формуванням психоемоційних розладів, тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі збереження когнітивних розладів.

Здобуті результати дали змогу обґрунтувати систему диференційованої, патогенетично обґрунтованої психотерапевтичної корекції НПР у хворих із ІМ та МІ. Основними принципами її є: етапність, диференційованість, комплексність, кінцева соціальна спрямованість результатів. Вона включає застосування індивідуальної і групової гіпносуггестивної психотерапії з елементами аутотренінгу, когнітивного тренінгу, при необхідності — антидепресанти (перевага віддається групі СІОЗ).

Базисними методиками для хворих з ІМ були: особистісно орієнтована, раціональна психотерапія та аутотренінг (АТ), для хворих з МІ — гіпносуггестівна (модифікація А. Т. Філатова), когнітивно-біхевіоральна психотерапія (модифікація Бека — Еліса), АТ (модифікація А. Н. Шогама, К. І. Міровського).

Така системна, багаторівнева, диференційована психотерапія, що поєднує кілька методів і форм патогенетичного впливу і враховує особливості психічних порушень і особистості соматичних хворих, дала змогу суттєво покращити психоемоційний стан, ресоціалізацію пацієнтів, сформувати у них адекватне ставлення до соматичних страждань, досягти максимально високого рівня їхнього соціального функціонування, підвищити якість життя. Застосування цієї системи показало значне поліпшення у 80 % хворих з ІМ і у 77 % хворих з МІ, часткове поліпшення — у 10 % хворих з ІМ і у 13 % хворих з МІ.

УДК 616.831-08-089.71:612.821:001.8

В. Н. Мищенко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С «НЕМЫМИ» ИНФАРКТАМИ МОЗГА

Исследования последних лет показали, что поражение мелких сосудов играет ключевую роль в патогенезе развития инсульта, деменции и старения. Несмотря на значительный интерес исследователей к этой патологии, многие вопросы, касающиеся факторов риска, клинических проявлений, лечения, прогноза при наличии у больных поражения мелких сосудов, проявляющегося «немыми» инфарктами мозга, остаются недостаточно изученными или дискуссионными.

Поэтому целью нашего исследования стало изучить в динамике структурно-функциональные нарушения головного мозга у больных с «немыми» инфарктами мозга, выделить факторы риска их развития и критерии прогноза течения.

В работе были использованы методы исследования: клинико-неврологический; психодиагностический (шкала MMSE); МРТ головного мозга; дуплексное ультразвуковое исследование сосудов головного мозга; биохимические исследования; статистические.

Нами было обследовано в динамике в течение 1 года 140 больных в возрасте от 52 до 74 лет, у которых при проведении нейровизуализации (МРТ) были обнаружены множественные лакуны. При тщательном опросе больных, их родственников, а также при анализе медицинской документации, клинических признаков перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения у этих больных выявлено не было. Факторами риска развития «немых» инфарктов мозга у обследованных больных были: артериальная гипертензия (114 больных, 81,4 %), сахарный диабет 2 типа (63 больных, 45 %), фибрилляция предсердий (52 больных, 37,1 %) и др. На основании проведенного клинико-неврологического обследования были выявлены следующие клинические синдромы: экстрапирамидные расстройства у 110 больных (78,6 %), атактические нарушения, проявляющиеся нарушением стояния и ходьбы у 62 больных (44,3 %), псевдобульбарный синдром у 65 больных (46,4 %), пирамидная недостаточность у 70 больных (50 %), эмоциональные нарушения у 74 больных (52,8 %). Когнитивные нарушения различной степени выраженности, определяемые по шкале MMSE, выявлялись у 128 больных (91,4 %). Общий балл по шкале колебался от 11,8 до 26,2, средний балл составил 23,9 ± 0,8. Проведение нейровизуализации с помощью МРТ показало, что лакуны («немые» инфаркты мозга) локализовались в базальных ганглиях у 72 больных (51,4 %), субкортикально — у 43 больных (30,7 %), в коре головного мозга — у 11 больных (7,8 %), мозжечке — у 9 больных (6,4 %), в стволе — у 6 больных (4,3 %). У половины больных были выявлены явления лейкоареозиса, у 81,4 % — атрофия головного мозга. Ультразвуковое исследование общих сонных артерий показало, что у всех больных с «немыми» инфарктами мозга отмечались атеросклеротические изменения церебральных артерий в виде утолщения комплекса «интима-медиа», потеря дифференциации сосудистой стенки на слои, наличие у 110 больных (78,6 %) атеросклеротических бляшек в просвете сосудов.

Динамические наблюдения за больными в течение 1 года показали, что у 49 больных (35 %) наблюдалось прогрессирующее ухудшение когнитивных функций вплоть до развития деменции у 6 больных (4,3 %). У этих больных при проведении МРТ отмечалось появление новых «немых» инфарктов мозга и нарастание признаков лейкоареозиса. У 3 больных (2,1 %) развился мозговой ишемический инсульт (у 2 больных — кардиоэмболический и у 1 больного — атеротромботический).

Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости проведения эффективных и патогенетически обусловленных лечебно-профилактических мероприятий у больных с «немыми» инфарктами мозга) с целью предотвращения развития деменции и инсульта.

УДК616.8-036.2 (477)

Мищенко Т. С.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УКРАИНЕ. ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА 5 ЛЕТ?

Заболевания нервной системы занимают 7,64 % в структуре общей заболеваемости населения Украины. Для сравнения: в странах с высоким уровнем доходов этот показатель составляет 10,9 %, в странах со среднем уровнем доходов — 6,7—8,7 %, в странах с низким уровнем доходов — 4,5 %. На 1.01.2012 года в Украине зарегистрировано 4 922 500 жителей страны с различными заболеваниями нервной системы, что на 100 тыс. населения составляет 13 093,6. За 5 лет количество пациентов с патологией нервной системы возросло на 103 557 или на 2,1 %. Основной причиной заболеваемости и смертности в структуре неврологической заболеваемости по-прежнему остается цереброваскулярная патология. Так к концу 2011 г. в Украине зарегистрировано 3 192 923 больных с различными формами сосудистых заболеваний головного мозга, что на 100 тыс. населения составляет 8 493,0. За 5 лет количество больных с этой патологией возросло на 3,3 %. Количество новых случаев мозгового инсульта (МИ) в стране за 5 лет колебалось от 105 до 110 тыс. Число больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) осталось практически прежним и составляет 37 942 или 100,9 на 100 тыс. населения.

Смертность от МИ снизилась с 91,3 на 100 тыс. населения до 86,6, это обозначает, что количество умерших вследствие МИ уменьшилось на 2783, в основном за счет неуточненного инсульта.

Среди других заболеваний нервной системы наиболее социально значимыми остаются рассеянный склероз (РС), эпилепсия, болезнь Паркинсона, заболевания периферической нервной системы. Распространенность РС за 5 лет возросла с 47,6 до 52,9 на 100 тыс. населения. При этом несколько снизился показатель инвалидизации, что обусловлено применением в клинической практике эффективных и патогенетически обусловленных лекарственных препаратов, которые закупаются за бюджетные средства. Отмечена тенденция к уменьшению распространенности и заболеваемости вследствие эпилепсии (в 2007 г. — 77,7 и 7,6 на 100 тыс. населения, в 2011 г. — 73,9 и 6,1 на 100 тыс. населения). Количество больных болезнью Паркинсона незначительно, но увеличилось с 51,4 до 61,4 на 100 тыс. населения, что обусловлено, по-видимому, улучшением качества диагностики этого заболевания. Ежегодно в течение 5 лет возрастала заболеваемость больных с патологией периферической нервной системы. Если в 2007 году этот показатель

составил 607,6 на 100 тыс. населения, то уже в 2011 году — 650,1. С такой же тенденцией за 5 лет увеличилось и количество случаев поражения нервов и нервных корешков (с 933,5 до 1045,7 на 100 тыс. населения). Наметилась тенденция к снижению заболеваемости вследствие инфекционных поражений нервной системы (с 24,3 до 18,9 на 100 тыс. населения). Более существенно снизились показатели распространенности и заболеваемости вегетососудистой дистонией (в 2007 году — 1949,7 и 490,9 на 100 тыс. населения, в 2011 г. — 1669,7 и 379,0 на 100 тыс. населения соответственно).

Неврологическая служба за 5 лет изменилась следующим образом. Обеспеченность врачами-неврологами в 2007 году составила 12,9 на 100 тыс. населения, в 2011 году — 14,9 на 100 тыс. населения. Оборот неврологической койки не претерпел существенных изменений и составил в среднем 29,9. Сократилось средняя длительность пребывания больного на койке на 2 дня.

Таким образом, за истекшие 5 лет отмечено увеличение распространенности заболеваний нервной системы. Они продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости и смертности населения страны.

УДК 616.831-005.1-07-084

Міщенко Т. С., Реміняк І. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З СИМПТОМНИМИ ТА АСИМПТОМНИМИ ЛАКУНАРНИМИ ІНСУЛЬТАМИ

Мозковий інсульт є однією із найважливіших медико-соціальних проблем сучасної неврології, що пояснюється його значною часткою в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності населення України, особливо в осіб працездатного віку. Одним із підтипів ішемічного інсульту є лакунарний інсульт (ЛІ) — особлива форма гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), яка виникає на тлі артеріальної гіпертензії та зумовлюється первинним ураженням пенетрувальних (проникаючих) артерій і характеризується розвитком невеликих вогнищ некрозу в глибинних відділах мозку. Вони складають від 25 до 35 % серед ГПМК ішемічного характеру, але їх істина частота значно вища, оскільки близько 80 % ЛІ мають безсимптомний перебіг або клінічно не розпізнаються. У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення факторів ризику розвитку та клініко-неврологічних особливостей перебігу симптомних і асимптомних ЛІ.

Нами проведено динамічне обстеження 120 хворих з ЛІ головного мозку віком від 54 до 76 років. Наявність лакунарних вогнищ підтверджено даними КТ та МРТ дослідження. Аналіз факторів ризику показав, що основним є кризовий перебіг артеріальної гіпертензії, дисліпідемія, цукровий діабет 2 типу, фібриляція передсердь, наявність ознак атеросклеротичного ураження церебральних судин, нестабільних атеросклеротичних бляшок, паління та сполучення цих факторів. На підставі детального вивчення клініко-неврологічних даних встановлені основні неврологічні синдроми у хворих з асимптомними інфарктами мозку: вестибуло-атактичний — 66 %, підкорковий — 56 %, пірамідна недостатність — 46 %, псевдобульбарний — 12 %, когнітивні порушення — 92 %. У хворих з симптомним перебігом лакунарних інсультів частіше спостерігались ізольований моторний парез — 38 % хворих, синдром дизартрії — невправності в руці — 28 % хворих, ізольована гемігіпестезія — 20 %, атактичний геміпарез — 14 % хворих, когнітивні порушення у 88 % хворих. У 92 % хворих з асимптомними інфарктами виявлені когнітивні порушення різного ступеня вираженості: у 21 % — легкі, у 57 % — помірні, у 14 % — виражені (ступінь деменції), не виявлено — у 8 %. Відмічались зниження обсягів, міцності запам'ятовування, процесів уваги, звуження кола інтересів, в'язкість мислення. Менш виражені когнітивні порушення спостерігались у хворих з симптомними ЛІ. Легкі спостерігались у 33 % хворих, помірні у 44 % хворих, виражені — у 11 %, не виявлено — у 12 % хворих. У хворих з ЛІ визначені порушення в емоційній сфері у вигляді депресії та тривоги. Депресивні розлади спостерігались у 64,3 % хворих з симптомними інфарктами мозку, у пацієнтів з асимптомними ЛІ — 53,8 %. Характерною особливістю депресії у хворих з лакунарними інсультами була стійкість симптомів, легкий та помірний ступінь їх виразності, переважання соматовегетативної симптоматики, збереження критики до свого стану. Показано взаємозв'язок депресії з виразністю неврологічного дефіциту, локалізацією вогнища (більш виражені симптоми депресії були у хворих з правопівкульовою локалізацією вогнища), а також з такими психосоціальними факторами, як самотнє проживання, втрата роботи. Результати проведеного дослідження якості життя свідчать про те, що усі хворі, що перенесли лакунарний інсульт мали нижчі показники якості життя, особливо хворі, які перенесли симптомний інфаркт головного мозку (7,8 ± 1,5), у зрівнянні з хворими з асимптомними інфарктами мозку (8,2 ± 1,3). У цих хворих більшою мірою були виражені розлади, пов'язані з фізичною активністю, зниженням працездатності та залежністю від сторонньої допомоги.

Таким чином, отримані нами дані стануть підґрунтям для удосконалення лікувальних, профілактичних та реабілітаційних заходів у даної категорії хворих.

УДК: 616-053.2:364 (477)

Моісеєнко Р. О., Осташко С. І., Терещенко А. В., Бережний В. В., Мартинюк В. Ю.
Міністерство охорони здоров'я України (м. Київ)

ДО РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ

За підрахунками ВООЗ на 1 хворого, що лікується в стаціонарі, припадає близько 10 осіб з хронічними захворюваннями та їх незворотними наслідками, які стають причиною інвалідності, соціальної дезадаптації, лягають тяжким тягарем на працездатну частину суспільства. Сучасна медицина вже не може бути орієнтована лише на лікування гострих станів. Вочевидь необхідно створювати програми допомоги хронічним хворим та інвалідам, спрямовані на корекцію наслідків захворювань, максимальне пристосування та залучення осіб зі стійкими порушеннями здоров`я до суспільного життя, відкриття для них можливостей самозабезпечення та самореалізації.

Біопсихосоціальна модель хвороби у вигляді Міжнародної класифікації ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps — ICIDH) була вперше представлена ВООЗ ще у 1980 р. У 2001 р. ВООЗ прийняла удосконалену версію класифікації, яка отримала назву Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health) та офіційну абревіатуру — ICF. ICF орієнтована не лише на констатацію тяжкості наслідків захворювань. У ній вперше робиться акцент на адаптивно-компенсаторні можливості організму, важливість максимального залучення інваліда до суспільного життя та вводиться нове визначення поняття «реабілітаційний підхід до лікування хворого». Основні положення ICF: Impairment — ушкодження, Activity limitations — обмеження активності, Participation — участь. Біопсихосоціальна модель хвороби, що спирається на ознаки порушень життєдіяльності згідно з ICF, прийнята більшістю країн відправним пунктом комплексної медико-соціальної реабілітації хронічно хворих та інвалідів.

У руслі концепції багатовимірності хвороби та її наслідків з 60-х років XX століття в Німеччині отримала розвиток нова міждисциплінарна галузь — соціальна педіатрія. Зміст та задачі соціальної педіатрії у широкому розумінні сформулював ще у 1920-ті роки Стефан Енгель — видатний лікар-педіатр. Соціальна педіатрія опікується умовами розвитку дитини, її здоров'ям та його порушеннями у зв'язку з соціальними, психологічними (особливо сімейними), біологічними умовами та змінами навколишнього середовища; вивчає питання організації системи охорони здоров'я дітей та підлітків; як наука сприяє вирішенню проблем окремої дитини на основі міждисциплінарного підходу з використанням спектра методик педіатрії, епідеміології, психології і психології розвитку, неврології і неврології розвитку, психіатрії, наркології та економіки здоров'я; як сучасна галузь медицини займається реабілітацією дітей та підлітків з довготривалими порушеннями фізичного, психічного, інтелектуального і соціального розвитку.

В Україні зроблені впевнені кроки до реалізації концепції соціальної педіатрії у сфері надання реабілітаційної допомоги дітям з органічними ураженнями нервової системи. Рішенням Вченої медичної ради МОЗ України у 1998 р. була схвалена та впроваджена в роботу Українського медичного центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи модель «Тандем — партнерство», «дитина — сім'я — фахівець». Суть моделі полягає у гармонійному поєднанні медичного та соціально-педагогічного аспектів реабілітації

з обов'язковим залученням батьків як повноправних учасників реабілітаційного процесу. Фактично в моделі «Тандем» реалізовані основні положення соціальної педіатрії щодо створення для дитини з органічною патологією нервової системи максимальних можливостей пристосування до життя та суспільно корисної праці. За цією моделлю в системі МОЗ України функціонує 41 центр медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.

Складаються передумови створення єдиної моделі комплексної реабілітації дітей з тривалими порушеннями здоров'я та інвалідністю, починаючи з періоду новонародженості до досягнення дорослого віку, яка базується на міждисциплінарних засадах та об'єднанні зусиль фахівців різного відомчого підпорядкування.

УДК: 616. 133.33:616.711.1-084

Морозова О. Г., Ярошевский А. А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Цель: Изучение возможности профилактики цервикальных неврологических синдромов (цефалгического, атактического), возникших в результате наличия миофасциальной дисфункции (МФД) шейно-плечевой локализации, путем терапевтической коррекции МФД.

У 145 пациентов в возрасте от 18 до 43 лет с цервикогенной цефалгией и атактическим синдромом, развившимися на фоне МФД, определялась эффективность терапии и данные катамнеза относительно выраженности указанных неврологических синдромов при коррекции МФД. Эффективность терапии определяли на основании динамики неврологического, вертеброневрологического статуса, выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, мышечного синдрома в баллах, балльной оценки субъективных и объективных вегетативных синдромов.

Пациентам проведен комплекс немедикаментозной терапии, направленной на ликвидацию миотонического и болевого синдромов. Немедикаментозное лечение включало 5—7 сеансов биомеханической коррекции позвоночника в сочетании с мягкими техниками мануальной терапии, акупрессурой, вакуумрефлексотерапией через день, классическую акупунктуру, комплексы лечебной физкультуры, направленные на закрепление результатов лечения (табл.).

Редукция цервикальных неврологических синдромов под влиянием терапии (%)

Название синдромов	Полное исчезновение синдромов	Частичное исчезновение синдромов	Отсутствие эффекта
Болевой	85 %	15 %	0
Мышечно-тонический	75 %	25 %	0
Цефалгический	95 %	5 %	0
Атактический	90 %	10 %	0

Клинико-неврологический анализ эффективности терапии показал, что полное исчезновение цефалгического и атактического синдрома наблюдалось у пациентов с положительным эффектом относительно болевого и мышечно-тонического синдрома. Как свидетельствуют данные таблицы, от 5 до 25 % пациентов нуждались в повторном курсе терапии. Катамнез проанализирован у 115 пациентов с МФД: в течение 4 лет — у 34 больных; в течение 3 лет — у 29 пациентов; на протяжении 2 лет — у 27 пациентов; в течение 1 года — у 25 пациентов. У 70 % пациентов наблюдался стойкий клинический эффект. Эффект зависел от правильности и постоянства выполнения комплекса лечебной гимнастики и соблюдения правильного режима труда, организации рабочего места и т. п. 30 % пациентов нуждались в вертеброневрологической коррекции и повторном реабилитационном курсе 1—2 раза в год для уменьшения выраженности МФД, что позволяло профилактировать возникновение цефалгического и атактического синдромов.

Результаты терапии свидетельствуют о высокой этиопатогенетической значимости МФД в развитии цервикальных неврологических синдромов. Коррекция МФД шейно-плечевой локализации профилактирует развитие вторичных неврологических синдромов.

УДК 616.832-004.2-053.2-092-036.1-037

Москаленко М. А.*, Евтушенко С. К.**, Морозова А. В.*
Центр демиелинизирующих и дегенеративных заболевания нервной системы у детей (г. Донецк), Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького***

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТРАНСФОРМАЦИИ РЕМИТТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

Проблема ранней диагностики и лечения рассеянного склероза (РС) у детей не теряет актуальность в связи с ростом заболеваемости РС. Это послужило основанием создания межрегионального центра демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы у детей на базе неврологического отделения ОДКБ совместно с кафедрой детской и общей неврологии ФИПО ДонНМУ. На лечении в Центре за последние 5 лет находились 50 детей с РС (из них 36 девочек и 14 мальчиков). Диагноз РС устанавливали согласно критериям W. J. McDonald (2005 г. и 2010 г.) с дополнениями F. Barkhof (2007 г.). Трансформация ремиттирующего течения во вторично-прогрессирующее отмечалась у 9 детей (18,0 %).

Проведя мониторинг клинических проявлений заболевания у детей, а также результатов магнитно-резонансных исследований головного и спинного мозга с внутривенным контрастированием, вызванных зрительных и длиннолатентных когнитивных потенциалов на значимый стимул, иммунологического обследования с исследованием субпопуляций Т-лимфоцитов в крови и интратекального синтеза Ig G в ликворе, мы выделили ряд прогностически неблагоприятных критериев течения РС у детей:

1. Тяжелый и затяжной дебют заболевания в возрасте 11—13 лет.
2. Полисимптомное начало заболевания.
3. Длительное восстановление неврологического дефицита в дебюте с частичным регрессом клинических симптомов.
4. Короткие ремиссии после дебюта (3—6 месяцев).
5. Быстрое формирование атрофии зрительных нервов как клинически изолированных синдромов на начальных этапах заболевания.
6. Быстрое формирование и выраженность атипичных синдромов РС (эпилептического, псевдотуморозного и психоорганического).
7. Стойкий необратимый неврологический дефицит после первых обострений.
8. Множественные очаги демиелинизации в головном и особенно в спинном мозге при дебюте заболевания.
9. Наличие через 2—3 года наблюдения выраженных атрофических изменений в головном мозге (с небольшим количеством очагов).
10. Длительное отсутствие периодов уменьшения количества и размеров очагов демиелинизации.
11. Выраженные изменения вызванных зрительных потенциалов.
12. Наличие изменений в течение первых 2 лет заболевания при исследовании длиннолатентных когнитивных потенциалов на значимый стимул в дебюте заболевания (Р300).
13. Изменения иммунного статуса уже в дебюте заболевания (при клинически изолированном синдроме): снижении уровня CD3 Т-лимфоцитов, CD4 Т-хелперов, CD8 Т-супрессоров, повышение уровня CD16CD56 натуральных киллеров, HLA-DR активированных лимфоцитов, CD95 фактора апоптоза в крови.
14. Достоверное повышение показателя интратекального синтеза Ig G в спинномозговой жидкости.

Детскому неврологу следует учитывать особенности течения и результаты дополнительного обследования у ребенка с РС на начальных стадиях болезни (особенно в период клинически изолированного синдрома) для выявления прогностически неблагоприятных признаков. Это даст основание в дебюте заболевания проводить более интенсивную терапию, включая внутривенное введение иммуноглобулина (биовена-моно) и панавира.

УДК 616.831-001:796.83

Муравський А. В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВТОРНИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ У БОКСЕРІВ

Обстежено 158 боксерів-любителів віком від 17 до 35 років високого рівня кваліфікації, які перенесли в анамнезі повторні черепно-мозкові травми (ЧМТ). Обстежувані боксери

перебували в підготовчому періоді на тренувальному зборі. У всіх боксерів вивчались скарги, неврологічна симптоматика, проводилось нейропсихологічне тестування. Нейровізуалізаційне обстеження здійснювали методом магнітно-резонансної томографії (МРТ). Під час проведення нейропсихологічного тестування та МРТ дослідження боксери були поділені на дві групи (1-ша — кандидати в майстри спорту та майстри спорту, 2-га — майстри спорту міжнародного класу та заслужені майстри спорту). Контрольну групу склали 30 осіб віком від 18 до 29 років, які не займались боксом і не мали в анамнезі перенесених ЧМТ.

У боксерів в неврологічному статусі виділено 12 неврологічних синдромів. Найбільш часто діагностувались синдром вегетативної дисфункції, цефалгічний та церебрастенічний синдроми, рідше спостерігались лікворно-гіпертензійний синдром, розсіяна неврологічна симптоматика, диссомнічний та вестибуло-атактичний синдром. Серед боксерів-чоловіків домінували синдром вегетативної дисфункції та цефалгічний синдром, серед боксерів-жінок — цефалгічний та церебрастенічний синдроми. В групі боксерів, які провели більше 200 поєдинків найчастіше спостерігались всі неврологічні синдроми за винятком церебрастенічного. Церебрастенічний синдром найчастіше спостерігався в групі боксерів, які провели менше 100 поєдинків. У боксерів легковаговиків в порівнянні з боксерами інших груп найчастіше спостерігались синдром вегетативної дисфункції, церебрастенічний синдром та когнітивні порушення; серед боксерів важковаговиків домінували цефалгічний, лікворно-гіпертензійний синдроми, розсіяна неврологічна симптоматика.

За даними нейропсихологічного дослідження найвищі показники були зареєстровані в контрольній групі, найнижчі — у боксерів 1 групи (тест малювання годинника) та боксерів 2 групи (MMSE та FAB). Не знайдено вираженої різниці в показниках нейропсихологічних тестів між боксерами двох груп, що свідчить про однаковий ризик розвитку когнітивних порушень.

Серед МРТ-змін у боксерів виявлялись: розширення порожнини прозорої перегородки, конвекситальних просторів, бокових шлуночків, вогнища гліозу посттравматичного ґенезу, арахноїдальні кисти, кисти шишковидної залози. У боксерів більш високої кваліфікації (2-га група) частіше виявлялись розширення порожнини прозорої перегородки та конвекситальних просторів. Зміни за даними МРТ частіше спостерігались у боксерів з повторними ЧМТ ніж в контрольній групі.

Отримані при заняттях боксом ЧМТ мають виражений вплив на кар`єру боксера та є факторами ризику неврологічних ускладнень. У боксерів виділені неврологічні синдроми, які мають різну частоту і залежать від таких факторів як стать, кількість проведених поєдинків, вага спортсмена. Відзначено зниження когнітивних функцій та збільшення частоти змін за даними МРТ у боксерів порівняно з контрольною групою. Боксерам необхідно проводити комплексне обстеження з застосуванням клініко-неврологічних, нейропсихологічних і нейровізуалізаційних методів для попередження можливих віддалених наслідків ЧМТ.

УДК: 616.831-009.11-053.2.008.041

Назар О. В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

В останні роки в реабілітологію введено поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям (health-related quality of life). Методологія дослідження якості життя основана на принципах доказової медицини, що особливо важливо під час оцінки суб'єктивної думки людини. В сучасній педіатрії використовують стандартизовані опитувальники оцінки якості життя дитини, тобто такі, які апробовані в клінічних дослідженнях та включають всі аспекти якості життя дитини, мають достовірні психометричні властивості (надійність, валідність, чутливість). Для застосування опитувальника в новій лінгвістичній популяції необхідно провести процедуру його культурної та лінгвістичної адаптації з наступною валідацією (перевіркою психометричних властивостей).

Під час вивчення зарубіжної літератури було виявлено достатню кількість робіт, присвячених оцінці якості життя дітей з церебральним паралічем. Переважна кількість робіт виконувалась за допомогою опитувальника PedsQL™. Суттєвою перевагою даного опитувальника є наявність специфічних модулів для використання при різноманітних захворюваннях — PedsQL 4.0 Disease Specific Modules. Серед численних специфічних модулів опитувальник PedsQL містить модуль «Церебральний параліч».

Процес створення української версії опитувальників PedsQL (модуль «Церебральний параліч») відбувався відповідно до міжнародних вимог з визначенням основних психометричних властивостей опитувальника (надійність, валідність та чутливість). Оцінка надійності опитувальника, тобто його здатності давати постійні та точні виміри, проводилася за допомогою α-коефіцієнта Кронбаха. Рівень надійності вважали задовільним, якщо він більше або дорівнює 0,7, що відповідає рівню внутрішньої постійності опитувальника. Величина α-коефіцієнта Кронбаха форми для батьків дітей віком 2—4 роки становить 0,92, для батьків дітей 5—7 років — 0,9. Отримані результати підтвердили надійність опитувальника.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що у дітей зі спастичними варіантами ЦП знижені показники якості життя за всіма шкалами: «щоденна активність» — 37,5 ± 3,4 балів, «рухова активність» — 55,5 ± 3,1 балів, «втома» — 63,6 ± 2,4 балів, «прийом їжі» — 62,6 ± 3,5 балів. Найвище оцінений показник шкали «біль» — 80,4 ± 2,1 балів. Загальний бал якості життя у дітей зі спастичними варіантами ЦП дорівнював 59,9 ± 2,4 балів. При цьому у дітей віком 2—4 роки рівень якості життя нижчий, порівняно з дітьми віком 5—7 років. Залежність показників якості життя від «зовнішніх критеріїв» (від віку дитини) дозволив зробити висновок про задовільну валідність української версії опитувальника.

Для виявлення впливу рівня функціонального рухового розвитку (РФРР) на показники якості життя, був проведений поділ дітей за GMFCS (класифікація великих моторних функцій). В результаті дослідження встановлено, що показники якості життя за всіма шкалами поступово знижуються від I до V РФРР. Аналіз результатів дослідження виявив сильний прямий кореляційний взаємозв'язок між індексом успішності та показниками якості життя ($r = 0,8$, $p < 0,001$). При порівнянні показників якості життя дітей з різним РФРР спостерігалася статистично достовірна відмінність за всіма шкалами ($p < 0,05$). Отримані дані підтверджують чутливість української версії опитувальника, тобто його здатність виявляти статистично достовірні зміни показників якості життя у відповідності до змін стану здоров'я дитини.

Таким чином, адаптований український варіант опитувальника PedsQL (модуль «Церебральний параліч») можна використовувати в клінічній практиці та наукових дослідженнях.

УДК 616.89-053.2-008.434-089.583.29

А. Г. Назарчук, М. К. Мишанова
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ

О целебных свойствах холода знали еще древние врачи. Они активно использовали лед и ледяную воду в ходе лечения и доказали, что холод снимает боль, помогает устранять воспалительные процессы и благотворно воздействует на нервную систему.

В современной медицине лечение холодом начали активно применять с 70-х годов прошлого столетия. Приоритет в практическом использовании криотерапии принадлежит Японии и Германии. После того, как японский ученый Ямаучи разработал метод лечения с использованием сверхнизких температур (до –160°С), только в первые годы через его клинику прошли тысячи больных с самыми запущенными формами ревматических заболеваний. Результаты лечения удивили не только пациентов, но и опытных врачей — подавляющее большинство пациентов полностью избавились от болей и вернули себе утраченное здоровье. Доказано, что в период получения криопроцедур улучшается сон, аппетит, проходит раздражительность, депрессия, снижается тяга к алкоголю, наркотическим веществам, приему седативных и обезболивающих лекарств. Криотерапия является прямым показанием при заболеваниях опорно-двигательного аппарата — уменьшается медикаментозная нагрузка поддерживающей терапии, в максимальном объеме восстанавливается функция пораженного сустава. Высочайшую эффективность криотерапия дает при остеохондрозе, спазме

сосудов и мышц, нарушении венозного и лимфатического оттока, артрозе суставов. Криотерапия также рекомендована в невропатологии при многих заболеваниях нервной системы (ДЦП, рассеянный склероз, миастения, мигрень, паркинсонизм и т. д.). Данные литературы говорят, что при лечении спастических тонусных мышечных нарушений, а также при гемипарезах после инсульта отмечаются позитивные изменения в состоянии пациента уже к 10-й процедуре. Также криопроцедуры помогают быстро восстанавливать работоспособность, повышать жизненный тонус, уменьшать стрессовые состояния. При этом происходит стимуляция биохимических процессов, ускоряется активность ферментов, увеличивается интенсивность обменных реакций, тренируется система кровообращения.

На протяжении 3-х лет мы применили криотерапию в курсе лечения 20 больных с резистентными формами тяжелой неврологической и пограничной нервно-психической патологии в возрасте 4—7 лет. Из них 50 % были с диагнозом: ДЦП, гемиплегия, с наличием контрактур в суставах верхних и нижних конечностей, остальные с диагнозами: Нарушение экспрессивной (рецептивной речи) — 40 %, Гиперкинетическое нарушение поведения, нарушение активности внимания — 10 %. Каждый больной прошел минимум 2 курса лечения по 30 процедур на курс. Температура газа в криокамере была от –90° до –120° С, длительность каждой процедуры — 3 минуты.

После первого курса лечения было отмечено некоторое уменьшение тяжести контрактур у каждого больного с ДЦП, уменьшение степени тяжести речевых расстройств — у 60 % больных, уменьшение синдрома гиперактивности — у 30 %, значительное улучшение внимания — у 100 % больных. После повторного курса было зафиксировано значительное уменьшение контрактур у 100 % больных, вплоть до полного исчезновения — у 20 % больных исследуемой группы. Значительное улучшение внимания у 100 % больных послужило хорошей основой для дальнейшего выздоровления всех больных с нарушениями развития речи и поведения. Побочных реакций в нашей группе больных не наблюдалось.

Таким образом, мы рекомендуем криотерапию как высокоэффективный и безопасный метод лечения детей с тяжелой неврологической и пограничной нервно-психической патологией как часть комплексного метода реабилитации.

УДК 616.711:616.8-003.10008.19

Назарчук І. А., Федосєєв С. В.

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

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ХВОРИХ З РЕФЛЕКТОРНИМИ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГІЧНИМИ СИНДРОМАМИ

Рефлекторні вертеброневрологічні синдроми посідають чільне місце в структурі вертеброневрологічних захворювань. Їх хронічні форми мають велике медико-соціальне значення. Це пов'язано із особливостями клінічного перебігу, які формуються сукупністю вертебральних і екстравертебральних патогенетичних чинників. Серед останніх багато уваги привертається до психогенних факторів.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей психоемоційного стану у хворих з хронічними рефлекторними вертеброневрологічними синдромами (ХРВС) і визначення їх ролі у виразності больового синдрому. Нами обстежено 111 хворих з ХРВС різного рівня: шийного (цервікалгія, цервікокраніалгія, цервікобрахіалгія) — 91 осіб, грудного (торакалгія) — 27 осіб, поперекового (люмбалгія, люмбоішіалгія) — 29 осіб. У 40 (36 %) обстежених спостерігалося поєднання ХРВС 2 чи 3 зазначених локалізацій.

Особливості психоемоційного стану досліджували за допомогою шкали Гамільтона. Його порушення у вигляді депресивних проявів спостерігалися у 67 % хворих. Про наявність депресії свідчила загальна сума за першими 17 пунктами шкали у 7 балів і вище. Депресивні прояви полягали насамперед у зниженні настрою, працездатності і активності, порушеннях сну, тривожності на тлі вертеброневрологічного симптомокомплексу. Виразність больового синдрому, оцінена за шкалою ВАШ, становила в середньому 7,1 ± 0,2 у осіб із депресивними проявами, і в середньому 5,4 ± 0,3 у осіб без них. Оскільки психоемоційний стан певною мірою базується на індивідуально-типологічних якостях психіки і поведінки, які є базисною конституціональною ознакою, вони також були досліджені шляхом визначення типів темпераменту за опитувальником Айзенка. Виявилося, що для хворих меланхолічного темпераменту був характерним перебіг ХРВС на тлі депресивних проявів (у 79 % випадків, $p < 0,01$), для хворих сангвінічного темпераменту — без них (у 71 % випадків, $p < 0,05$). Виразність больового синдрому мала такі тенденції: була вищою у осіб меланхолічного і холеричного типів (в середньому 6,8 ± 0,2 та 6,7 ± 0,4 відповідно), нижчою — сангвінічного і флегматичного типів (в середньому 6,1 ± 0,4 і 4,8 ± 0,2 відповідно).

Таким чином, порушення психоемоційного стану у вигляді депресивних проявів є характерною ознакою у частини хворих з ХРВС, впливають на виразність больового синдрому і підтверджують патогенетичну значущість психогенних факторів у формуванні ХРВС та болю. Зазначені індивідуально-типологічні особливості можна розглядати як конституціональні предиктори, клініко-патогенетичні фактори ХРВС і доцільно вивчати у подальшому в поєднанні із іншими конституціональними маркерами. Урахування психоемоційних особливостей сприятиме оптимізації терапії і реабілітації хворих з ХРВС.

УДК 616.711.1-053.7:616-005.1.001.8

Некрасова Н. О.

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З ВЕРТЕБРОГЕННО ОБУМОВЛЕНОЮ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЮ СУДИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Метою даної роботи було вивчення вегетативного гомеостазу при проведенні функціональних навантажень у пацієнтів молодого віку з проявами вертебробазилярної судинної недостатності (ВБН).

Було обстежено 86 пацієнтів молодого віку з остеохондрозом шийного відділу хребта, які перебували на лікуванні в неврологічному відділенні Обласної клінічної лікарні. На підставі клініко-гемодинамічних даних було сформовано 3 групи хворих: 1 групу склали хворі з I (ангіодистонічною) стадією ВБН — 29 хворих, 2 групу склали 26 хворих з II (ангіодистонічно-ішемічною) стадією, 3 група — 31 хворий з III (ішемічною) стадією ВБН.

Пацієнтам проводилася функціональна рентгенографія шийного відділу хребта, ультразвукове доплерографічне дослідження судин шиї і голови. Для оцінки впливу функціональних навантажень на вегетативне забезпечення організму нами була використана методика оцінки варіабельності серцевого ритму (ВСР) (Cardiolab, НТЦ «ХАИ-Медика»). Дослідження проводили у спокої і при проведенні проби деКлейна. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб, порівняних за статтю і віком.

Вивчення вегетативного тонусу виявило, що превалювання симпатичного відділу вегетативної нервової системи достовірно ($p < 0,05$) частіше реєструється у хворих 3 групи відносно 1 групи, складаючи (71,6 ± 8,4)% і (19,3 ± 8,1)% відповідно. Також достовірно частіше ($p < 0,05$) превалювання симпатичного відділу вегетативної нервової системи реєструвалося у хворих 3 групи відносно 2 групи, складаючи в останній (41,3 ± 9,6)% відповідно.

Підвищення вегетативної реактивності достовірне частіше ($p < 0,05$) спостерігалося у хворих 1 групи, складаючи (74,5 ± 9,1)%, відносно 3 групи, складаючи (30,5 ± 8,3)%, що свідчить про перенапруження регуляторних механізмів на початкових стадіях ВБН. Тенденція до реєстрації нормального вегетативного забезпечення частіше спостерігалася в 1 групі хворих відносно 3 групи, складаючи відповідно (69,9 ± 7,3)% і (33,1 ± 8,3)%.

Зміни з боку ВСР, зафіксовані під час проведення проби деКлейна, характеризувалися збільшенням потужності спектра в зону дуже низьких частот, що відображає активацію симпатичного відділу вегетативної нервової системи, яка забезпечує здійснення ерготропної активності.

На підставі отриманих даних можна думати про значне напруження, більшою мірою симпатичних відділів вегетативної нервової системи, які мають відношення до адаптивно-пристосувальних функцій організму. Вказані вегетативні зміни свідчать про пряму залежність виявлених порушень від ступеня вертебробазилярної судинної недостатності, що потребує усесторонньої корекції виявлених порушень.

Вищезгадані дані можуть бути використані як маркер ступеня залучення автономних (сегментарних) рівнів регуляції кровообігу з надсегментарними, при проведенні провокаційних функціональних проб.

УДК: 616-036.82/86:053.2/.6-616.8-099.11

А. М. Ненько, М. В. Сиротюк, С. В. Власенко, А. В. Хащук
Евпаторийский центральный детский клинический санаторий Министерства обороны Украины

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕДУЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ ПРИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Правильно выбранная и выполненная операция больному ребенку с детским церебральным параличом (ДЦП), обеспеченная комплексом последующих реабилитационных мер, может дать высокий функциональный и психологический эффект.

Цель данного исследования состояла в определении ведущей контрактуры.

Мы располагаем данными биомеханической и иннервационной структуры ходьбы 280 больных детей со спастической диплегией ДЦП. Возраст больных детей составил 8—10 лет. Характер контрактур был типичным для этой формы ДЦП, степень тяжести — средняя и тяжёлая. Все больные передвигались с помощью ортопедических средств. Проводилось клиническое обследование, на биомеханическом комплексе ИКИХ-6, электромиографе «Диза». Определяли количественную регистрацию фаз шага, движения в суставах, работу мышц нижних конечностей и ведущие контрактуры в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах.

Установлено, что ходьба больных детей со спастической диплегией ДЦП совершается по той же схеме, что и у здоровых детей. При ходьбе больных детей в 2—2,5 раза медленнее, чем в норме, осуществляется перекат через передний отдел стопы, в 3 раза укорачивается время опоры на пятку, на треть уменьшается время переноса конечности над опорой. Амплитуда движений в суставах также значительно уменьшается. Так, в тазобедренном суставе она составляла 18—20° (при норме в 40—45°), коленном 23—28° (в норме 31—32°), голеностопном 14—19°, при норме около 25°. Электрическая активность спастических мышц при ходьбе в 1,8 раза превышает активность нормальных мышц, причём наименьший прирост активности даёт икроножная мышца (5 % относительно нормы), наибольший — прямая мышца бедра (31,4 %). Установлена и другая особенность: мышцы-антагонисты бедра и голени напрягаются почти одновременно, преимущественно в фазу опоры на ногу.

На основании данных обследования и клинических тестов определяли ведущие контрактуры. В области тазобедренных суставов: сгибательные, ректус-синдромы, приводящие и ротационные контрактуры. Сгибательные контрактуры были обусловлены гиперспастичностью (30 % случаев) или истинной контрактурой (60 % случаев) мышц сгибателей бедра: портняжной, напрягающей широкую фасцию, прямой и подвздошно-поясничной.

Определяли ведущую контрактуру с помощью ряда клинических тестов и диагностических приемов, основанных на нестабильности укороченных, контрагированных мышц бедра к эластичному растяжению.

Определение ведущей контрактуры коленного и голеностопного суставов основано на клинических тестах гиперспастичности внутренних и наружных сгибателей голени, а также гипертонусе трехглавой мышцы голени с одновременно вторичным парезом или параличом тыльных разгибателей стопы.

Эффективность хирургического лечения и медико-социальной реабилитации больных детей с ДЦП во многом зависит от того, насколько диагностически точно определена основная причина патологической позы — ведущая контрактура, которая может определяться в области тазобедренных, коленных и голеностопных суставов.

УДК 616.89-008.47:001.8

С. А. Павлович, В. Ф. Безруков*, Л. Н. Пайкова***
** Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко,*
*** ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ПОПУЛЯЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА

Известно, что патологические состояния у человека формируются под влиянием различных генетических и средовых факторов. Для оценки вклада генетических факторов в формирование патологий в популяционных исследованиях используют ряд маркеров, которые находятся под генетическим контролем, и достаточно просто определяются (Булаева, 1991), что позволяет обследовать достаточно большие выборки.

В качестве таких маркеров используются следующие фенотипические признаки: способность ощущать горький вкус фенилтиокарбамида — ФТК (наличие — отсутствие); способность складывать язык в трубочку (наличие — отсутствие); преобладающая рука (праворукость — леворукость); линия роста волос по срединной линии лба (плавная — ломаная); форма мочки уха (свободная — промежуточная — приросшая); цвет и форма волос (светлые — темные); цвет глаз (светлые — темные); форма мизинца (прямой — изогнутый) и др. В настоящее время установлена четкая генетическая детерминация только для некоторых признаков. В частности, способность к ощущению ФТК ассоциирована с геном hTAS2R38, локализованным в 7-й хромосоме (7q35-36). Для остальных признаков предполагается полигенная или олигогенная природа наследования.

Для определения популяционных частот данных признаков провели исследование школьников юго-западного (г. Каменец-Подольский) и студентов центрального (г. Киев) регионов Украины. Частоты характеризуются стабильностью во времени: так, в популяции Каменца-Подольского с 1986 по 2004 г. эти частоты практически не изменились. Показано также, что частоты большинства признаков не зависят от пола. При сравнении школьников и студентов не выявлено статистически значимых отличий по частоте таких признаков, как способность ощущать горький вкус ФТК, способность складывать язык в трубочку, и праворукость — леворукость. Поэтому данные признаки были отобраны для сравнения частот в различных группах. Остальные признаки по своим частотам достоверно отличались в выборках студентов и школьников, что можно объяснить в первую очередь особенностями выборок.

На базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 и ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (Харьков) были обследованы пациенты с аддиктивным поведением (патологическим влечением к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным веществам — F 10 — F 19), пациенты с фобическими расстройствами, в том числе социофобиями — F 40; пациенты с различным течением эпилепсии (расстройством личности и поведения вследствие эпилепсии с генерализованными судорожными припадками и изменениями личности по эпи-типу; лёгким когнитивным расстройством вследствие эпилепсии — F 07.83; F 02.83; F 06.803 и др., с преобладанием в анамнезе черепно-мозговых травм) и пациенты с биполярным аффективным расстройством — F 31. По праворукости — леворукости и способности складывать язык в трубочку при сравнении контрольных выборок с группами лиц с патологиями достоверных отличий не наблюдали ($p > 0,05$).

Приближаются к уровню статистической значимости различия по частоте не ощущающих горький вкус в группе школьников (0,428), лиц с аддикциями (0,557) и лиц с фобическими расстройствами (0,154). Частота способности к ощущению горького вкуса ФТК у пациентов с аддикциями и фобиями существенно различается ($\chi^2 = 5,62$; $p > 0,05$).

Таким образом, способность к ощущению горького вкуса ФТК оказалась наиболее информативным маркером среди других фенотипических признаков в популяционных исследованиях патологических состояний человека.

УДК:616.831-005.1-092-08-008.19-02

Паєнок А. В., Кухленко Р. В., Кухленко О. Я.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (м. Львів)

ЗНАЧЕННЯ ГУМОРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ

Метою роботи було оцінити значення гуморальних факторів запалення для прогнозування розвитку післяінсультної депресії в гострий та ранній відновний період ішемічного інсульту.

Обстежено 28 пацієнтів: 10 жінок та 18 чоловіків, віком 45—64 років з первинним церебральним ішемічним інсультом (II) різної локалізації, які були обстежені в гострий (14 добу) та ранній відновний період (3 місяці після перенесеного первинного II) і отримували базисну терапію. У дослідження не включали пацієнтів з вхідним рівнем свідомості менш 10 балів за шкалою ком Глазго та афазією. Ступінь неврологічного дефіциту при надходженні за NIHSS становив 11,4 ± 1,6 бали.

Нейропсихологічне обстеження передбачало оцінку та збір даних спеціального анамнезу, тестування за шкалою депресії Гамільтона. Діагностику депресивних розладів проводили за критеріями DSM-IV. Стан гуморальних факторів запалення оцінювали за рівнем сироваткового інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), С-реактивного білка (СРБ) та концентрацією метаболітів оксиду азоту (нітрит-аніону). Рівень сироваткового ІЛ-6 визначали імуноферментним методом, концентрацію СРБ визначали латексним методом, рівень нітрит-аніону — спектрофотометричним методом на основі реакції з реактивом Гріса.

На 14 день обстеження після початку захворювання у пацієнтів з ІІ середній бал за шкалою Гамільтона становив 12,9 ± 1,5, у 31 % з них депресивні розлади відповідали критеріям DSM-IV для постановки діагнозу депресія. На 3 місяць після перенесеного ІІ середній бал за шкалою Гамільтона в пацієнтів даної групи становив 14,5 ± 1,1, у 35 % з них була діагностована післяінсультна депресія за критеріями DSM-IV.

Виявлена позитивна динаміка вмісту СРБ в сироватці крові. Так, на 14 добу захворювання вміст СРБ становив 12,76 ± 1,71 мг/л, на 3 місяць знизився практично до референтних показників норми і становив 7,62 ± 1,08 мг/л ($p < 0,05$). Коефіцієнт кореляції концентрації СРБ з сумарним балом за шкалою Гамільтона на 14 добу та 3 місяць був слабким ($r = +0,24$ та $r = +0,17$, відповідно). На 14 добу після початку ІІ спостерігалось підвищення вмісту ІЛ-6 (22,57 ± 2,72 пг/мл), яке утримувалось на 3 місяць після інсульту — 13,15 ± 1,34 пг/мл. Високі сироваткові концентрації ІЛ-6 на 3 місяць після перенесеного ішемічного інсульту спостерігались у 92 % пацієнтів, в яких була виявлена депресія за критеріями DSM-IV і в даної категорії пацієнтів в середньому становили 16,28 ± 1,61 пг/мл. Коефіцієнт кореляції концентрації даного цитокіна в сироватці крові з сумарним балом за шкалою Гамільтона становив +0,73. Аналогічна динаміка виявлена і для концентрації нітрит-аніону в сироватці крові. На 14 добу лікування в стаціонарі концентрація нітрит-аніону в крові становила 5,83 ± 0,76 мкмоль/л, на 3 міс — залишалась достовірно високою і без достовірної різниці у порівнянні з 14 днем — 5,33 ± 0,72 мкмоль/л ($p < 0,05$). Коефіцієнт кореляції сироваткового нітрит-аніону на 3 місяць після ІІ з оцінкою депресії за шкалою Гамільтона становив +0,70.

Гострий та ранній відновний період ішемічного інсульту характеризуються розвитком запальних реакцій, які проявляються змінами в гуморальній ланці імунітету, зокрема підвищенням концентрації С-реактивного білка, ІЛ-6 та метаболітів оксиду азоту. У пацієнтів з ранніми післяінсультними депресивними розладами характерним є підвищення рівня ІЛ-6 та нітрит-аніону в гострий та ранній відновний період ішемічного інсульту, що корелювало з рівнем депресії за шкалою Гамільтона. Визначення концентрації ІЛ-6 та сумарний метаболітів оксиду азоту можна використовувати для прогнозу розвитку ранніх післяінсультних депресивних розладів.

УДК 616.833-002-009.11-031.1

Пелехова О. Л.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

СИНДРОМ МИЛЛЕРА — ФИШЕРА, НЕОБЫЧНЫЙ ВАРИАНТ ОСТРОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Синдром Миллера — Фишера (СМФ) — идиопатическая аутоиммунная нейропатия, характеризующаяся в типичных случаях триадой симптомов: офтальмоплегией, атаксией, арефлексией. СМФ считается одной из разновидностей синдрома Гийена — Барре (СГБ). СМФ является редким заболеванием с частотой встречаемости 1—2 случая на 1 млн человек в год, может развиться в любой возрастной группе, включая детей, у мужчин встречается в два раза чаще.

В ряде случаев началу заболевания предшествует ранее перенесенная респираторная или желудочно-кишечная инфекция, активная герпесвирусная инфекция (цитомегаловирус, вирус Эпштейна — Барра, вирус простого герпеса 1 тип), иногда заболевание развивается на фоне полного благополучия.

Дебютирует остро развившимся двоением в глазах, которое прогрессивно нарастает и может закончиться полной офтальмоплегией. В дальнейшем присоединяется атаксия в конечностях, нарушение акта ходьбы без мышечной слабости и чувствительных расстройств. К 5—10 дню развивается полная клиническая картина в виде офтальмоплегии, атаксии, арефлексии, у большинства пациентов отмечается односторонний или двусторонний птоз. Чаще всего заболевание имеет монофазное доброкачественное течение, восстановление начинается в пределах 2—4 недель после появления первых симптомов и может полностью регрессировать в течение 6 месяцев. Однако у ряда больных к классической триаде может присоединиться вовлечение лицевого, бульбарных нервов, легкие сенсорные нарушения в виде парестезии, дизестезии, легкий периферический тетрапарез. В 5 % случаев заболевание будет прогрессировать с нарастанием чувствительного и двигательного симптомокомплекса и перейдет в классический СГБ.

СМФ диагностируется на основании симптоматической триады, наличия сывороточных антител к ганглиозидам GQ1b в более чем 90 % случаев в острой стадии заболевания, определяемых с помощью иммуноферментного анализа. Антитела обычно исчезают в течение недели на фоне терапии. В цереброспинальной жидкости характерно повышение белка более 0,4 г/л (белково-клеточная диссоциация). При проведении электромиографии выявляются признаки, характерные для демиелинизации.

Учитывая редкую частоту встречаемости СМФ, рандомизированных исследований по лечению данного заболевания не проводилось, однако, учитывая общность патогенеза СМФ и СГБ, отмечается положительный эффект от применения плазмафереза или неспецифического иммуноглобулина для в/в введения в дозе 0,4 г на 1 кг массы тела в течение 5 дней. Имеются литературные данные о положительном эффекте применения метилпреднизолона в дозе 1 г на 1 кг массы тела. При легком течение СМФ, учитывая доброкачественность и монофазность течения, спонтанная ремиссия может возникнуть к 4—6 неделям и требует назначения только поддерживающей терапии.

УДК 616.831-001.31-06

Г. Д. Перцев

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

СУТОЧНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В суточной динамике (в 7, 11, 15, 19 и 23 дни) обследовано 80 больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ) в возрасте от 20 до 39 лет с продолжительностью заболевания не менее 1 года. Для больных были характерны вегетососудистая дистония, астенический синдром, которые особенно были выражены в 19.00 и позже, ликворно-дисциркуляторный синдром превалировал в утренние часы — с 7.00.

При анализе неврологического статуса для больных с ОПЗЧМТ было характерно наличие симптомов орального автоматизма, асимметрии сухожильных и периостальных рефлексов, нарушение координаторных функций, стопные пирамидные знаки — Оппенгейма, Россолимо, Штрюмпеля, Пуссеппа.

При изучении неврологического статуса относительно четкая суточная динамика прослеживалась в отношении 3, 4, 6 пар черепно-мозговых нервов, патология которых проявлялась. либо усиливалась в 19 и 23.00. Рефлексы орального автоматизма особенно были выражены в 23.00. Для мышечного тонуса и мышечной силы, а также сухожильных рефлексов было характерно нарастание асимметрии в вечерние часы: в 19 и 23.00. Нарушения при выполнении статических проб проявлялись в 15.00 и особенно в 23.00; соответственно изменения динамических проб — в 19, 23.00. Пирамидные знаки Оппенгейма, Россолимо, Штрюмпеля, Пуссеппа, часто отсутствующие в утренние и дневные часы, проявлялись и усиливались в 23.00.

Для обследованных больных было характерно нарушение сна: позднее засыпание, сон поверхностный с частыми пробуждениями, ранним окончательным пробуждением и неудовлетворенность качеством сна.

Полученные данные свидетельствуют, что в суточной динамике неврологический статус изменчив, в определенные часы некоторые симптомы проявляются, усиливаются, а в некоторые — уменьшаются по своей выраженности, либо исчезают, особенно в вечерние и утренние часы, то есть в переходные периоды физиологических состояний (от бодрствования ко сну и от сна к бодрствованию). Эти данные имеют многоплановое значение: для диагностики (выявление субклинических, латентных проявлений заболевания), оценки соотношения «органического» и «функционального», состояния специфических и неспецифических систем, а также для реализации хронотерапевтического принципа лечения больных.

УДК 616.831-001.31-008.47 (-07) (581)

Песоцкая Е. В.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Процесс демографического старения населения непосредственно связан с проблемой цереброваскулярных заболеваний. Актуальна эта проблема и в Украине, где по данным официальной статистики насчитывается более 3 млн. больных ЦВЗ, причем значительную часть их составляют пациенты с хронической ишемией мозга (ХИМ), которая чаще обозначается как «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭ). Лечение ДЭ у пожилых имеет ряд особенностей и представляет определенные трудности, обусловленные множеством соматических и неврологических заболеваний, которые у этих больных часто протекают нетипично. Медикаментозная терапия в этих случаях должна проводиться осторожно, малыми дозами, и, по возможности, небольшим количеством лекарственных средств. Оптимальным выходом из данной ситуации является назначение комплексных медикаментозных препаратов, воздействующих на различные патогенетические звенья.

Целью настоящего исследования явилось изучение комплексного действия препарата Танакан у пожилых пациентов с ДЭ атеросклеротического, гипертонического и смешанного генеза.

Нами обследовано 42 пациента (29 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 62 до 87 лет (средний возраст 75 ± 12,6 лет) с ДЭ II стадии атеросклеротического, гипертонического и смешанного генеза. Всем больным проводили стандартное клинико-неврологическое обследование с применением Гериатрической шкалы клинической оценки фирмы Сандоз (Sandoz Clinical Assessment Geriatric — SCAG) [Shader RL. et al., 1974], нейропсихологическое исследование с использованием шкалы оценки психического состояния (Mini-mental scale examination — MMSE)).

Обследуемым пациентам был назначен препарат Танакан в суточной дозе 120 мг (1 таблетка 40 мг 3раза в день во время еды) курсом 3 месяца. Пациенты продолжали получать базовую терапию, включающую антигипертензивные, липидомодифицирующие препараты, антиагреганты.

До начала лечения основными жалобами пациентов были: диффузные головные боли — у 40 (95,2 %), головокружение — у 29 (69,0 %), шум и звон в ушах — у 24 (57,1 %), шаткость походки — у 34 (80,9 %), боли в глазных яблоках — у 18 (42,8 %), ощущение «пелены» перед глазами, «песка» в глазах — у 15 (35,7 %). Также все 42 пациента (100,0 %) отмечали повышенную утомляемость, 37 (88,1 %) — снижение настроения, мотивации, 39 (92,8 %) — снижение памяти.

В неврологическом статусе у обследованных больных преобладали пирамидные нарушения — у 85,7 %, вестибуло-атактический синдром — у 76,2 %, кохлеарный — у 23,8 %, экстрапирамидные расстройства — у 19,0 %, псевдобульбарный синдром — у 21,4 %. У 95,2 % пациентов выявлены когнитивные нарушения, соответствовавшие умеренным (24—25 баллов по шкале MMSE). Тестирование по гериатрической шкале Сандоз позволило выявить симптомы депрессии у 33,3 %, эмоциональной лабильности — у 59,5 % пациентов.

В результате лечения препаратом Танакан в течение 3 месяцев клиническое улучшение состояния отметили все 42 пациента (100,0 %). Достоверно уменьшилась выраженность таких субъективных симптомов, как головная боль, головокружение, шум в голове, быстрая утомляемость, отмечено объективное положительное влияние препарата на когнитивные функции пациентов. Также повысились активность, работоспособность, интерес к жизни у обследованных больных.

УДК 616.8:616.36:616.361

Песоцкая К. О.*, Песоцкий О. Н.**, Супличенко М. В.**
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), КП «Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова»***

ПОЛИМОРФИЗМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Патология гепатобилиарной системы является одной из наиболее распространенных во всем мире, в том числе и в Украине. Частота встречаемости заболеваний печени и желчных путей по последним данным составляет около 15 % в популяции, причем показатель этот возрастает до 20 % у 60-летних и составляет более 30 % у людей после 70 лет (В. Т. Ивашкин). По данным различных авторов, заболевания гепатобилиарного тракта в 45—90 % случаев приводят к поражению нервной системы.

Целью нашей работы явилось изучение частоты встречаемости и клинических особенностей поражения нервной системы у пациентов, страдающих гепатобилиарной патологией.

Нами обследовано 52 пациента (39 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 20 до 68 лет, поступивших в отделение малоинвазивной хирургии ГКБСНМП по поводу обострения хронического рецидивирующего холецистита, холецистопанкреатита. Длительность основного заболевания у обследованных больных составляла от 3 до 10 лет. Всем больным проводили стандартное клинико-неврологическое обследование, исследование функции вегетативной нервной системы с применением опросников (Вейн А. М. с соавт., 1998), психодиагностическое исследование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D).

По результатам исследования патология со стороны нервной системы диагностирована у 48 (92,3 %) пациентов. В большинстве случаев пациенты предъявляли жалобы на диффузную головную боль сжимающего характера — 71,2 %, несистемное головокружение — 58,3 %, общую слабость — 93,7 %, быструю утомляемость — 79,1 %, расстройство ночного сна — 77,0 %, нарушение концентрации, внимания — 62,5 %, снижение памяти — 27,0 %. Практически все пациенты (95,8 %) отмечали признаки вегетативной дисфункции (повышенное потоотделение, онемение и похолодание кистей и стоп, озноб или чувство жара, учащенное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, дискомфорт в области сердца, тревогу, чувство страха). 64,5 % обследуемых обращали внимание на подавленность и снижение настроения в течение дня. У 58,3 % больных было обнаружено снижение социальной адаптации, которое проявлялось в виде частых неадекватных реакций при общении с людьми, пессимистических взглядов на жизнь в будущем.

При объективном исследовании у обследованных пациентов выявлены следующие неврологические синдромы: пирамидный — 62,5 %, вестибуло-атактический — 52,0 %, нарушения со стороны черепно-мозговых нервов — 39,5 %, синдром вегетативной дисфункции (пароксизмальное течение — 29,1 %, перманентное — 66,6 %), тревожно-депрессивные расстройства — у 75,0 %.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что большинство пациентов, страдающих гепатобилиарной патологией, имеют признаки поражения нервной системы. Наиболее характерными неврологическими проявлениями у обследованных больных были пирамидный, вестибуло-атактический, астеновегетативный, тревожно-депрессивный синдромы.

УДК 616.853-053.2:577.11

Е. Ю. Пилипец
У «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ ОТКЛОНЕНИЙ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЯМИ

Показатели изменений обменных процессов (пластического и энергетического), как молекулярная основа функциональных нарушений при эпилепсиях, интегрально отражаются в состоянии элементного гомеостаза. Наблюдаются изменения макро- и микроэлементного состава крови, лимфы, мочи, ликвора, ткани мозга и производных кожи (волос, ногтей). При эпилепсии как хроническом заболевании показатели состава волос в большей мере отражают долговременные изменения в организме.

Нами методом атомной эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой было проведено изучение содержания эссенциальных макроэлементов: Na, K, Ca, Mg, P и микроэлементов: Al, Cu, Fe, Mn, Si, Zn, а также токсичных элементов: Pb и Cr в волосах детей с различными формами эпилепсий (162 пациента в возрасте от 2 до 17 лет) в сравнении с практически здоровыми детьми (60 детей в возрасте от 2 до 16 лет). Проанализированы особенности элементного состава волос в зависимости от формы заболевания, достижения ремиссии, типа припадков, применяемой противосудорожной терапии.

Установлено, что наиболее часто у пациентов с эпилепсиями отмечаются гипоэлементозы по Mn — 65 ± 3,7 %, Zn — 59 ± 3,8 %, Mg — 52 ± 3,9 %, P — 52 ± 3,9 %, гиперэлементозы по Na — 64 ± 3,7 %, K — 47 ± 3,9 %.

В общей группе детей с эпилепсиями относительно контроля достоверно снижено содержание Ca ($p < 0,01$), Fe ($p < 0,01$),

Mg ($p < 0,01$), Mn ($p < 0,01$), P ($p < 0,001$) и Zn ($p < 0,001$), повышено содержание K ($p < 0,001$) и Na ($p < 0,01$). У пациентов с ремиссиями припадков относительно пациентов с текущими припадками достоверно повышено содержание Ca ($p < 0,05$), Mg ($p < 0,01$), P ($p < 0,05$) и Zn ($p < 0,001$) и снижено содержание K ($p < 0,01$).

Каждый тип эпилептических припадков характеризуется определенными особенностями элементного состава, как по сравнению с контролем и общей группой пациентов, так и по сравнению друг с другом. Наиболее близкой к контролю является группа пациентов с абсансными формами эпилепсий, при неблагоприятном течении заболевания, наиболее характерном для тяжелых миоклонических эпилепсий, синдромов Веста и Леннокса — Гасто, отмечается выраженная дефицитарность по Ca, Mg, Mn, Fe и Zn при избыточном содержании Na и K. Наиболее отличающиеся показатели отмечены именно при распределении пациентов по типам припадков.

Частота и степень выраженности отклонений в элементном статусе у детей с эпилепсиями, выявленные нами, ставят вопрос о необходимости разработки мероприятий, направленных на коррекцию данных нарушений. С учетом биохимических эффектов макро- и микроэлементов, наиболее значимых с точки зрения эпилептогенеза, необходимости соблюдения баланса элементов в организме (на этапе поступления и на этапе усвоения), причем в течение длительного времени, в связи с хроническим течением заболевания, нами предлагается коррекционная система. Данная система включает: 1) диагностические мероприятия — необходимость исследования содержания макро- и микроэлементов у детей с эпилепсиями; 2) оптимизацию процессов всасывания поступающих в организм эссенциальных элементов путем мониторирования состояния органов желудочно-кишечного тракта и, при необходимости, проведения соответствующей терапии; 3) включение в схему лечения детей с эпилепсиями как препаратов, нормализующих функционирование нейрональных мембран, так и препаратов, влияющих на транспорт элементов к клеткам (комплексы олигопептидов и аминокислот); 4) индивидуальные (с ориентиром в качестве ведущего фактора на тип эпилептического припадка) с соблюдением возрастных нормативов поступления основных питательных веществ, витаминов и калорийности рациона, рекомендации по питанию для детей с эпилепсиями.

УДК 616.831-053.2

Померанцева Т. И.*, Винницкая О. А.*, Можаева Н. Г.*, Фоменко Н. Н.*, Шуйская И. Г.*, Алипова Т. В.*, Воробьев К. Е.**, Скоробогатова О. В.***

Областная детская клиническая больница (г. Луганск), Городская детская больница № 3 (г. Луганск)**, ГУ «Луганский государственный медицинский университет»****

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Целью настоящей работы явилось изучение корреляций между клиническими проявлениями неврологических расстройств и характером морфологических изменений головного мозга с особенностями биоэлектрической активности мозга у детей в постнатальном периоде при патологических изменениях головного мозга, обусловленных перенесенной внутриутробной гипоксией плода и асфиксией новорожденных.

Нами обследовано 150 детей в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет с различными неврологическими проявлениями перинатально обусловленных поражений нервной системы у детей. Детально изучены особенности неврологического статуса указанной группы пациентов, проанализированы результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ), а также особенности биоэлектрической активности мозга по результатам проведения электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Среди клинических проявлений перинатально обусловленных неврологических расстройств у детей были выявлены: двигательные нарушения — у 78 % пациентов, задержка психомоторного развития — у 52 % детей, признаки гидроцефальных проявлений у 38 % обследованных, эпилептический (судорожный) синдром выявлен у 23 % пациентов.

При проведении МРТ у 17 % пациентов обнаружены субдуральные кровоизлияния, чаще развившиеся у доношенных детей и локализовавшиеся на конвекситальной поверхности мозга с формированием хронических субдуральных гематом в лобных отделах, сочетающихся с атрофическими процессами подлежащих отделов мозга и умеренной гидроцефалией, что указывало на сочетанное воздействие гипоксического и травматического факторов в повреждении головного мозга. У 38 % обследованных пациентов выявлены атрофические изменения мозговой ткани, преимущественно в лобно-височно-теменных областях, сочетающиеся с наличием кист, полимикрогирией, гидроцефалией, одно- и/или двусторонней локализации. У 46 % больных детей определялась перивентрикулярная лейкомаляция, особенно у недоношенных в возрасте до 1 года, сопровождающаяся гидроцефалией и субатрофией мозгового вещества. Редко (до 7 %) обнаруживались внутримозговые кровоизлияния, локализующиеся преимущественно в подкорковых ядрах, реже — в стволе. У 34 % детей старше 1 года жизни выявлены различная степень и локализация гидроцефалии без отчетливых структурных изменений мозговой ткани.

При этом на ЭЭГ выявлены неспецифические, преимущественно диффузные изменения в виде медленных и острых волн, генерализованной медленноволновой активности с наличием межполушарной асимметрии преимущественно по амплитудным характеристикам, комплексы спайк — волна, острая — медленная волна. ЭЭГ картина в большинстве случаев наиболее отчетливо коррелировала с эпилептическим синдромом у детей и значительно меньше — с выявленными морфологическими изменениями головного мозга на МРТ.

Таким образом, клинико-морфологические и ЭЭГ-корреляты у детей раннего возраста могут быть использованы для детализации реабилитационных мероприятий и решения вопроса о ближайшем прогнозе заболевания.

УДК 616.831-009.11-053.2:001.8

Померанцева Т. И.*, Шуйская И. Г.*, Фоменко Н. Н.*, Винницкая О. А.*, Алипова Т. В.*, Скоробогатова О. В.**

Областная детская клиническая больница (г. Луганск), ГУ «Луганский государственный медицинский университет»***

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Начиная с 1970 года в Луганской области с момента разделения детской психоневрологической помощи на психиатрическую и неврологическую, проблеме церебральных параличей (ЦП) всегда уделялось большое внимание. При прежних возможностях диагностики органических заболеваний нервной системы у детей конкретный диагноз ЦП поставить было сложно, т. к. многие заболевания нервной системы у детей раннего возраста манифестируют схожими по клиническим проявлениям симптомами. Однако время не стоит на месте, и на сегодня у нас появились возможности не только глубокого клинического обследования функций головного мозга, но и их объективизации — нейровизуализационные (УЗИ, КТ, МРТ), нейрофункциональные (ЭЭГ, ВП, ЭНМГ, ТКУЗДГ), медико-генетические, лабораторные (включая диагностику метаболических нарушений), иммунологические (ИФА, ПЦР и др.) исследования, позволяющие выделить из общей большой группы органических заболеваний нервной системы больных детей с диагнозом ЦП.

За 2009—2011 годы в отделении для детей с поражением центральной нервной системы Луганской областной детской клинической больницы (главный врач Л. М. Белецкая) находились на лечении 23, 24 и 61 ребенок соответственно в возрасте от 6 месяцев до 4-х лет с различными формами впервые установленного церебрального паралича.

По материалам работы отделения в 2011 году проведен анализ 61-го впервые выявленного случая ЦП (37 мальчиков, 24 девочки, 46 детей — жители городов, 15 детей — сельской местности). Диагностированы различные формы ЦП: у 37,7 % (23 ребенка) — спастическая гемиплегия (G 80.2), у 36 % (22 ребенка) — спастическая диплегия (G 80.1), у 24,6 % (15 детей) — двойная гемиплегия (G 80.0), в 1,6 % (1 ребенок) — атактическая форма ЦП (G 80.4).

Установлено сочетанное неблагоприятное воздействие патологии беременности, патологии родов и отклонений в состоянии беременной на формирование органического неврологического дефекта, в последующем трансформирующегося в разные возрастные периоды жизни ребенка в детский церебральный паралич. Наиболее значимыми, по нашим наблюдениям, явились в 55,7 % (34 случая) — недоношенная беременность, 49 % (30 случаев) — недостаточность маточно-плацентарного кровообращения, 34,4 % (21 случай) — гестозы второй половины беременности, протекающая в 61,7 % (38 случаев) на фоне разнообразных неблагоприятных состояний беременной: первородящие старшего возраста (более 30 лет) 13 % (8 случаев), юные

первородящие 13 % (8 случаев), вредные привычки (курение, употребление алкоголя) 11,5 % (7 случаев), употребление медикаментов и др. интоксикаций 11,5 % (7 случаев).

Обращает внимание, что оценка по шкале Апгар на 5 минуте более 6—7 баллов отмечена в 61,7 % (38 случаях), при этом у всех детей масса тела была более 1 кг. Основными церебральными нарушениями в неонатальном периоде являлись в 67,2 % (41 случай) — синдром двигательных нарушений (расстройство тонуса и объема движений), 36,1 % (22 случая) — синдром внутричерепной гипертензии, 21,3 % (13 случаев) — синдром угнетения функции головного мозга, 19,7 % (12 случаев) — судорожной синдром, 16,4 % (10 случаев) — синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Отмечено, что клиническая характеристика церебральных нарушений существенно осложнялась в неонатальном периоде соматической и инфекционной патологией: в 14,8 % (9 случаев) — анемия новорожденного, 14,8 % (9 случаев) — ОРВИ и другие инфекции, 13,1 % (8 случаев) — пневмонии, 11,5 % (7 случаев) — гемолитическая болезнь новорожденного, 9,8 % (6 случаев) — ателектазы легких.

Данные о частоте ЦП меняются в зависимости от развития медицинской науки. Определяющее место в изучении проблемы занимают диагностические критерии в различных возрастных группах, учитывая большие потенциальные возможности развивающегося мозга и клинический опыт детского невролога в правильности оценки эволюционно-возрастной динамики развития нервной системы ребенка. Эпидемиологические исследования ЦП нуждаются в постоянном совершенствовании и для представления истинной картины эпидемиологии ЦП должны проводиться по единым критериям. По мере накопления знаний и прогресса науки будут получены новые сведения, которые дадут возможность выделить из группы органических повреждений нервной системы у детей заболевания с идентичными этиопатогенетическими, клиническими, нейроморфофункциональными и другими признаками, найдя при этом правильное диагностическое определение этим состояниям.

УДК: 616.831-009.1-053.2/6+616-009.12+616-003.9

Пономаренко Ю. Н., Власенко С. В., Ненько А. М., Мех П. И.
Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий Министерства Обороны Украины (г. Евпатория)

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ МОТОРИКИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

Развитие двигательных функций у больных детским церебральным параличом (ДЦП) является одним из ведущих направлений системы восстановительного лечения. Основными патологическими факторами, препятствующими физиологическому развитию движений у ребенка, больного ДЦП, и приводящими с течением времени к развитию контрактур и деформаций конечностей, являются мышечный гипертонус и активность нередуцированных тонических рефлексов. Стандартом лечения нейроортопедических синдромов была методика этапного гипсования (ЭГП) с последующим комплексным восстановительным санаторно-курортным лечением. После регистрации в Украине ботулотоксина реабилитационные возможности, направленные на снижение патологической спастичности мышц и профилактику образования контрактур значительно расширились. Количество больных, которым был введен препарат, несмотря на его достаточно высокую стоимость и отсутствие единой государственной программы, неуклонно росло. Ботулинотерапия также полностью не разрешила проблемы устранения патологического ограничения движений в сегментах конечностей. Поэтому, с целью усиления функционального эффекта от снижения спастичности возникла необходимость проведения курсов этапного гипсования на фоне действия ботулотоксина, что и отразилось на показателях, в виде постоянного роста сочетанного применения методик этапного гипсования и ботулинотерапии.

Такое сочетанное применение консервативных методик имело положительные последствия, что выразилось на показаниях в хирургическом лечении, видах вмешательств. Анализируя данные по хирургической активности было определено, что средний возраст начала хирургического лечения у больных, получавших диспортотерапию, составил — 10,67 ± 0,38 лет, тогда как у пациентов, которым не проводилось снижение спастичности токсином ботулизма тип А (Диспорт) первые операции проводились в среднем уже к 5,48 ± 0,64 годам (достоверность отличий между показателями $p < 0,01$), а повторные вмешательства осуществлялись в 86,89 % случаев. Количество сегментов конечностей, вовлеченных в контрактуры, у больных, регулярно получавших ботулинотерапию, в среднем составило 1,57 ± 0,49, второй и третьей — 3,24 ± 0,76 (достоверность отличий между показателями $p < 0,01$), контрактуры были однокомпонентными. Показателем эффективности данного подхода в терапии нейроортопедических синдромов является уровень двигательного развития детей проходивших регулярно, на протяжении нескольких лет, курсы ботулинотерапии (оценку проводили по шкале Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy (GMFCS)). В среднем он составил 3,43 ± 0,49 балла (в контрольной группе показатели были на уровне не выше 4,64 ± 0,36 балла, достоверность отличий между показателями $p < 0,01$, то есть самостоятельно практически никто не передвигался за счет сформированных сухожильно-мышечных контрактур), что характеризуется как самостоятельная ходьба с вспомогательными приспособлениями.

Таким образом, нейроортопедическое лечение формирующихся патологических контрактур является необходимым для эффективной реабилитации больных ДЦП, формой спастическая диплегия. Отказ от данных видов лечения может приводить к развитию тяжелых многокомпонентных контрактур и деформациям конечностей, быть основной причиной задерживающей дальнейшее развитие ребенка. Вовремя проведенное, оперативное лечение дает возможность значительно расширить формирование двигательных навыков, самообслуживания, социальной адаптации.

УДК 616.831-005.4:616.857

Реминяк И. В.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) — наиболее частые и инвалидизирующие заболевания головного мозга. На долю ишемических инсультов (ИИ) приходится 70—80 %. Несмотря на успехи в проведении научных исследований в области фармации, медицины, в частности неврологии, направленных на лечение и профилактику ОНМК, количество больных ИИ с каждым годом увеличивается, приобретая характер пандемии. Головная боль (ГБ) не является ведущей жалобой больных с ИИ, однако существуют особенности этого синдрома у данной категории пациентов. Патогенез ГБ при ИИ возможно связан с острой закупоркой мозговых артерий (тромбоз или эмболия) и возникновением сосудистых дистонических реакций, коллатералей, а также является следствием оттека мозга, повышения внутричерепного давления и раздражения ноцицептивных структур (сосудов и оболочек мозга).

В связи с этим целью нашего исследования было изучение особенностей ГБ у больных с ИИ. Нами проведено детальное обследование 128 больных ИИ в возрасте 53—77 лет (из них женщин 68, мужчин 60), длительностью заболевания до 6 мес. Всем больным проведено клинико-неврологическое, нейровизуализационное (КТ или МРТ) обследование. Среди обследованных пациентов у 45 % был диагностирован полушарный ИИ, у 37 % — транзиторная ишемическая атака (ТИА), у 18 % — лакунарный инсульт (ЛИ). Этиологическими факторами развития ИИ были атеросклероз, гипертоническая болезнь или их сочетание. Ряд пациентов страдали сахарным диабетом, фибрилляцией предсердий, курили. Среди обследованных пациентов у 67 % в патологический процесс были вовлечены бассейны средних мозговых артерий, у 33 % — вертебробазилярный бассейн. У 77 % больных отмечались очаговые неврологические синдромы. Симптоматика соответствовала локализации ишемического очага, пораженному сосудистому бассейну.

16 % пациентов жалоб на ГБ не предъявляли. Остальным пациентам, находящимся в сознании и не имеющим грубых речевых нарушений проводился диагностический тест количественной оценки ГБ по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). У 97 % обследованных больных ГБ была средней и малой интенсивности и соответствовала 3—7 баллам по ВАШ. Наибольшая интенсивность ГБ наблюдалась у больных с ТИА (5—7 баллов по ВАШ), а наименее выраженная у больных с ЛИ (3—4 балла по ВАШ). 3 % обследованных пациентов жаловались на интенсивную ГБ (8—9 баллов по ВАШ). У 67 % больных ГБ

появилась за 1—2 дня до сосудистого события, а 33 % отметили её на начало заболевания. ГБ в большинстве случаев (83 %) была постоянной, двусторонней, преимущественно давящего, распирающего характера. У 41 % пациентов лобно-височной, у 32 % — затылочной локализации, у 27 % — диффузная ГБ. Следует отметить, что ГБ преобладали у женщин.

На основании проведенного исследования выявлено, что картина ИИ характеризуется объективной неврологической симптоматикой и субъективными симптомами, среди которых достаточно частым является ГБ. Учитывая наличие и значимость очаговых неврологических симптомов, симптом ГБ при ИИ не является ведущим и требующим избирательной терапии, однако качественные и количественные характеристики ГБ могут стать основой критериев дифференциальной диагностики и прогноза ИИ.

УДК 616.857:577.11

Реминяк В. И., Реминяк И. В., Слюсаренко И. Т.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

РОЛЬ НЕЙРОПЕПТИДОВ В ФОРМИРОВАНИИ СОСУДИСТОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Нейропептиды (НП) — биологически активные соединения, синтезируемые главным образом в нервных клетках. Участвуют в регуляции обмена веществ и поддержании гомеостаза, воздействуют на иммунные процессы, играют важную роль в механизмах памяти, обучения, сна. Могут действовать как медиаторы и гормоны. Один и тот же нейропептид способен выполнять различные функции (ангиотензин, энкефалин, эндорфин). НП присутствуют в немиелинизированных волокнах С-типа и небольших миелинизированных А-дельта-типа волокнах и синтезируются клетками дорзальных рогов ганглиев, а затем транспортируются вдоль аксонов в нервные окончания, где они накапливаются в плотных везикулах. Влияют на сосудистый тонус, некоторые из них генерируют и поддерживают воспалительный процесс, называемый «нейрогенным».

Большое значение приобретает сравнительно недавно изучаемая группа нейропептидов орексин А и В (также называемые гипокретин 1 и 2), состоящие из 33 и 28 аминокислот соответственно. Они являются производными препроорексина (или препрогипокретина), который локализован в боковых и префорникальных областях гипоталамуса.

Орексин-содержащие волокна и рецепторы орексина широко распределены в ЦНС. Орексин участвует в процессах пробуждения, энергетического гемостаза, автономного центрального контроля и антиноцицептивных систем. Антиноцицептивное действие орексина А происходит на спинальном и супраспинальном уровне и сравнимо с эффектом опиоидов. Супраспинальные участки действия орексина могут включать задний гипоталамус, который отвечает за тригеминоваскулярную ноцицепцию и вентролатеральное ядро, которое опосредует нисходящее ингибирование боли.

В связи с этим целью нашей работы было исследование уровня специфических нейропептидов (орексина) в плазме крови больных ДЭ I—II ст. с помощью стандартных наборов фирмы Peninsula Laboratories, LLC (США). Нами обследовано 74 больных (35 мужчин, 39 женщин) в возрасте 48—60 лет с диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) I—II ст. Этиологическим фактором ДЭ была гипертоническая болезнь II ст. В клинической картине обследованных больных доминировали субъективные расстройства в виде стойких и выраженных головных болей, преимущественно лобно-височной, реже затылочной локализации, снижение памяти, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность. Объективно выявлены легкие, но достаточно стойкие объективные неврологические расстройства в виде анизорефлексии, дискоординаторных явлений, глазодвигательной недостаточности. Все больные тестированы по шкале MMSE. Результаты (29—25 баллов) свидетельствуют о том, что у обследованных пациентов имеют место когнитивные дисфункции, которые не достигают степени когнитивного снижения.

Анализ содержания орексина в крови больных с ДЭ I—II ст. со стойким цефалгическим синдромом свидетельствует о статистически достоверном повышении его уровня у данной категории больных. Имеющиеся изменения могут быть объяснены компенсаторным ответом на хроническую головную боль или как проявление ответа гипоталамуса на стресс, вызванный хронической болью.

УДК 616.839:616.126.42

Реміняк І. В., Слюсаренко І. Т., Перцева Т. Г.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Проблема пролапсу мітрального клапану (ПМК) в останні роки стає все більш актуальною. Вона привертає до себе увагу фахівців різного профілю, в тому числі і неврологів. За даними літератури ПМК є фактором ризику розвитку порушень серцевого ритму, раптової смерті, тромбоемболічних ускладнень, мігрені, синкопальних пароксизмів, панічних атак, порушень мозкового кровообігу, нервової анорексії, інфекційного ендокардіту, мітральної недостатності. Ця патологія — участь людей молодого, працездатного віку, що робить цю проблему ще більш актуальною. У зв'язку з цим метою нашої роботи було вивчення особливостей вегетативних порушень у хворих на ПМК.

Нами було обстежено 56 хворих з ПМК (32 жінки, 24 чоловіка) у віці 20—48 років. Діагноз ПМК встановлювали на підставі виявлення загальновідомих ЕхоКГ-критеріїв. Усі хворі були поділені на 5 груп: 1 група — хворі з вегетосудинною дистонією (ВСД) з перманентними розладами — 20 хворих; 2 група — хворі з ВСД та панічними атаками — 18 хворих; 3 група — хворі з ВСД та синкопальними станами — 7 хворих; 4 група — хворі на мігрень без аури — 11 хворих. Усі хворі обстежені за допомогою клініко-неврологічних, параклінічних та інструментальних методів. Вивчання характеру ураження вегетативної нервової системи проводили за допомогою таблиць опитувальників, вегетативних проб, визначення індексу Кердо, ортостатичної проби, очно-серцевого рефлексу Даньїні — Ашнера.

У всіх хворих на підставі виявлених загальноприйнятих ЕхоКГ-критеріїв діагностовано ПМК I та II ступеня вираженості. Всім хворим діагностовано ідіопатичний ПМК (не виявлено в анамнезі ревматизму, травми грудної клітини, інфаркту міокарда).

Клінічна картина у всіх групах хворих відрізнялась поліморфізмом проявів. Вивчення показників вегетативного тонусу за допомогою таблиці опитувальника виявило наявність синдрому вегетативної дисфункції в усіх хворих.

В 1 групі у всіх хворих виявилась наявність синдрому вегетативної дисфункції: симпатикотонія — 19,6 % хворих, парасимпатикотонія — 8,9 % хворих, знижена вегетативна реактивність — 12,5 % хворих, перекручена вегетативна реактивність (ВР) — 3,6 % хворих, надмірне та недостатнє вегетативне забезпечення — у 12,5 % та 10,7 % відповідно, що свідчить про порушення адаптаційних можливостей.

В 2 групі обстежених хворих переважала симпатична реакція — 32,1 % хворих. В пробі Даньїні — Ашнера підвищену ВР мали 17, 9 % хворих, перекручену ВР — 10,7 % хворих, знижену ВР — 14,3 % хворих. Надмірне вегетативне забезпечення при проведенні ортостатичної проби спостерігалось у 26, 8 % хворих.

В 3 групі ознаки вегетативних змін були виявлені у всіх хворих. Дані індексу Кердо вказали на переважність парасимпатичного тонусу у цих хворих. Вагусна реакція превалювала у 10,7 % хворих в пробі Даньїні — Ашнера та у 7,1 % хворих в ортостатичній пробі.

При обстеженні хворих 4 групи були виявлені як переважання симпатичного так і парасимпатичного тонусу, без суттєвої різниці показників.

Отримані дані свідчать про наявність різного ступеня виразності вегетативних змін у обстежених хворих. Більш суттєві зміни показників вегетативних порушень були виявлені у обстежених жінок.

УДК 616.858-008.6-071-073.7

З. З. Рожкова[1], ***И. Н. Карабань***[2], ***Н. В. Карабань***[2]
[1] *Медицинская клиника «БОРИС»,*
[2]*ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины» (г. Киев)*

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МРТ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ПАРКИНСОНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Цель исследования: Дифференциальная диагностика болезни Паркинсона (БП) и паркинсонических синдромов (ПС), таких как множественная системная атрофия (МСА) и прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП), основанная на анализе стандартных МР-изображений, является сложной, а на ранних

стадиях заболевания — неразрешимой задачей. Во многом это объясняется отсутствием специфических для нейродегенеративных заболеваний МР-признаков. Современные МРТ-методики (диффузионно взвешенные МР-изображения (ДВИ), и *in-vivo* 1Н МРС) позволяют выявлять микроструктурные и метаболические изменения в ткани головного мозга, опережающие клинические проявления дегенеративных процессов. На основе анализа значений измеряемых коэффициентов диффузии воды (ИКД) и времен спин-спиновой релаксации протонов основных церебральных метаболитов и воды в различных структурах головного мозга (Т2М, Т2W) можно использовать эти значения для дифференциальной диагностики БП и ПС.

Четыре группы пациентов были исследованы на МР-томографе 1.5Т Signa Excite HD (GE). 1-я группа: 19 пациентов с БП (52—73л). 2-я группа: 6 пациентов с МСА (57—70 л). 3-я группа: 4 пациента с ПНП (63—74 л). 4-я группа (КГ) 15 здоровых людей (50—74 л). Измеряемые коэффициенты диффузии (ИКД) рассчитаны в следующих структурах головного мозга: в теменно-височных долях (ТВ), чечевицеобразном ядре (Ч), скорлупе (С), подкорковых ядрах (ПЯ), таламусе (Т), черной субстанции (ЧС), белом веществе больших полушарий головного мозга (БВГМ), а также в проекции средних ножек мозжечка (СНМ). 1Н спектры получены во всех приведенных выше структурах головного мозга.

Показано, что у пациентов с БП на Т1- и Т2-взвешенных МР-изображениях обнаруживается незначительное расширение субарахноидальных пространств больших полушарий головного мозга при отсутствии изменений МР-сигнала в белом веществе больших полушарий. У пациентов БП средней и старшей возрастной групп на Т2-взвешенных МР-изображениях, а также на изображениях, полученных методом градиентного эха, исчезает наблюдаемое в норме понижение интенсивности МР-сигнала в ретикулярной части ЧС и в ПЯ за счет гибели меланинсодержащих нейронов. На поздней стадии БП на Т2-взвешенных МР-изображениях происходит слияние нескольких участков ткани головного мозга (гипоинтенсивных в норме) в одну зону с незначительно повышенной интенсивностью МР-сигнала. Такие изменения МР-картины могут объясняться депонированием железа в компактной и ретикулярных частях ЧС, а также в ПЯ. В отличие от пациентов с БП, для ПНП характерны атрофия среднего мозга, увеличение размеров третьего желудочка, и увеличение интенсивности МР-сигнала на Т2-взвешенных изображениях в участках, смежных с водопроводом, а также кавитация крыши и покрышки среднего мозга, стриатума и хвостатых ядер. Изменения, обнаруживаемые на МР-изображениях у пациентов с МСА, в частности при оливопонтоцеребеллярной форме МСА, могут быть подобны наблюдаемым при спиноцеребеллярной дегенерации. К характерным МР-признаками МСА относятся выраженная атрофия мозжечка, а также всех ножек мозжечка, атрофия моста мозга с расширением предпонтинной и мостомозжечковой цистерн. На аксиальных изображениях, полученных на уровне моста мозга, отмечается изменение его конфигурации в виде уплощения переднебоковых поверхностей с обеих сторон, что, наряду с атрофией средних ножек мозжечка, создает фигуру треугольника или равнобедренной трапеции с вершиной, обращенной в предпонтинную цистерну. Такая картина является характерным МР-признаком оливопонтоцеребеллярной формы МСА, обусловленным демиелинизацией поперечных волокон моста и волокон, окружающих область ядер шва. По нашим наблюдениям атрофия мозжечка с расширением субарахноидальных пространств между его листочками и расширением четвертого желудочка, является МР-признаком, общим для всех форм МСА. При стриатонигральном варианте МСА в проекции С, в ПЯ наблюдается увеличение интенсивности МР-сигнала, связанное с накоплением в этих участках ткани головного мозга ионов железа и нейромеланина. Несмотря на достаточно специфические МРТ-признаки МСА, дифференцировать разнообразные формы МСА, а также надежно отличать МСА от множества спиноцеребеллярных нейродегенеративных заболеваний, в большинстве случаев является пока неразрешимой задачей. Из сравнения средних значений ИКД в ЧС в группах пациентов (ГП) и в КГ обнаружено увеличение ИКД в ГП по сравнению с КГ: БПГ/МСАГ/ПСПГ/КГ = $0{,}65 \times 10^{-3}/0{,}55 \times 10^{-3}/0{,}64 \times 10^{-3}/0{,}441 \times 10^{-3}$ мм^2/с. Таким образом, различия значений ИКД в структурах, относящихся к БГ, могут быть использованы для диагностики БП и ПС, и не могут использоваться для дифференцирования внутри групп пациентов. В области СНМ наблюдается существенное отличие значений ИКД между ГП: БПГ/МСАГ/ПСПГ/КГ = $0{,}82 \times 10^{-3}/0{,}93 \times$ $\times 10^{-3}/0{,}79 \times 10^{-3}/0{,}81 \times 10^{-3}$ мм^2/с. Значительное увеличение ИКД в СНМ в МСАГ позволяет использовать ИКД для дифференциальной диагностики МСА от иных ПС и от идиопатической формы БП. Метод *in-vivo* 1Н МРС активно используется на протяжении последних 10 лет для исследования региональных особенностей церебрального метаболизма пациентов с БП и дифференциальной диагностики БП и ПС. В данной работе метод *in-vivo* 1Н МРС использован нами для расчета времен спин-спиновой релаксации основных церебральных метаболитов и воды, характеризующих микроструктурные изменения в различных участках головного мозга пациентов с БП и ПС. Из анализа карты распределения основных церебральных метаболитов у больного БП обнаружено существенное убывание содержания NAA и Cr, а также возрастание Cho в структурах, относящихся к базальным ганглиям (БГ). В то же время, отличие в значениях NAA/Cho и Cho/Cr для пациентов всех групп по сравнению с субъектами КГ незначительно. Из сравнения значений Т2М в БГ для пациентов БПГ, МСАГ, ПНПГ и КГ обнаружено уменьшение средних значений Т2W = 54,0 мс для всех пациентов, по сравнению с субъектами КГ 56,5 мс, однако сравнение Т2W между пациентами всех групп обнаруживает перекрывание значений. Сравнение Т2W в СНМ между пациентами МСАГ, БПГ и ПНПГ: 46,2 мс и 43,7 мс, и 46,2 и 50,6 мс обнаружило более значительное отличие, что позволяет использовать Т2W в СНМ в качестве дифференциально-диагностического маркера. Обнаруженное отличие Т2W подтверждает известное предположение об увеличении содержания железа и ферритина в ткани головного мозга пациентов с БП. Из сравнения значений Т2М для пациентов всех групп в БГ обнаружено сокращение Т2М. Более значительными являются отличия Т2М в ЧС: при БП: T2Cho/T2Cr/T2NAA = 67,1/40,5/98,6 мс; при МСА: T2Cho/T2Cr/T2NAA = 145,2/59,3/207,5 мс; при ПНП: T2Cho/T2Cr/T2NAA = 210,1/185,3/263,1 мс; в КГ: T2Cho/T2Cr/T2NAA = 204,2/198,0/331,1 мс. Характерным для отличия МСА от БП и других ПС является сокращение Т2М в СНМ: при БП T2Cho/T2Cr/T2NAA = 63,3/56,5/90,2 мс; при МСА: T2Cho/T2Cr/T2NAA = 58,2/49,0/101,8 мс; при ПНП: T2Cho/T2Cr/T2NAA = 134,1/152,3/233,1 мс; и в КГ: T2Cho/T2Cr/T2NAA = 215,0/114,0/320,1 мс.

Поскольку БП и ПС являются нейродегенеративными заболеваниями с преимущественным поражением определенной группы нейронов, которые со временем подвергаются прогрессивной нейродегенерации, использование стандартных МР-изображений не позволяет надежно дифференцировать БП и ПС и требует привлечения специальных физиологических и функциональных методик МРТ. Обнаруженное в области СНМ существенное отличие значений ИКД и Т2М для пациентов с МСА позволяет рассматривать эти параметры как *in vivo* диагностические маркеры МСА.

УДК 615.477.31; 616-009.1

Салеева А. Д., Чернышева И. Н., Варешнюк Е. В., Баев П. А.
Украинский научно-исследовательский институт протезирования, протезостроения и восстановления трудоспособности (г. Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЦИПРОКНОГО ОРТЕЗА В ПРАКТИКЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИЖЕНИЯ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Стояние, ходьба или другие виды локомоции являются основными проявлениями двигательной активности человека, развитие и становление которых осуществляется под контролем нервной системы, а реализуется костно-мышечным аппаратом и зависит от его функционального состояния. Сбой в этой сложной системе взаимодействия приводит к функциональной несостоятельности опорно-двигательной системы, формированию патологической позы и ходьбы вплоть до полной обездвиженности пациентов.

В нейрореабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата на сегодняшний день особенно актуально применение роботизированных экзоскелетных систем, которые позволяют нормализовать положение двигательных сегментов тела ребенка, проводить обучение шаговым движениям при многократном повторении движений за счет внешней энергии для выработки правильного двигательного стереотипа. К ним относятся: реабилитационный комплекс Pediatric Locomat, Erigo, реципрокный ортезный комплекс (РОК). Перечисленные роботизированные экзоскелетные системы являются устройствами стационарными для проведения нейрореабилитации в условиях реабилитационного центра или дома.

В УкрНИИпротезирования для ре- и абилитации больных неврологического профиля применяется индивидуально

изготовленный реципрокный ортез, обеспечивающий пассивную реципрокную ходьбу пациентов за счет механической энергии реципрокного механизма и остаточной силы мышц. Отличительной особенностью данной ортезной системы является возможность ее применения не только как тренажера для выработки двигательного стереотипа, но и использование для передвижения ребенка. Разработана система поэтапной реабилитации неврологических больных в соответствии с этапами онтогенеза здорового ребенка и применением реципрокного ортеза на одном из этапов.

Результаты применения реципрокных ортезов для ре- и абилитации детей с неврологическими заболеваниями проанализированы на примере 45 пациентов в возрасте от 1,5 до 16 лет. Все пациенты на начальном этапе реабилитации передвигались в коляске, могли сидеть только с опорой, не стояли.

За пятилетний срок наблюдения отмечена положительная динамика в общем двигательном статусе всех пациентов, освоили самостоятельное передвижение 30 % детей, с поддержкой сопровождающего — 48 %. Результаты функциональных исследований свидетельствуют о повышении тренированности сердечно-сосудистой системы и увеличении жизненной емкости легких в процессе ре- и абилитации детей с неврологическими заболеваниями. Полученные результаты позволяют рекомендовать данную методику для применения.

УДК 616.833.009.11

Салєєва А. Д., Кабаненко І. В., Юткін В. М., Варешнюк О. В., Литвиненко О. М., Скрипка О. Г.

Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності (м. Харків)

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМИ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК СПИНАЛЬНИХ ТРАВМ ТА ПОШКОДЖЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

За своїми наслідками хребетно-спинномозкова травма одна з найбільш важких та драматичних. В структурі травматизму її частка становить 4 %, але 70—80 % постраждалих — це особи до 40 років (Лобода М. В., Москаленко В. Ф., 2008, Лисенюк В. П., Самосюк І. З., 2007). Для пацієнтів на рівні ураження шийного відділу хребта обмежено пересування без допоміжних засобів та самостійне обслуговування. Про актуальність реабілітації цього контингенту свідчать розробки зарубіжних колег: Інститут Реабілітації в Чикаго, Інститут Реабілітації і Обстежень в Х'юстоні, Інститут Реабілітаційної Медицини в Нью-Йорку, Федеральний науково-практичний центр МСЕК та реабілітації в Новокузнецьку).

В клініці інституту за 2011—2012 роки з деформаціями за типом «пташиної лапи» були обстежені 29 пацієнтів. З них 12 хворих з комбінованою та ускладненою травмою верхніх кінцівок після оперативного лікування та 17 хворих з наслідками хребетно-спинномозкової травми на рівні шийного відділу хребта. Протокол дослідження включав стимуляційну електроміографію верхніх кінцівок на апараті «Нейро-МВП»: швидкість розповсюдження збудження (ШРЗ) по руховим волокнам периферійних нервів, оцінку амплітуди стимульованих М-відповідей з м'язів верхніх кінцівок, дослідження сомато-сенсорних викликаних потенціалів (ССВП) при стимуляції серединних нервів. Функцію кисті оцінювали за модифікованою системою обстеження захвату предметів за C. Sollerman (Sollerman C., 1995, Волошин Б. Д., 2001). У всіх пацієнтів визначено зниження ШРЗ по серединному та променевому нервам, зниження функції м'язів тенора, м'язів екстензорів кисті, зареєстровані піки № 20, Р25 ССВП. Була визначена функціональна недостатність кистей: дефіцит функції захвату, протипоставлення великого пальця та тильного відведення кисті.

Реабілітація цієї групи включала вправи з лікувальної фізичної культури, що тренують силу м'язів, заняття для розширення дрібної моторики на стенді та апараті біоелектричного оборотного зв'язку, електроміостимуляцію найбільш вражених м'язів. З метою закріплення отриманих навичок після проведеного курсу фізичної реабілітації, подальшого запобігання деформацій та надання можливості продовжити тренування в домашніх умовах, у 2012 році в УкрНДІпротезування були розроблені ортезні системи: ортез на зап'ясток-кисть-пальці з використанням комбінації матеріалів (термопластичний та силіконова суміш «Термосил»), ортез на міжфаланговий суглоб великого пальця з силіконової суміші, які при фіксованому у середньо-фізіологічному положенні променево-зап'ясткового суглоба, дозволяють тренувати функцію захвату та утримування предметів. Дані ортезні системи зберігають функціональну архітектоніку кисті та, при регулярному користуванні, запобігають деформації кисті за типом «пташиної лапи». Проведене експериментальне ортезування 12 пацієнтів з наслідками хребетно-спинномозкової травми на рівні шийного ураження хребта ортезними системами розроблених конструкцій.

Динамічне спостереження протягом шести місяців дозволило у пацієнтів, що пройшли курс реабілітації та були забезпечені ортезними системами, виявити позитивні зміни: за даними електроміографічного обстеження підвищення амплітуд М-відповідей від м'язів тенорів та м'язів екстензорів кисті, відсутність прогресування деформацій та розширення функціональних можливостей верхніх кінцівок.

УДК 616.831-001.31-036.47

Салій З. В., Шкробот С. І., Салій М. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЗА ДОПОМОГОЮ МОСА-ТЕСТУ

Удосконалення реабілітації та медико-соціальної експертизи хворих працездатного віку у віддаленому періоді черепно-мозкової травми (ЧМТ) передбачає поряд з іншими аспектами і ретельну оцінку когнітивних функцій.

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА-тест), у порівнянні з іншими нейропсихологічними тестами, є більш чутливою для швидкої оцінки когнітивної дисфункції, даючи можливість характеризувати різні когнітивні сфери: увагу і концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, лічення і орієнтацію. За норму вважається кількість балів від 26 до 30.

Мета роботи полягала в оцінці когнітивних функцій у хворих у віддаленому періоді черепно-мозкової травми за допомогою МОСА-тесту.

МОСА-тест проведено у 46 хворих, які перебували на лікуванні в клініці з діагнозом віддалені наслідки перенесеної черепно-мозкової травми. Середній вік пацієнтів — (43,1 ± 9,7) років, чоловіків було 84,7 %. В анамнезі тяжку ЧМТ діагностовано у 15 (32,6 %) пацієнтів, середній вік (39,3 ± 9,9) років, ЧМТ середньої тяжкості — у 16 (34,8 %), середній вік (43,3 ± 10,0) років, легку ЧМТ — у 15 (32,6 %), середній вік (46,7 ± 7,6) років. Термін, що минув з моменту травми склав (6,6 ± 5,3) років, переважна більшість хворих (78,2 %) перебували в групі з тривалістю віддаленого періоду 1—10 років.

Скарги на зниження пам'яті та здатності концентрувати увагу, підвищену втомлюваність висловлювали 100 % хворих у групах з терміном травми до 1 року та більше 10 років. Загальний результат за МОСА-тестом склав (21,3 ± 0,7) бали, при нижній межі норми — 26 балів. За аналізом цього показника в групах, результати розподілилися таким чином: наслідки легкої ЧМТ — (21,1 ± 0,6) бали, середньої важкості — (20,2 ± 0,7) бали, важкої — (22,1 ± 0,7) бали. Незалежно від тяжкості перенесеної ЧМТ, в структурі порушень пізнавальних функцій у хворих усіх груп домінували зорово-конструктивні ((3,5 ± 0,1) бали проти 5 в нормі), зниження вербальної пам'яті ((1,5 ± 0,4) бали проти 5 в нормі), уваги ((4,8 ± 0,2) проти 6 в нормі) та порушення мови ((1,1 ± 0,1) проти 3 в нормі). Причому, найнижчі ($p < 0,05$) показники зорово-конструктивних функцій (3,2 ± 0,1) бали та вербальної пам'яті (0,8 ± 0,2) бали були у групі хворих з наслідками ЧМТ середньої тяжкості, вербальної швидкості (0,93 ± 0,2) — у групі хворих з наслідками легкої ЧМТ, здатності до абстрагування (1,4 ± 0,2) бали — у групі з наслідками тяжкої ЧМТ. Показники, які характеризують орієнтацію в часі та просторі, а також оперування назвами предметів, у пацієнтів усіх груп достовірно не відрізнялися від значень норми.

Встановлено кореляційний зв'язок ($r = –0,38$) між значеннями вербальної пам'яті та віком (наслідки легкої ЧМТ), увагою та терміном травми ($r = –0,41$) (наслідки ЧМТ середньої тяжкості). У групі хворих, які перенесли тяжку ЧМТ зафіксовано такі співвідношення: увага/вік ($r = –0,60$), вербальна пам'ять/термін травми ($r = –0,38$), здатність до абстрагування/термін травми ($r = –0,44$), увага/термін травми ($r = –0,36$).

Таким чином, у хворих у віддаленому періоді ЧМТ різної тяжкості спостерігаються односпрямовані відхилення показників когнітивної сфери за МОСА-тестом. Необхідно зазначити, що отримані дані потребують подальшої поглибленої оцінки

у більшій когорті пацієнтів, а MOCA-тест слід використовувати як діагностичний та прогностичний критерії для об'єктивної оцінки стану когнітивної сфери хворих у віддаленому періоді ЧМТ.

УДК 616.831-005.8-079.2-036

Салій М. І., Шкробот С. І.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ЛАКУНАРНОГО ІНСУЛЬТУ

Лакунарний інсульт (ЛІ) — один із видів ішемічного інсульту, який характеризується виникненням невеликих лакунарних вогнищ (лакун), діаметром до 10—15 мм, в басейні невеликих пенетруючих артерій. Поширеність ЛІ серед інших підтипів ішемічного інсульту складає, за даними різних авторів, від 13 до 37 % (у середньому близько 20—25 %). Проте їх частота значно вища, оскільки значний відсоток ЛІ (до 80 %) перебігають безсимптомно або клінічно не розпізнаються. Незважаючи на невеликі розміри лакунарних вогнищ, вони можуть зумовлювати значний неврологічний дефіцит, а множинні лакунарні вогнища в підкорковій ділянці призводять до когнітивного зниження аж до мультиінфарктної деменції.

Метою нашої роботи було дослідження особливостей клінічної картини гострого періоду лакунарного інсульту.

Усі хворі були опитані на предмет наявних скарг, проведено дослідження неврологічного статусу, а для оцінки стану когнітивних функцій використовували шкалу оцінки психічного статусу (Mini-mental state examination, MMSE).

В дослідженні взяли участь 83 хворих з лакунарним підтипом ішемічного інсульту. Середній вік хворих становив (62,39 ± 9,62) роки. Жінок серед пацієнтів було 35 (42,17 %), чоловіків — 48 (57,83 %).

У ході опитування пацієнти висловлювали такі скарги: на м'язову слабкість (*n* = 56, 67,47 %), відчуття затерпання кінцівок (*n* = 30, 36,14 %), розлади мови (*n* = 30, 36,14 %), біль голови (*n* = 29, 34,94 %), невправність в кінцівках (*n* = 18, 21,69 %), запаморочення (*n* = 18, 21,69 %), асиметрію обличчя (*n* = 16, 19,28 %), хиткість при ході (*n* = 14, 16,87 %) та зорові розлади (*n* = 3, 3,61 %).

Залежно від наявного неврологічного дефіциту прийнято виділяти 5 основних типів ЛІ — моторний тип, сенсорний тип, сенсомоторний тип, тип дизартрії та незграбної руки, тип атактичного геміпарезу. Інколи наявна симптоматика не вкладається у жоден із запропонованих типів, за таких умов лакунарний інсульт є недиференційованим. Обстежувані нами пацієнти, в залежності від неврологічної симптоматики, розподілилися таким чином: моторний тип — 20 хворих (24,1 %), сенсорний — 9 хворих (10,84 %), сенсомоторний — 22 хворих (26,51 %), тип дизартрії та незграбної руки — 17 хворих (20,48 %), атактичного геміпарезу — 5 хворих (6,02 %), недиференційований тип — 10 хворих (12,05 %).

Дослідження когнітивних функцій виявило переддементні когнітивні порушення у 43 пацієнтів (51,66 %), легку деменцію — у 21 пацієнта (25,3 %), деменцію середнього ступеня тяжкості — у 6 пацієнтів (7,23 %), розлади когнітивних функцій були відсутні у 13 хворих (15,66 %).

Аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок, що найпоширенішими серед обстежених пацієнтів були сенсомоторний — 22 (26,51 %) та моторний — 20 (24,1 %) підтипи ЛІ, а відсоток хворих з відхиленнями різного ступеня тяжкості в когнітивній сфері склав 84,34 %. При чому у 51,66 % пацієнтів діагностовано переддементне когнітивне зниження, що потребує особливої уваги в плануванні реабілітаційних заходів, спрямованих на призупинення прогресування даного процесу з метою покращання якості життя пацієнта.

УДК: 616.831-009.12-053. К-092

Сало С. В.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Мозговой инсульт (МИ) является одним из самых инвалидизирующих и тяжелых сосудистых поражений головного мозга. В Украине по-прежнему отмечается негативная динамика показателей распространенности, заболеваемости и смертности от МИ относительно прошедшего десятилетия. В последние годы активно исследуются вопросы патогенеза, диагностики и лечения больных в остром периоде МИ. Однако проблеме остаточных явлений МИ в поздних периодах уделяется меньше внимания.

Целью работы явилось определение клинических особенностей двигательных нарушений спастических расстройств у постинсультных больных в позднем восстановительном и резидуальном периодах.

Основой данной работы послужили результаты клинического и нейроортопедического обследования 120 человек, перенесших МИ, с остаточными явлениями в виде спастического гемипареза. Возраст обследуемых больных составлял от 45 до 64 лет. 54 человека — лица женского пола, 66 человек — мужского.

В результате обследования среди всех исследуемых пациентов были выделены три клинические группы, учитывающие характер, степень и распределение двигательных постинсультных нарушений.

К первой группе (всего 55 человек) относились постинсультные пациенты с выраженным гемипарезом и одинаковой степенью поражения, как руки, так и ноги, или чуть более руки, чем ноги. Пациенты характеризовались наличием, или обширного инфаркта в зоне кровообращения СМА, или последствия паренхиматозного кровоизлияния, преимущественно в область внутренней капсулы.

Общие характерные особенности, выделенные у пациентов, в совокупности способствовали формированию характерного патологического двигательного стереотипа — контрактуры Вернике — Манна. Используя современную терминологию, данные нарушения можно расценивать как вторичный генерализованный дискоординаторный синдром. Таким образом, сочетание моторной дисфункции вследствие неврологического дефекта и вследствие вторичных нарушений в мышцах и суставах, а также приспособительных двигательных реакций сформировали у пациентов данной группы картину *генерализованного пирамидного дискоординаторного синдрома Вернике — Манна*

Ко второй группе с *верхним пирамидным региональным дискоординаторным синдромом* были отнесены 56 больных, характеризующиеся относительно негрубой степенью гемипареза с преимущественным преобладанием в руке и лице, у которых в анамнезе отмечался МИ в бассейне корковых ветвей СМА или лакунарные инсульты в основании варолиевого моста.

У пациентов третьей группы с негрубым парезом в дистальных отделах ноги и немного — в проксимальных отделах руки и лице (всего 9 человек) определялся *нижний пирамидный региональный дискоординаторный синдром*. В анамнезе у данных пациентов отмечены МИ в зоне васкуляризации ПМА.

Таким образом, сочетание характерной неврологической картины и особенностей нейроортопедического статуса формировало у обследуемых постинсультных пациентов три основных варианта вторичных дискоординаторных синдромов.

УДК 616.8-003.821

В. И. Сало, Е. А. Кельгина
Харьковский национальный медицинский университет

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АМИЛОИДОЗА

Амилоидоз объединяет ряд системных и локальных болезней, которые характеризуются отложением в межуточной ткани белковых масс, обладающих двойным лучепреломлением в поляризационном свете и постепенно приводящих к нарушению функции пораженных органов. Патогенезом неврологических проявлений являются изменения со стороны сосудов и последующая ишемия, инфильтрация нервов амилоидом с компрессией нервных волокон, токсико-обменные нарушения с воспалительными расстройствами в нервной ткани. Единой классификации амилоидоза не существует. Различные его формы (виды, типы) выделяют, руководствуясь такими признаками как возможная причина возникновения (первичный, вторичный, старческий, семейный амилоидоз), специфичность белка (AL- и AA-амилоид), распространенность (системный или генерализованный, локальный), своеобразие проявлений в связи с преимущественным поражением определенных органов и систем (нейропатический, кардиопатический, нефропатический, гепатопатический и т. п.). Прижизненная диагностика затруднена. Частота встречаемости амилоидоза: не менее 1:50 000.

Цель исследования: Изучение основных неврологических проявлений амилоидоза у больных с подтвержденным диагнозом.

Нами наблюдались четверо мужчин, за 10 летний период, в возрасте 54—63 лет с диагнозом первичного генерализованного амилоидоза без наследственной отягощенности.

У двух больных заболевание начиналось с явлений поражения желудочно-кишечного тракта, затем присоединилась нарастающая полинейропатия и дисфункции вегетативной нервной системы. У одного больного отмечались смешанные вегетососудистые пароксизмы с фобическим состоянием, панические кризы, а также превалировало поражение сердца с явлениями миокардита, нарушением ритма, блокадой пучка Гисса. Через семь лет больной начал отмечать «онемение, ползание мурашек в ногах», еще через год присоединилась слабость в ногах. На девятом году появилось «онемение и слабость в руках», изменение речи. У каждого в данной группе больных в различной степени выраженности отмечались дистальные сенсорные нарушения в нижних конечностях, сопровождающиеся парестезиями, вегеталгиями, гиперестезией болевой и температурной чувствительности по полиневритическому типу, а также двигательными нарушениями с заметными признаками периферического пареза. В неврологическом статусе отмечались дизартрия, увеличение языка, мозаичная гиперестезия на языке, высокий полинейропатический тип расстройства чувствительности и периферический тетрапарез, более выраженный в нижних конечностях. Электромиографическое обследование во всех случаях показало наличие потенциалов фибрилляций, укорочение потенциалов двигательных единиц, снижение скорости проведения по двигательным аксонам до 17 ± 1,2 м/с.

Таким образом, амилоидоз является тяжелым мультисистемным заболеванием, представляющим трудности в диагностике и лечении, с высоким уровнем летальности. Нами было отмечено, что у большей части больных амилоидоз диагностировался уже на поздних стадиях, и неврологические проявления были не ведущими в клинической картине заболевания.

УДК 616.74-009.17

Симанов Р. В., Сергиенко А. В., Евтушенко С. К., Симонян В. А., Гончарова Я. А.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк)

СЛОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИАСТЕНИИ

Миастения — заболевание, характеризующееся нарушением нервно-мышечной передачи и проявляющееся слабостью и патологической утомляемостью скелетных мышц. Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика со сходными клиническими состояниями. Диагноз, как правило, ставится с большим опозданием, несмотря на достаточно чёткие клинические проявления данного заболевания и общедоступность диагностических тестов. Причинами являются маски неврологических феноменов, которые могут имитировать миастению.

Цель работы: повысить эффективность раннего выявления миастении.

Обследовано за 2011—2012 гг. 16 пациентов в возрасте от 23 до 75 лет, из которых 10 женщин и 6 мужчин с диагнозом «миастения». Диагностика проводилась на основании 4 критериев: клинические (тщательный анамнез заболевания, исключение соматических заболеваний), фармакологические (проведение прозериновой пробы), холодовая проба, электромиографические (ЭНМГ) и иммунологические критерии диагностики (определение уровня антител к холиновым рецепторам в крови). Для исключения/подтверждения тимомы либо гиперплазии тимуса проводили спиральную компьютерную томографию (СКТ) органов грудной полости. Диагноз миастении являлся несомненным при ее подтверждении по всем 4 критериям диагностики; достоверным — при 3 критериях; вероятным — при 2 и сомнительным — при наличии 1 критерия.

В отделение пациенты направлены со следующими диагнозами: последствия инсульта — 5 человек и стволового энцефалита — 2, полиневропатия неуточнённого генеза — 1, синдром БАС — 1, рассеянный склероз — 2, миастения — 5 человек. Сроки от начала клинических проявлений заболевания до поступления в клинику составили: до 3х месяцев — 37,5 % больных, до 6 месяцев — 31,25 %, до1 года — 18,75 %, до 1,5 лет — 12,5 %. У всех (100 %) пациентов заболевание развивалось подостро. Наиболее часто предъявляемые жалобы: опущение века, двоение, нарушение речи, глотания, жевания, фонации, повышенная мышечная утомляемость, слабость в конечностях. Характерно раннее вовлечение наружных мышц глаз (87,5 %), глотки (31,2 %), мимических (75 %), жевательных (25 %), мышц конечностей и туловища (56,3 %). Типично колебание симптоматики в течение суток, нарастание и генерализация слабости во время нагрузок, избирательность вовлечения мышц, отсутствие очаговых симптомов, амиотрофий и тазовых расстройств. Положительный результат при проведении прозериновой пробы (1,0—2,0 мл п/к) оказался у 13 человек (81,3 %), у 3 человек (18,7 %) — сомнительный. Антитела к холиновым рецепторам выявлены у 14 человек (87,5 %). СКТ органов грудной полости позволило у 3 пациентов (18,7 %) выявить гиперплазию вилочковой железы. При проведении низкочастотной стимуляции мышц выявлялся декремент амплитуды М-ответа различной величины (18—30 %), что свидетельствовало о нарушении синаптической передачи. После прозериновой пробы отмечалось уменьшение величины декремента либо нормализация синаптической передачи. Использование строгих критериев позволило нам увеличить эффективность диагностики миастении с 31,3 % до 100 % и начать патогенетическую терапию, включающую плазмацитоферез, иммуноглобулин человеческий, глюкокортикостероиды.

При выявлении синдрома повышенной мышечной утомляемости обязательно проведение прозериновой пробы, холодовой пробы, ЭНМГ, СКТ органов грудной полости, определение уровня антител к холиновым рецепторам в крови, что позволяет повысить эффективность ранней диагностики миастении.

УДК 616.831-005-06-09

Симонян В. А., Евтушенко С. К.

ГУ Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины (г. Донецк)

ПРЕДИКТОРЫ СИМПТОМНОСТИ КАРОТИДНОГО СТЕНОЗА

Ишемический инсульт составляет 75—85 % от всех острых нарушений мозгового кровообращения. До 40 % уточненных ишемических инсультов обусловлены поражением сонных артерий. Атеросклеротический каротидный стеноз является одним из важнейших факторов риска развития инсульта. Вместе с тем, первичная профилактика инсульта при асимптомном каротидном стенозе остается актуальной и нерешенной проблемой. Риск развития инсульта при асимптомном стенозе внутренней сонной артерии достаточно высокий. Асимптомным считается стеноз сонной артерии, в бассейне кровоснабжения которой отсутствовали преходящие или стойкие очаговые неврологические симптомы. Определение предикторов симптомности каротидного стеноза является важной задачей в системе первичной профилактики ишемического инсульта.

Цель исследования: уточнение предикторов симптомности атеросклеротического каротидного стеноза на основании сравнительной оценки состояния головного мозга, системной и церебральной гемодинамики у пациентов с асимптомным и симптомным каротидным стенозом.

Обследовано 97 пациентов в возрасте от 42 до 83 лет, 48 женщин, 49 мужчин. I группа с асимптомным стенозом — 60 человек, II группа с симптомным стенозом — 37 человек. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу. Методы исследования включали: магнитно-резонансную томографию головного мозга, перфузионную спиральную компьютерную томографию головного мозга, ультразвуковое исследование магистральных артерий головы и шеи, суточное мониторирование ЭКГ и АД, эхокардиографию, биохимические анализы крови и статистическую обработку результатов.

В обеих группах с одинаковой частотой регистрировались ИБС с нарушением сердечного ритма, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность. У пациентов II группы достоверно чаще определялись: гиперлипидемия, артериальная гипертензия, ИБС без нарушения сердечного ритма, двустороннее стенозирование сонных артерий. Изолированные стенозы внутренней сонной артерии значительно чаще определялись у пациентов I группы. Очаговые поражения головного мозга, расширение ликворных пространств, лейкоареоз, зоны гипоперфузии в глубинных отделах белого вещества головного мозга достоверно чаще определялись у пациентов II группы ($p < 0,05$). Скоростные характеристики церебрального кровотока в средней мозговой артерии значимо различались только по показателю Vps (см/с) и были выше у пациентов II группы ($p < 0,05$). Среднее систолическое АД было ниже в первой группе, среднее диастолическое АД было выше во второй группе, снижение ударного объема и диастолическая дисфункция левого желудочка достоверно чаще определялись и были более выражены у пациентов второй группы.

Предикторами симптомности каротидного стеноза являются артериальная (диастолическая) гипертензия, гиперлипидемия (высокие уровни триглицеридов и липопротеидов низкой плотности), двусторонние стенозы сонных артерий, очаговые поражения головного мозга, расширение ликворосодержащих пространств, зоны гипоперфузии в глубинных отделах белого вещества головного мозга, снижение ударного объема сердца и диастолическая дисфункцию левого желудочка. Полученные результаты делают необходимым проведение профилактики ишемического инсульта у пациентов с асимптомным каротидным стенозом при наличии предикторов симптомности согласно рекомендациям по вторичной профилактике инсульта, включая применение липидоснижающих препаратов, гипотензивных, антитромботических и нейротрофических средств.

УДК: 616.853:577.80:615.214

Скрипніков А. М., Сонник Г. Т., Шиндер В. В.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ АГОМЕЛАТИНУ В ЯКОСТІ ДОДАТКОВОГО ПРЕПАРАТУ В ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА СЕКСУАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Епілепсія є одним з найбільш актуальних та складних захворювань в лікувально-діагностичному процесі. Крім конвульсивних проявів, перебіг епілептичної хвороби пов'язаний з поширенням гетерогенних патологічних (в т. ч. коморбідних) станів. Крім особистісних, специфічних когнітивних розладів, перебіг епілепсії в інтериктальний період характеризується афективними порушеннями у вигляді депресивної симптоматики. Епілепсія в 30—60 % випадків стає причиною сексуальної дисфункції.

Метою нашого дослідження було визначення терапевтичної ефективності агомелатіну при лікуванні афективних порушень у чоловіків з сексуальною дисфункцією, які хворіють на епілепсію.

В інтериктальний період обстежено 53 хворих на епілепсією віком від 23 до 65 років. Середній вік пацієнтів склав 46 ± 7,4 років, тривалість хвороби — 24,8 ± 4,2 років, її дебют спостерігався в 22,8 ± 3,8 років. На ідіопатичну епілепсію хворіли 21 (39,62 %) осіб, на симптоматичну — 32 (60,38 %).

У клінічній картині в 15 (28,30 %) хворих спостерігалася тривожно-депресивна симптоматика, в 21 (39,62 %) — депресивно-іпохондрична, а у 23 (43,40 %) осіб мав місце дисфоричний варіант депресії. Терапевтичні ефекти оцінювали клініко-психопатологічним методом, за шкалою загального клінічного враження (CGI), шкалою депресії Гамільтона (HDRS). Сексологічне обстеження проводилось методом системно-структурного аналізу сексуального здоров'я по В. В. Кришталю та кваліфікаційної шкали чоловічої сексуальної формули (СФЧ) за Г. С. Васильченко.

Усі хворі були поділені на 2 групи. До першої (основної) групи 26 осіб (49,06 %) увійшли пацієнти, яким з антиконвульсантами призначався мелітор в добовій дозі 25—50 мг. До другої (контрольної) групи увійшло 27 (50,94 %) пацієнтів, які приймали антиконвульсанти в монотерапії. Вальпроати приймали 32 (60,38)% особи, імуностильбени (карбамазепін) — 21 (39,62 %). Психічний стан та його динаміку оцінювали до лікування, через 2, 4 та 8 тижнів терапії.

Вираженість депресії за шкалою Гамільтона до лікування в основній групі складала 19—27 балів, в контрольній — 18—28. Показники за шкалою Гамільтона склали 8,13 бали в основній та 5,48 — в контрольній групі ($p < 0,05$). За шкалою CGI-I на 8-му тижні терапії значне покращання стану було зафіксовано у 14 (53,84 %) осіб основної групи та 8 (29,63 %) осіб контрольної групи, помірне — у 8 (30,77 %) та 6 (22,22 %) осіб відповідно, незначне покращання — у 4 (15,38 %) та 7 (25,93 %) осіб. У 4 (14,82 %) осіб контрольної групи з дисфоричним варіантом депресії стан залишався без ефекту. Результати порівняльного дослідження показали, що редукція депресивної симптоматики в основній групі відбувалася на 2-му тижні терапії, у пацієнтів 2-ї групи — на 4-му, причому агомелатин проявляв збалансовану анксіолітичну, тимолептичну дії та позитивно впливав на диссомнічні порушення. За період спостереження у пацієнтів першої групи частота пароксизмальних станів в 16 (61,54 %) випадків мала тенденцію до зменшення, у пацієнтів другої групи частота нападів суттєво не змінилася. Всі пацієнти основної групи суб'єктивно відзначали покращання сексуальної функції.

Таким чином, агомелатін в поєднанні з антиконвульсивною терапією сприяв редукції супутньої депресивної симптоматики та не провокував розвиток конвульсивних проявів або їх еквівалентів, добре переносився хворими в комбінації з різними групами антиконвульсантів. Застосування агомелатіну є перспективною альтернативою терапії таких станів, що дозволяє оптимізувати лікування та підвищити реабілітаційний потенціал хворих на епілепсію з сексуальними порушеннями.

УДК 616.831:616.1-073.97

І. Т. Слюсаренко, І. В. Реміняк, Т. С. Бабкіна
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ З ІДЕОПАТИЧНИМ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Все частіше в зарубіжній та вітчизняній літературі з'являються дані, що пролапс мітрального клапану (ПМК) є чинником розвитку церебральних ішемічних катастроф, особливо в осіб молодого віку.

Існує глибинна спільність патогенезу цереброваскулярних захворювань і супутніх кардіальних порушень, на що вказує, зокрема, широкий перелік серцево-судинної патології при судинних захворюваннях головного мозку. Найбільш доступним прийомом вивчення функціонального стану головного мозку людини продовжує залишатися електроенцефалографія (ЕЕГ).

При цереброкардіальних порушеннях можливі кілька типів змін ЕЕГ, але всі вони стосуються переважно частотних характеристик: α-ритму, β-ритму, δ-активності, а також зрушень ЕЕГ при дії сенсорних подразників. При сполученні певних виділених параметрів ЕЕГ чутливість методу підвищується до 80 %. На цій підставі можна припустити, що і кількісна ЕЕГ є об'єктивним неінвазивним методом підтвердження діагнозу цереброкардіальних порушень, обумовлених вегетативною дисфункцією.

Метою дослідження стало вивчення змін біоелектричної активності головного мозку у хворих на пролапс мітрального клапану за допомогою ЕЕГ. Обстеження проводили на енцефалографі «Оріон» за стандартною методикою і навантаженнями.

На базі відділу судинної патології головного мозку ДУ ІНПН НАМН України було обстежено 56 осіб з ПМК і ознаками ураження нервової системи, у віці від 20 до 42 років (середній вік 28,79 ± 13,81), з них чоловіків — 24 (42,86 %), жінок — 32 (57,14 %). Контрольну групу склали 32 хворих (середній вік 27,1 ± 14) з подібними неврологічними синдромами, у яких не було діагностовано ідеопатичної ПМК.

Одержані дані свідчать про певне відбиття на ЕЕГ порушень діяльності мозку. Такі зміни в літературі розцінюються як нейродинамічні і пов'язані із зрушенням балансу внутрішньомозкових співвідношень. Разом з тим ЕЕГ-зміни у хворих з ПМК, отримані в нашому дослідженні, можна трактувати як переважно регуляторні порушення.

В обох групах обстежених хворих переважали криві ЕЕГ з високим α-індексом. За амплітудними характеристиками α-ритму істотних відмінностей не виявлено. Одночасно із прогресуванням вегетативної дисфункції знижується показник вираженості α-ритму, нівелюються чіткі зональні границі реєстрації α-ритму.

Виділено певні типи ЕЕГ у хворих з ПМК: I тип, названий Жирмунською і Лосєвим «організованим у часі і просторі», домінує у 70 % хворих, «десинхронний» тип спостерігається у 18 % випадків, «дезорганізований з перевагою θ-активності» тип — у 12 % спостережень. Виходячи із цих уявлень, нормальні ЕЕГ спостерігаються в 70 % спостережень хворих. Легкий ступінь порушень верифікується, відповідно, у 18 %; помірний та значний — у 12 %.

У цілісній картині взаємозв'язків клінічних і ЕЕГ симптомів, що становлять структуру захворювання, виділяються основні механізми, які вказують на провідні ознаки адаптаційних перебудов. Для хворих збереження балансу впливів ЕЕГ-активуючих і синхронізуючих механізмів є запобіжником його нестабільності, внаслідок чого у хворих цей баланс зрушується у бік переваги синхронізуючих механізмів.

І, нарешті, за динамікою ЕЕГ у відповідь на гіпервентиляцію (гіперсинхронізація і уповільнення фонової ритміки) група хворих з ПМК відрізняється більшою зустрічальністю пароксизмальних феноменів кривих після гіпервентиляції, ніж у хворих без ПМК.

УДК 616.831-005.1-053.2:616.853-07

Смульська Н. О., Зозуля І. С.***
Київська міська дитяча лікарня № 1,*
*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика** (м. Київ)*

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІЛЕПТИЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

Інсульти у дітей виявляються у гострому розвитку фокальної або загальної неврологічної симптоматики яка спостерігається 24 години або більше. У дітей різного віку інсульти можуть бути ішемічні або геморагічні.

У відділенні неврології МДКЛ № 1 на протязі 2009—2012 рр. проліковано 54 дитини віком від 0 до 14 років, які мали гострі порушення мозкового кровообігу. 28 (52 %) дітей перенесли ішемічній інсульт та 26 (48 %) мали геморагічні інсульти. У групі з ішемічними інсультами 17 хлопчиків та 11 дівчат (60 % та 40 % відповідно), у групі з геморагічними — 21 хлопчик та 5 дівчат (81 % та 19 % відповідно).

Клінічні прояви інсультів насамперед містять розвиток фокальної неврологічної симптоматики, а саме найчастіше наявність геміпарезу, але дуже часто виникає і судомній синдром. У дітей, які лікувались у нашому відділенні, у 27 (50 %) були різноманітні судоми. Між двома групами діти з судомами розподілились таким чином, що у 11 дітей з ішемічними інсультами спостерігались судоми (40 %), а в групі з геморагічними — у 16 дітей (62 %).

У 4-х дітей (11 %) із групи з ішемічними інсультами судоми були в перші 3 доби після початку захворювання та мали такій характер: у одної — ізольований генералізований напад, у одної — 2 вторинно-генералізованих припадки, та у двох — прості парціальні припадки (всього до 5-ті). Ці діти протисудомну терапію не отримували. В катамнезі на протязі двох років припадки не спостерігалися. У 4-х дітей через 1—1,5 роки після перенесеного інсульту виникли вторинно-генералізовані судоми, у 2-х — парціальні припадки, у одного через 3 місяці — атипові інфантильні спазми. Ця група дітей постійно отримує планову протисудомну терапію (різні комбінації та різноманітні препарати), та у 3-х дітей є медична ремісія на протязі 2-х років, у 3-х припадки рідкі (один на 5—6 місяців), але одна дитина має часті резистентні до протисудомної терапії парціальні припадки.

У групі дітей із геморагічними інсультами в перші 3 доби від початку захворювання судоми спостерігались у 8 хворих (30 %), та майже у всіх цих дітей мали вторинно-генералізований характер. Всі діти отримували протисудомну терапію на протязі 1—1,5 років і нападів більш не було. У 2-х дітей на протязі перших місяців після інсульту з'явились атипові інфантильні спазми, котрі були дуже часті і майже не підлягали медикаментозної корекції. У 6-х на протязі наступних двох років припадки мали вторинно-генералізований характер, у 2-х пацієнтів при постійному прийомі ліків судом не було 2 роки, у 3-х напади рідкі (один на 5—6 місяців), одна дитина має дуже часті судомі (до 5—8 на добу) при постійному вживанні різноманітної комбінації протисудомних ліків.

Епілептичній синдром досить часто спостерігався у дітей з гострим порушенням мозкового кровообігу (доведено у 50 % дітей, хворих на інсульт). Більш частіше судоми спостерігались у дітей з геморагічними інсультами, ніж з ішемічними (62 % проти 40 %), судом у перші 3 доби спостерігалось також більш частіше у дітей, які мали геморагічні інсульти (30 % проти 14 % при ішемічному). Більша кількість дітей, які мають факмакорезистентні припадки, перенесли геморагічні інсульти (3 дитини проти одної).

УДК 616.831-005.4:612.017.2:616-002.1:616-08-039.73

Солодовнікова Ю. О., Сон А. С.
Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

ЗНАЧЕННЯ ДИНАМІКИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Зміни імунної відповіді відіграють провідну роль у розвитку системної запальної реакції при інсульті, сприяють виникненню інфекційних ускладнень, подальшому ушкодженню мозку й розширенню зони ішемії. У зв'язку із цим проблеми пошуку ефективних методів впливу на патологічні ланки порушення імунітету при ішемії мозку зберігають свою актуальність. Розвиток інфекційно-запальних ускладнень істотно погіршує прогноз, збільшує важкість перебігу інсульту й потребує використання препаратів, що мають не тільки нейропротективну, але й імунокоригуючу дію.

Мета. Вивчити динаміку нейроімунних порушень в гострому періоді ішемічного інсульту (II).

Було обстежено в динаміці 33 хворих (основна група) у віці від 50 до 69 років, в гострому періоді II у басейні сонних артерій і 18 пацієнтів того ж віку без клінічних проявів цереброваскулярних захворювань (контрольна група). Критерії включення: чоловіки віком 50—69 років; перше в житті гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК); локалізація вогнища ішемії в системі каротид, верифікована за допомогою КТ; відсутність гострих або загострення хронічних запальних захворювань на протязі 1 місяця до появи симптомів II. Програма дослідження включала проведення клінічного обстеження пацієнтів, параклінічних методів дослідження (КТ, УЗД судин головного мозку, ЕКГ), оцінку неврологічного статусу за шкалою NIHSS, розгорнуту імунограму, що включала дослідження рівня мембранних лімфоцитарних маркерів CD3, CD4, CD8, CD7, CD25, CD95, CD54, CD38. Рівень CD досліджували за допомогою імуноферментного РАР-методу.

Оцінка динаміки неврологічного та імунного статусу виконувалася тричі: у 1-шу добу від моменту розвитку ГПМК — при надходженні хворого в стаціонар, 8—10-ту і 21-шу добу.

В групі дослідження на момент госпіталізації переважали хворі із неврологічним дефіцитом середньої тяжкості (11—15 балів за шкалою NIHSS). Проте вже після першого тижня дослідження спостерігалась позитивна тенденція відновлення неврологічних функцій, що зберігалася на протязі всього терміну дослідження. Динаміка порушень імунного статусу наведена в таблиці.

Динаміка порушень імунного статусу у хворих в гострому періоді ішемічного інсульту

	1—3 доба	8—10 доба	21 доба	контрольна група
CD3	1034,1 ± 325,1	1070,2 ± 221,2	1005,7 ± 261,1	732 ± 93,3
CD4	808,5 ± 267,3	782,8 ± 178,0	753,8 ± 161,2	498,3 ± 66,7
CD8	217,8 ± 82,2	261,4 ± 64,1	218,6 ± 68,8	173,8 ± 60,3
CD7	576,2 ± 227,4	439,6 ± 123,2	468,4 ± 140,1	91,4 ± 18,1
CD25	321,0 ± 148,2	318,4 ± 114,3	388,6 ± 104,7	112,1 ± 15,1
CD95	650,2 ± 210,3	531,4 ± 124,3	533,9 ± 108,5	95,4 ± 23,7
CD54	576,2 ± 130,7	601,7 ± 122,2	526,4 ± 102,2	91,4 ± 23,1
CD38	649,2 ± 251,5	533,7 ± 161,1	495,4 ± 98,4	89,7 ± 12,2

Рівень маркерів CD3, CD4, CD8, CD7, CD25, CD95, CD54, CD38 достовірно і прямо пропорційно корелює з ступенем неврологічного дефіциту ($p \le 0,01$).

Разом з системною запальною відповіддю, при II виникають виражені зміни регуляторних маркерів метаболізму, активація апоптозу, аутоімунних реакцій.

Реакція імунної системи при II має ранній і в той же час стійкий характер: імунні порушення виникають вже в перші години захворювання і зберігаються упродовж усього гострого періоду.

Отримані дані дають підставу для дослідження можливості, необхідності і безпечності застосування препаратів з імунокоригуючою дією у хворих в гострому періоді II.

УДК 616.831-005.1:616.13-007.64

А. С. Сон, В. М. Герцев
Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

МОЖЛИВОСТІ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО АНАЛІЗУ СТРУКТУРОВАНИХ БАЗ ДАНИХ У КЛІНІЧНІЙ НЕЙРОХІРУРГІЇ

В наш час у зв'язку із швидким розвитком інформаційних технологій з'явилась можливість їх широкого застосування у науковій та лікарській діяльності. Зокрема це стосується використання технологій видобутку даних Data Mining, які на наш погляд мають величезні перспективи і, на превеликий жаль, залишаються поза зоною уваги більшості науковців. Саме тому вважаємо за необхідне продемонструвати приклад власного вдалого застосування цієї методики на практиці.

Для аналізу результатів хірургічного лікування 300 хворих з аневризматичними інтракраніальними крововиливами була використана система WizWhy підприємства WizSoft, яка реалізує алгоритми обмеженого перебору, що застосовуються для пошуку логічних закономірностей у даних. Ці алгоритми обчислюють

частоти комбінацій простих логічних подій у підгрупах даних. Результатом роботи системи WizWhy є одержання логічних if-then (якщо — то) правил із вказівкою їхньої точності і статистичної вірогідності.

Як залежна перемінна був обраний результат лікування, який міг набувати таких значень — смерть, поліпшення, видужання, без змін. Як незалежні перемінні були використані вік, стать, наявність інтраопераційного розриву, наявність гіпертонічної хвороби.

У результаті роботи програми WizWhy (повністю функціональної демонстративної версії, яка обмежена тільки кількістю спостережень — до 1000) із базою даних у форматі Access нами було отримане таке рівняння:

Якщо стать жіноча, інтраопераційного розриву немає, а гіпертонічна хвороба є, то результат стовідсотково не смертельний ($p < 0,01$).

Результати нашої роботи були подані на XIII всесвітньому з'їзді нейрохірургів. Таким чином ми ще раз підтвердили та абсолютно незалежним шляхом, не маючи попередньої гіпотези, дійшли висновку щодо позитивного впливу підвищеного артеріального тиску на результати лікування хворих на аневризматичні інтракраніальні крововиливи (штучне підвищення артеріального тиску вже широко застосовується на практиці у складі 3Н-терапії). Крім цього, нами була знайдена захисна роль жіночої статі при цьому захворюванні. Слід зазначити, що наші результати вже находять підтвердження у експериментальних дослідженнях (Chih-Lung Lin et al., 2006) і, мабуть у подальшому, гормональна терапія буде використовуватись і у нейрохірургічній клініці.

Технології Data Mining дозволяють отримувати практично корисні результати та заслуговують на більш широке застосування у медицині.

УДК 616.8:615.214.254

Сорокин Ю. Н.*, Сорокина Н. Б.**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганская областная клиническая больница № 2** (г. Луганск)*

АНТИОКСИДАНТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Традиционно среди врачей различных специальностей, в том числе и среди неврологов, сложилось мнение о полной безопасности применения препаратов-антиоксидантов, в связи с чем предлагалось рекомендовать постоянный или длительный прием этих препаратов. Вместе с тем данные проведенных на основе таких представлений клинических испытаний с ожиданием позитивного лечебного эффекта от длительного применения антиоксидантов, а также данные давно известных экспериментальных исследований указывают на ошибочность подобного утверждения (Вилков Г. А. и соавт., 1987; Zhang S. M. et al., 2001; Aktas O. et al., 2004).

Все лекарственные препараты, оказывающие влияние на баланс антиоксидантных и окислительных механизмов, можно разделить на 2 группы (Оковитый С. В., 2009). К третьей группе можно отнести медикаментозные и немедикаментозные средства, влияющие на антиоксидантные системы:

1) соединения фармакологического класса антиоксидантов (метаболические, истинные антиоксиданты прямого действия);

2) различные препараты с непрямым антиоксидантным эффектом (антигипоксанты);

3) средства, способствующие активации эндогенных антиоксидантных систем.

Метаболические антиоксиданты нейтрализуют свободнорадикальные соединения путем их восстановления, однако при избытке антиоксидантов их образующиеся радикалы могут выступать в качестве прооксидантов. Из этих средств наиболее часто используется α-токоферол, α-липоевая (тиоктовая) и аскорбиновая кислоты, ретинол, каротины, церулоплазмин, натрия селенит, ацетилцистеин, убихинон, эмоксипин, флавоноиды и терпеноиды (гинкго билоба).

Вся остальная масса так называемых антиоксидантов является на самом деле препаратами с непрямым антиоксидантным эффектом — антигипоксантами, эффекты которых реализуются через активацию энергосинтезирующей функции митохондрий и улучшение энергетического обмена в клетках. Наиболее известные препараты из этой группы — триметазидин, мельдоний, карнитин, реамберин, мексидол, цитофлавин, оксибутират натрия, креатинфосфат.

Методами и средствами, способствующими активации эндогенных антиоксидантных систем посредством первоначальной стимуляции свободнорадикальных процессов, являются гипербарическая оксигенация, воздействие магнитными полями, ультрафиолетовым и лазерным излучением, холодовое воздействие, физические упражнения, массаж, озонотерапия, применение полиненасыщенных жирных кислот и растительных адаптогенов.

Истинные антиоксиданты необходимо применять коротким курсом (в среднем 5—10 дней) только при острых неврологических процессах или при обострении хронических заболеваний с целью подавления усиленной свободнорадикальной активности. Дальнейшее их введение будет приводить к угнетению эндогенных антиоксидантных систем. При хронической патологии, протекающей с недостаточностью антиоксидантных механизмов и без обострений, возможно длительное использование прямых антиоксидантов. Средства, способствующие активации эндогенных антиоксидантных систем, необходимо использовать в стадии ремиссии или при хронической патологии, протекающей без обострений и ремиссий. Антигипоксанты могут применяться без указанных ограничений при любых состояниях.

УДК 616-009.021.1

Сорокина Е. В., Любченко П. Н., Яньшина Е. Н.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (Россия)

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВИБРАЦИОННЫХ ПОЛИНЕВРОПАТИЯХ

В настоящее время вибрационная болезнь продолжает занимать одно из ведущих мест среди профессиональных заболеваний. Одной из актуальнейших проблем медицины труда является профилактика неблагоприятного влияния производственных факторов на организм и состояние здоровья работающих (В. А. Панков, 2008). Наиболее распространенная жалоба при вибрационных полиневропатиях — боль в руках. Болевой синдром снижает качество жизни, что делает проблему социально значимой. Продолжительность, частота, выраженность болевого синдрома очень разнообразны. Выбор лекарственного средства при воздействии на боль определяется интенсивностью болевого синдрома. Терапия хронического болевого синдрома включает комплексное применение лекарственных и немедикаментозных средств.

Целью работы было изучение субъективной оценки болевого синдрома при вибрационных полиневропатиях в динамике до и после лечения.

В отделении профпатологии было обследовано 35 человек — мужчин с вибрационной болезнью I—II ст. По профессиям это были обрубщики, слесари механосборочных работ, шлифовщики, клепальщики. Обследование проводилось в соответствии со стандартами и включало клинико-функциональное обследование: сбор и анализ жалоб пациентов, исследование соматического и неврологического статуса; инструментальные методы диагностики: электротермометрия и холодовая проба, электронейромиография, рентгенография суставов верхних конечностей, шейного отдела позвоночника, реовазография, лазерная допплеровская флоуметрия. Для анализа условий труда использовались санитарно-гигиенические характеристики условий труда, профмаршрут уточнялся по копиям трудовых книжек.

Выраженность болевых ощущений определяли до и после лечения с помощью:

— Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), интенсивность боли обозначалась цифрами от 0 до 10, где ноль соответствует отсутствию боли, а конечная цифра шкалы — максимально выраженной боли, которую пациент испытывал когда-либо в жизни;

— Метода описательных определений, где пациент выбирал из предложенных определений боли: легкая, умеренная, терпимая, сильная и нестерпимая;

— Шкалы боли адаптированной валидизированной версии общего опросника MOS-SF 36 (Medical Outcomes Study-Short Form 36), показывает интенсивность и ее влияние на ежедневную активность. Ответы на вопросы выражают в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню качества жизни. (А. А. Новик, Т. И. Ионова, 2007).

Комплексная стандартная терапия включала вазоактивные препараты, витаминотерапию, анальгетики, антиоксиданты,

физиотерапию, массаж.

Субъективная оценка болевого синдрома у пациентов с вибрационной болезнью до лечения по методу описательных определений средняя по группе была определена как терпимая, после лечения — снизилась до умеренной; по ВАШ до лечения 5,7 баллов после лечения — 4,9 балла. Различие между группами до и после лечения, доказывает положительный эффект проводимой комплексной терапии. Показатели шкалы боли по опроснику MOS-SF 36 также значимо увеличились с 51,92 ± 2,33 до 62,29 ± 1,8, что свидетельствует об уменьшении болевого синдрома. Однако наличие болевого синдрома, пусть даже уменьшенного, снижает трудоспособность, а порой приводит к инвалидизации трудоспособного населения. Таким образом, необходимо разрабатывать новые методы комплексной терапии вибрационной болезни, включающие своевременное и адекватное обезболивание, что послужит профилактике хронического болевого синдрома.

УДК 616.831-005.1/.4:616.133.33-007

Статинова Е. А., Коценко Ю. И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

АНОМАЛИИ ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Цель: Выявить роль аномалий интрацеребральных артерий (ИЦА) в развитии церебрального ишемического инсульта (ЦИИ).

Обследовано 72 пациента в возрасте от 36 до 49 лет (средний возраст 41,1 ± 1,7 лет) с ЦИИ, обусловленным аномалиями церебральных артерий (ЦА). Всем больным проведено комплексное клинико-неврологическое обследование с использованием шкалы ком Глазго (GCS) и шкалы инсульта Национального института здоровья (NIHSS), клинико-лабораторное (общеклинические анализы крови и мочи, коагулограмма, ревмопробы), клинико-инструментальное (магнитно-резонансная томография головного мозга в режиме ангиографии). Статистическую обработку проводили с использованием стандартных методик оценки критериев и программ EXCEL 7.0.

Все пациенты разделены на две группы с учетом выявленных аномалий ЦА. I группу составили 39 (54,2 %) пациентов с аномалиями ИЦА: аплазия передней и одной задней соединительной артерии (ЗСА) — у 13 (33,3 %), аплазия обеих ЗСА — у 14 (35,9 %), аплазия левой ЗСА и полная задняя трифуркация левой внутренней сонной артерии (ВСА) — у 2 (5,1 %), гипоплазия одной задней мозговой артерии — у 9 (23,1 %), гипоплазия правой среднемозговой артерии и полная передняя трифуркация правой ВСА — у 1 (2,6 %) больного. II группу сформировали 33 (45,8 %) пациента с аномалиями прецеребральных артерий (ПЦА): односторонняя S-образная извитость ВСА выявлена у 18 (54,5 %), петлеобразование одной ВСА — у 4 (12,1 %), двусторонняя гипоплазия позвоночных артерий (ПА) и С-образная извитость левой ВСА — у 3 (9,1 %) пациентов, S-образная извитость правой ВСА и гипоплазия правой ПА — у 8 (24,3 %) больных.

При осмотре пациентов I группы выявлены основные неврологические синдромы: правосторонний гемипарез — у 6 (15,4 %), левосторонний гемипарез — у 17 (43,6 %), правосторонняя гемиплегия — у 11 (28,2 %), левосторонняя гемиплегия — у 5 (12,8 %) пациентов. Во II группе обнаружены левосторонний гемипарез — у 22 (66,7 %), правосторонний гемипарез — у 11 (33,3 %). При оценке тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS у пациентов I группы установлена легкая степень тяжести состояния ИИ — у 5 (12,8 %), средняя степень — у 13 (33,4 %) и тяжелая степень — у 21 (53,8 %) пациентов. Во II группе зарегистрированы: легкая степень тяжести — у 19 (57,6 %) больных, средняя степень — у 11 (33,3 %) и тяжелая степень — у 3 (9,1 %) пациентов.

При оценке нарушения уровня сознания (по GCS) в I группе выявлен ясный уровень — у 8 (20,5 %), оглушение — у 11 (28,2 %), сопор — у 13 (39,4 %), кома I степени — у 5 (12,8 %), кома II степени — у 2 (5,1 %) пациентов. Во II группе зафиксированы: ясный уровень — у 14 (42,4 %), оглушение — у 11 (33,3 %), сопор — у 8 (24,2 %). Ни у одного больного II группы тяжелых нарушений уровня сознания не наблюдалось.

В результате проведенного комплексного клинико-неврологического и клинико-инструментального обследования у пациентов с ЦИИ, обусловленным аномалиями ИЦА (аплазия передней и задней соединительной артерии, гипоплазия одной ЗМА, гипоплазия правой среднемозговой артерии и полная передняя трифуркация правой ВСА) наблюдалось более тяжелое клиническое течение ЦИИ и выраженный неврологический дефицит по сравнению с пациентами, у которых ЦИИ был обусловлен аномалиями ПЦА.

УДК 614.2.002 (083.74)

Статинова Е. А., Омельченко Р. Я.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВО ВНЕДРЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Медицинские стандарты — это технологии, влияющие на процесс оказания качественной медицинской помощи. Задачей специалистов, создающих медицинские стандарты, является изучение, сравнение, анализ и внедрение лучших доказательств из систематических исследований в клиническую практику для использования их в интересах пациентов. Детальные методики, схемы лечения, дозировки, организационный маршрут пациента прописываются в локальном клиническом протоколе. Сравнение медицинских стандартов и методов лечения, которые используют сегодня врачи лечебных учреждений (ЛУ), выявляют частые случаи необоснованных дополнительных методов обследований, назначения лекарственны средств, не приносящих пациентам ощутимой пользы. Соблюдение медицинских стандартов дает возможность избежать подобных неоправданных затрат со стороны государства. С помощью стандартов, посредством индикаторов качества, обеспечивается обратная связь с ЛУ или отдельным врачом, прослеживаются потребности ресурсного обеспечения здравоохранения.

Целью работы явился обзор ситуации в сфере использования информационных технологий (ИТ) по внедрению стандартов и клинических протоколов в здравоохранении.

Современная медицина имеет два приоритетных направления развития: первое — создание новейших лекарственных препаратов, способных избавить человечество от ряда пока еще неизлечимых заболеваний и разработка вакцин против новых вирусов; второе — повсеместное и поэтапное внедрение в медицину ИТ. Медицинские ИТ предполагают разработку программного обеспечения для медицинских целей, подготовку и обучение персонала основам медицинской информатики.

В ближайшем будущем медицинские ИТ должны справиться со следующими проблемами: максимально сократить период диагностики; устранить очереди в ЛУ; устранить побочные эффекты лечения и минимизировать врачебные ошибки; справиться с отсутствием новых методов и разработок в лечении ряда серьезных заболеваний.

В Украине завершается первый этап медицинской реформы — создание Центров первичной медико-санитарной помощи. Семейные врачи должны оказывать первую помощь пациентам, их задачей является не только оказание лечебно-диагностической помощи, но и проведение мероприятий направленных на профилактику болезней. На 2011 год существуют национальные действующие государственные стандарты предоставления медицинской помощи населению по 115 (из них 53 — помощь детям) профилям в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях; клинические протоколы по 69 (из них 37 — помощь детям) профилям оказания медицинской помощи населению. Современные медицинские ИТ дают возможность семейному врачу использовать компьютерные технологии в качестве помощника для решении клинических задач, помогают автоматизировать лечебно-диагностический процесс. Внедрение электронных информационно-аналитических систем медицинских стандартов и клинических протоколов позволит улучшить осуществление трансфера новейших медицинских технологий, диспетчеризацию и мониторинг оказания первичной медицинской помощи.

Таким образом, во избежание ошибок на этапе оказания первичной медицинской помощи применение ИТ позволит получить лучший результат, поможет своевременному прогнозированию заболеваний и правильному определению тактики лечения, быстрейшему выздоровлению пациентов, уменьшению затрат на закупку лекарственных средств и стоимости обслуживания медицинской техники.

УДК 616.831-005-06:616.379-00.64-08

Стоянов А. Н., Сон А. С.,* Прокопенко Е. Б.,** Бурля О. К.,* Поляновская Н. Н.**
**Одесский национальный медицинский университет, ** Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)*

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ И НЕКОТОРЫХ МОТОРНЫХ КОМПОНЕНТОВ

На начальных этапах развития хронической ишемии мозга тремор может являться основным или единственным симптомом нарушений двигательной сферы, а также — частым признаком нарушения вегетативной сосудистой регуляции. Особенно ярко вышеперечисленное проявляется в структуре нарушений липидного и углеводного обменов, на фоне артериальной гипертензии, т. к. развитие цереброваскулярной патологии патогенетически связано с этими факторами повреждения стенки сосудов.

Обследовано 30 пациентов с диабетической энцефалопатией. У всех больных диагностирован сахарный диабет 2 типа. У 27 пациентов уровень гликемии составлял от 7,0 до 15,0 ммоль/л, а у 3 человек превышал 15,0 ммоль/л. Уровень гликолизированного гемоглобина колебался в пределах 6,7—10,8 %. У половины больных был увеличен холестерин крови, максимально до 7,7 ммоль/л. Пациенты предъявляли жалобы на постоянное или периодическое дрожание кистей и пальцев рук.

Для регистрации и оценки дрожания нами сконструирован электроконтактный датчик тремометра, рассчитан тремографический индекс (ТИ). Изучали динамику изменений ТИ в исследуемых группах больных под влиянием на фоне сахароснижающей терапии разработанного физиотерапевтического комплекса: Ноофен по 250 мг три раза в день в течение двух месяцев; эндоназальний электрофорез 2,5 % раствора мексиприма (с анода, в разведении водой для инъекций 1:1). По окончании — 8—10 электрофармакологических процедур — пероральный прием мексиприма 125 мг три раза в сутки; Тиогамма-турбо 1 фл. в/в капельно ежедневно в течение 10 дней, после чего пероральный прием по 600 мг; Неомидантан — 1 т (50 мг) два раза в сутки длительно; Мильгамма — 2 амп. внутримышечно № 15, затем по 1 драже три раза в сутки в течение месяца; Пропроналол (40 мг) длительно; Танакан 1 т трижды в день на протяжении месяца (Патент Украины № 70543, 2012).

После курса лечения у всех больных было субъективное улучшение самочувствия, показателей гликемического профиля, приближение его к целевым, стабилизация АД, улучшение показателей церебральной гемодинамики и др.

Значения ТИ снизились (в сторону нормализации) в 1,3 раза. Максимальное снижение ТИ после проведенной терапии достигнуто у лиц с исходной симпатикотонией (симпатолитическое действие предложенного лечебного комплекса на механизмы треморогенеза). У исходно хорошо адаптирующихся пациентов (согласно состоянию «вегетативного портрета», изменений центральной и церебральной гемодинамики, наличию и интенсивности вегетативных пароксизмов и пр.) после проведенного лечения, максимальный положительный эффект в плане нормализации ТИ ($P < 0,05$), также достигнут в случаях симпатической направленности вегетативного тонуса.

Таким образом, тремор — объективный признак нарушений сосудистой регуляции, кровообращения, а также функциональной дезадаптации организма. Отмечены взаимопотенцирующие вегетостабилизирующие и антистрессовые влияния предложенного лечебного комплекса, в т. ч. на церебральную гемодинамику при вегетативной и сосудистой патологии гипергликемического генеза и коморбидных дрожательных гиперкинезов.

УДК 616.853-053.2-07-036.22 (477.54)

Сухоносова О. Ю., Коренєв С. М.,* Сальникова В. В.***
Харківська медична академія післядипломної освіти, Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України** (м. Харків)*

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СТАНІВ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Пароксизмальні стани у дітей різного ґенезу (епілептичні та неепілептичні) є однією з актуальніших проблем дитячої неврології. Особливе значення мають розробка критеріїв діагностики, методів терапії та питань диспансерного нагляду.

Метою даного дослідження був аналіз анамнестичних даних дітей із епілептичними та неепілептичними пароксизмальними станами серед дитячого населення м. Харкова та Харківської області. До нашого дослідження увійшло 1600 дітей. У Харківській області показник поширеності епілепсії і епілептичних синдромів складає 3,13 ‰ (1301 дитина), що становить 2,84 % від кількості усіх зареєстрованих хвороб. З неепілептичними пароксизмальними порушеннями свідомості під спостереженням перебували 299 дітей, що складає 23 % серед усіх пароксизмальних станів у дітей.

Було проведено клініко-неврологічне, ЕЕГ, ЕЕГ зі спектральним аналізом, ЕЕГ сну, ЕЕГ з відеомоніторингом, ЯМРТ головного мозку, лабораторні методи дослідження, консультації суміжних спеціалістів.

Під час комплексного обстеження хворих, які були направлені для уточнення діагнозу, симптоматичні форми епілепсії спостерігалися у 61 % хворих, ідіопатичні — у 27 %, криптогенні — у 12 % випадків. Треба відмітити, що частота захворюваності на епілепсію неухильно зростає переважно за рахунок симптоматичних форм, які є наслідками резидуального або процесуального ураження головного мозку із формуванням структурного або функціонального дефекту. Середній вік обстежених дітей становив 8,24 ± 6,24 років, середній вік початку захворювання — 5,37 ± 4,11 років, тривалість епілепсії — 6,71 ± 6,59 років. Протиепілептичні засоби приймали 87 % дітей. Період стійкої (протягом 3 років) медикаментозної ремісії був у 24 % дітей. Фармакорезистентні напади спостерігалися у 29 % випадків.

До аналізу увійшли діти віком від 6 до 17 років із симптоматичною епілепсією, котрим було проведено нейрохірургічне лікування, до проведення якого спостерігалися фармакорезистентні напади. Середній вік прооперованих дітей становив 12,32 ± 5,12 років, середній вік початку захворювання — 6,44 ± 5,36 років, тривалість епілепсії — 8,14 ± 5,62 років. Після хірургічного втручання протиепілептичні засоби приймали 47 % дітей. Фармакорезистентні напади спостерігалися у 31 % випадків.

Неепілептичні пароксизми були у 299 дітей. Після уточнення діагнозу діагностовано порушення сну (парасомнії) — у 46 % випадків, неврозоподібні стани — 19 %, синдром гіперактивності з дефіцитом уваги — 2 %, інші — 33 % хворих. Неадекватну терапію отримували 19 % хворих. Середній вік обстежених дітей становив 10,24 ± 6,68 років, середній вік початку захворювання — 6,34 ± 3,56 років, тривалість — 4,24 ± 2.27 років.

Таким чином, диференціальна діагностика пароксизмальних станів епілептичних та неепілептичного ґенезу у дітей, враховуючи клінічну картину, дані ЕЕГ, ЕЕГ з відеомоніторингом, ЕЕГ зі спектральним аналізом, ЕЕГ сну, дані нейровізуалізації, консультацій інших спеціалістів мають важливе значення для запобігання помилкової діагностики різних пароксизмальних станів з неепілептичними порушеннями свідомості, призначення адекватної терапії, подальшого прогнозу та поліпшення якості життя.

УДК 616.831-08:616.85-039:612.014.447

Сухоруков В. И., Привалова Н. Н., Сербиненко И. А., Бовт Ю. В., Лавинская Л. И.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

НЕКОТОРЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Целью нашего исследования было изучение особенностей нарушений высших психических функций у больных с дисциркуляторной энцефалопатией гипертонического и атеросклеротического генеза с помощью стандартных и сенсибилизированных нейропсихологических проб. Объектом исследования были 32 больных с дисциркуляторной энцефалопатией 2 ст. Возраст больных — от 45 до 68 лет. Клиническая картина заболевания включала разные симптомокомплексы: сенсомоторную недостаточность, вестибуло-атактические нарушения, разные варианты пароксизмов, в том числе эпилептические, экстрапирамидные дисфункции, проявления ликворно-венозной дисциркуляции. Клинический синдромокомплекс в каждом конкретном случае включал симптоматику выпадения (дефицита) тех или других церебральных функций, или симптоматику иритативного процесса, или, чаще всего, различные варианты сочетания этих проявлений. При нейропсихологическом обследовании у всех больных были выявлены дефекты активационного обеспечения психической деятельности (замедленное выполнение заданий, нестойкость внимания) в сочетании с расстройствами памяти (в большей степени слухоречевой), проявляющимися главным образом повышенной тормозимостью следов в условиях интерферирующей деятельности (а в некоторых случаях и «пустой» паузы) и нарушениями избирательности воспроизведения;

менее выражены нарушения объема запоминания. При этом инструкция произвольного ускорения работы приводит, наряду с уменьшением времени выполнения задания, к ухудшению качества работы. В то же время изученная нами клиническая группа оказалась качественно неоднородной по степени и характеру нарушений произвольной регуляции психической деятельности и поведения. Так, у части пациентов соответствующие нарушения определялись только в звене контроля за выполнением деятельности, у других выявлялись значительные нарушения программирования и регулирования в виде проявлений импульсивности или инертности, некоторые пациенты занимали промежуточное положение: имеющиеся у них нарушения программирования и регулирования могли быть скомпенсированы при использовании дополнительных средств организации деятельности.

Таким образом, у всех обследованных больных выявлялись динамические нарушения высших психических функций, обусловленные дезинтеграцией неспецифических систем мозга разного уровня, включая медиобазальные отделы коры больших полушарий. На этом фоне у части больных обнаруживались нарушения функции префронтальных отделов лобной коры, наличие которых, с нашей точки зрения, имеет не только важное диагностическое значение, но и играет важную роль как для прогноза клинических особенностей возможной декомпенсации больных при действии различных факторов, так и прогноза формирования выраженных когнитивных и поведенческих расстройств.

УДК 616.831-07-008.19-073.97

Сухоруков В. І., Забродіна Л. П., Назарчук І. А., Привалова Н. М., Бовт Ю. В., Міщенко В. М., Біневська О. М., Лавинська Л. І.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ МЕТОДОМ СПЕКТРАЛЬНО-КОГЕРЕНТНОГО АНАЛІЗУ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМ У ХВОРИХ З ЕНЦЕФАЛОПАТІЯМИ І ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ

У клінічній картині енцефалопатій домінують неврологічні, емоційні та когнітивні порушення, а їх перебіг характеризується чергуванням періодів відносної стабілізації та погіршення стану — декомпенсації, яка сприяє швидшому прогресуванню захворювання. Подальший розвиток і симптоматика енцефалопатій є клінічним результатом негативного впливу етіопатогенетичних чинників на діяльність головного мозку, яка визначається і його функціональним станом на момент цієї дії. Останній відбиває можливості до компенсації [Зенков Л. Р., 1996, Сидорова С. А., Зав'ялов А. В., 2004]. Компенсаторні можливості у хворих з енцефалопатіями знижені, але ступінь цих порушень, на наш погляд, індивідуальна, і може певною мірою визначати клінічні особливості перебігу захворювання. З іншого боку, ступінь зниження компенсаторних можливостей може бути критерієм для диференційованого вибору коригуючих заходів, у тому числі, індивідуальної «сприйнятливості» до них, вибору адекватного обсягу терапевтичного і профілактичного втручання для підвищення їх ефективності шляхом оптимізації функціонального стану головного мозку. Тому нашою метою був пошук відповідного діагностичного способу, який передбачав вивчення на електроенцефалограмах (ЕЕГ) параметрів міжпівкульової когерентності (МКог), яка характеризує стан корково-підкоркових взаємовідносин, що відображає збалансованість процесів гальмування і збудження, оптимальні зв'язки електричних процесів мозку.

Хворим з енцефалопатіями та емоційними розладами проводилася електроенцефалографія із використанням монополярних відведень із накладенням електродів за міжнародною системою «10—20», записом фонових ЕЕГ і ЕЕГ при навантаженні «відкрити-закрити очі». Оцінювалася спрямованість змін середньої потужності МКог α-ритму у центрально-тім'яних і потиличних відведеннях головного мозку на ділянках ЕЕГ після відкривання очей і порівнювалася із відповідними параметрами після закривання очей візуально та за розрахунками середніх показників. Якщо МКог α-ритму збільшувалася, то функціональний стан головного мозку і компенсаторні можливості вважалися відносно збереженими або незначно порушеними (за нашими умовними позначеннями — це зниження компенсаторних можливостей I ступеня); якщо МКог α-ритму знижувалася або не змінювалася, то функціональний стан головного мозку і компенсаторні можливості вважалися відповідно зниженими, значно порушеними (за нашими умовними позначеннями — це зниження компенсаторних можливостей II ступеня).

Діагностовані таким чином компенсаторні можливості характеризують функціональний стан головного мозку і, за результатами подальшого аналізу, корелюють із клінічною картиною і перебігом енцефалопатій, зокрема, станом когнітивних функцій, виразністю емоційних розладів (на прикладі депресивних проявів) і частотою декомпенсацій внаслідок впливу геліогеофізичних факторів. Розроблена корисна модель (заявка № u 201114694 від 12.12.2011). Запропонований спосіб можна використовувати у клінічній практиці, що поширить можливості щодо диференційованого підходу у лікувально-профілактичних заходах, оцінки їх ефективності і прогнозування перебігу захворювання у хворих з енцефалопатіями та емоційними розладами.

УДК 616.831-008.19-08-084

Сухоруков В. І., Назарчук І. А., Бовт Ю. В., Міщенко В. М., Біневська О. М., Нікішкова І. М., Забродіна Л. П.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ З ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ ЯК ОСНОВА ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ

Термін «енцефалопатії» поєднує велику групу захворювань, в основі яких лежить хронічна недостатність функцій головного мозку внаслідок дії різних етіологічних чинників. Енцефалопатії відрізняються також поліморфізмом клінічної симптоматики, особливостями перебігу і, відповідно, потребують диференціації лікувально-профілактичних заходів. Для удосконалення терапевтичних підходів нами було обстежено 105 хворих з енцефалопатіями та емоційними розладами (чоловіків 22, жінок 83) віком 30—76 років. Структура основного захворювання була такою: дисциркуляторні енцефалопатії (ДЕ) I ст. — 11 (10 %) хворих, ДЕ II ст. — 42 (40 %) хворих, ДЕ III ст. — 27 (26 %) хворих (усього 80 (76 %) із ДЕ), наслідки перенесених нейроінфекцій (НПН) — 7 (7 %) хворих, віддалені наслідки ЧМТ (ВН ЧМТ) — 5 (5 %) хворих, енцефалопатія змішаного ґенезу (ЕЗГ) — 13 (12 %) хворих.

Неврологічні прояви енцефалопатій були різними і залежали від ґенезу енцефалопатій, а для ДЕ — і від стадії. Для уточнення особливостей перебігу до початку лікування нами було проведене динамічне спостереження протягом 10 днів з урахуванням негативного впливу геліогеофізичних факторів як стресових, під час яких фіксувалася кількість декомпенсацій (погіршень стану із зростанням виразності неврологічних і емоційних проявів), які указують на порушення адаптаційних і компенсаторних можливостей (різних за ступенем) у зазначеної категорії хворих. Меншу кількість декомпенсацій (в середньому 6) відзначено у осіб із ДЕ I ст., ВН ЧМТ, ЕЗГ; більшу (в середньому 8) — у хворих з пізнішими стадіями ДЕ та НПН. Когнітивні функції, оцінені за шкалою MMSE, були збережені при ДЕ I ст., частково при ДЕ II ст., знижені у іншої частини хворих з ДЕ II ст. (до переддементного рівня) та при ДЕ III ст. (до рівня деменції) і були різними при НПН, ВН ЧМТ, ЕЗГ. Подальший аналіз виявив збільшення частоти декомпенсацій паралельно виразності когнітивних порушень. Емоційні розлади у хворих з енцефалопатіями на тлі неврологічного синдромокомплексу, і зокрема виразних астенічних проявів, характеризувалися тривожними, депресивними, фобічними, іпохондричними симптомами, емоційною лабільністю, порушеннями сну. Найбільш значущі, на думку багатьох авторів, депресивні прояви мали різну виразність. У частини хворих із ДЕ II, III ст., ЕЗГ, які мали когнітивні порушення, рівень депресії, визначений за шкалою Гамільтона, відповідав малому депресивному епізоду згідно з DSM-IV через деяке нівелювання зазначеної симптоматики. В обстежених без суттєвих когнітивних порушень, насамперед з ДЕ I ст., частково з ДЕ II ст., а також з НПН, ВН ЧМТ, ЕЗГ рівень депресії був різним і його підвищення певною мірою визначалося особливостями перебігу енцефалопатії — збільшенням виразності клініко-неврологічної симптоматики і частоти декомпенсацій.

За даними проведеного дослідження розроблені критерії вибору лікувально-профілактичних заходів: а) виразність і характер неврологічних порушень, а для ДЕ і стадія; б) стан когнітивних функцій; в) ступінь виразності емоційних порушень; г) компенсаторні можливості хворих; д) наявність супутньої неврологічної патології та інших захворювань. На підставі зазначених критеріїв і існуючих уявлень про терапію емоційних розладів, обумовлених енцефалопатіями, розроблені терапевтичні схеми, які містять базову фармакотерапію енцефалопатій і безпосередньо емоційних розладів, гірудорефлексотерапію, радіохвильову терапію, біоадаптивне керування та інші методи.

УДК: 616.8-009.11-053.2:618.1

Тараканова К. Е.

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ ПАРАЛІЧІВ ЗА МЕТОДИКОЮ В. ВОЙТА

В Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України протягом 16 років проводиться лікування акушерських паралічів за методикою В. Войта. Наявність у дитини периферичних парезів та паралічів — це абсолютні показання для призначення Войта-терапії. За даною методикою було проліковано 98 дітей з акушерськими паралічами. Маса при народженні у них була така: 3500—3900 г — 49 %, 4000—4500 г — 31 %, 4500—5000 г — 11,2 %, більше 5000 г — 8,8 %. З цих даних видно, що половина дітей народилася з масою більше 4000 грамів, що підтверджує необхідність проведення контролю за масою плода та доцільністю удосконалення знань акушерів-гінекологів з приводу означеної проблеми. За статтю діти, які проходили Войта-терапію, розподілилися майже порівну.

В Центрі Войта-терапія була розпочата у 58,3 % дітей — до 3 місяців життя, у 30,8 % — з 3 до 6 місяців, старше 6 місяців — у 10,9 %. Перед початком терапії діти були обстежені неврологом та ортопедом.

При неврологічному обстежені — проксимальний парез було виявлено у 73 % (було діагностовано, як верхній параліч Дюшена — Ерба, так і нижній Дежерін — Клюмпке), а у решти 27 % мав місце тотальний парез. При необхідності була проведена рентгенографія шийного відділу хребта та електроміографія. Діти з ушкодженням С3 — С4 були проконсультовані торакальними хірургами.

Войта-терапія проводилась щоденно 3—4 рази на добу на протязі 7 місяців у 8,6 % дітей, 7—12 місяців — у 30,1 %, 12—36 місяців — у 39,8 %, більше 3 років — у 21,5 %. Згідно з нашим досвідом терапію бажано розпочинати ще в пологовому будинку та не пізніше п'ятимісячного віку. Ранній початок терапії обумовлений тим, що у дитини ще не сформувались м'язові контрактури, не виникли трофічні зміни. Перша позитивна динаміка з'являлась вже через 2—3 тижні після початку терапії, особливо у дітей перших трьох місяців життя з проксимальним парезом руки. Діти з тотальним парезом мали позитивну динаміку через декілька місяців. Перша позитивна динаміка була у вигляді рухів в плечі на горизонтальній площині, рухів в кисті, піднятті руки від опори в положенні на спині. Через 3—4 місяці від початку терапії зникала кривошия, яка часто супроводжує акушерські паралічі. Збільшувався об'єм рухів в плечовому суглобі, з'являлося згинання або розгинання в ліктьовому суглобі, зникали згинальні установки кисті. Якщо розглянути динаміку процесу відновлення в залежності від ступеня ушкодження, то при парезі Дюшена — Ерба відбувається поступове відновлення чутливості в зоні іннервації сплетіння, відведення руки в бік, піднесення її до горизонтальної лінії, приведення до обличчя, згинання в усіх суглобах. З'являються рухи в плечовому та ліктьовому суглобах, зменшується внутрішня ротація. При парезі Дежерін — Клюмпке має місце відновлення чутливості, рухів в передпліччі та кисті, кисть поступово перестає звисати, змінюється положення пальців в кисті (до лікування було положення «когтистої» лапи), зменшується пронація та внутрішня ротація. А при тотальному парезі крім того зменшується гіпотонія м'язів, змінюється положення руки відносно тулуба, зменшуються вегетативні розлади: поступово відновлюється колір шкіри (до початку лікування колір був блідий), відновлюється чутливість паретичної кінцівки.

Результати терапії залежать від того, наскільки батьки мотивовані необхідністю систематичного проведення лікування. За 16 років праці діти, яким батьки якісно проводили систематичну терапію, не мали хірургічних втручань. З катамнезу цих дітей відомо, що у 24 % дітей відбулось повне відновлення функції паретичної кінцівки, у 76 % хоча й залишилась проблема, але рука стала функціонально спроможна, тобто дитина може нею писати, малювати, сила в руці не відрізняється від здорової руки. Таким чином довготривала, правильно виконана Войта-терапія є реальною альтернативою хірургічного лікування, не потребує додаткового допоміжного обладнання і може застосовуватись батьками незалежно від місця їх проживання, а це забезпечує постійне адекватне лікування їх дітей.

УДК 616.711-009.7-08:001.8

Терещенко Л. П.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МАЖЕЗИК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Болевой синдром является важнейшим маркером патологии в симтомокомплексе большинства острых и хронических заболеваний человека. Учитывая многокомпонентность болевого синдрома, основным способом купирования его является рациональное применение средств фармакотерапии, которые не только купируют боль, но и устраняют непосредственные ее причины. В настоящее время на фармацевтическом рынке Украины появился новый нестероидный противовоспалительный препарат Мажезик, рекомендуемый для применения в терапии больных с болевыми синдромами.

Обследовано 17 больных с вертеброгенным болевым синдромом (средний возраст 38 ± 2,4 лет), в комплексной терапии которых применялся препарат Мажезик. Курс лечения составил 14 дней.

Для оценки динамики показателей в работе использовались шкала выраженности болевого синдрома (ВАШ) и шкала выраженности нарушений жизнедеятельности (Роланда — Морриса).

Как показали наши наблюдения, курсовое применение препарата Мажезик в комплексной терапии больных с вертеброгенным болевым синдромом позволило в короткие сроки улучшить состояние большинства больных (89,3 %).

Позитивные изменения показателей тестов ВАШ на этапе становления ремиссии следует расценивать как успех проводимой терапии, в результате которой не только уменьшились болевые проявления, но и происходило улучшение показателей нарушения жизнедеятельности.

УДК 616.831:616.9-08:612.017-08

Терещенко Л. П.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ

Хронические нейроинфекции остаются серьезной проблемой здравоохранения и относятся к мультифакторным заболеваниям, вызываемым различными инфекционными агентами и их сочетаниями, среди которых вирусы встречаются наиболее часто.

Вирусы снижают функциональную активность иммунной системы, что приводит к тяжелому клиническому течению заболевания и возникновению тяжелых осложнений.

Терапия хронических нейроинфекций в настоящее время не является радикальной и направлена, в первую очередь, на стабилизацию состояния, но не на вылечивание больных. Программа лечения направлена на максимальную эрадикацию инфекционных агентов, что вызывает снижение функциональной активности и нарушения со стороны крови, сердечно-сосудистой, пищеварительной и иммунной систем, что в дальнейшем приводит к неблагоприятным последствиям в течении инфекционного процесса и влечет за собой возникновение рецидивов.

Для повышения эффективности терапии больных с хроническими нейроинфекциями и снижения токсических эффектов антибиотико- и противовирусной терапии в современных схемах лечения предусматривается использование препаратов, механизм терапевтического действия которых обеспечивает более полноценное функционирование клеток в условиях гипоксии и ишемии.

Одним из таких современных препаратов является препарат Пропес, который представляет собой комплекс эмбриональных пептидов и свободных аминокислот, обладающий выраженной функцией инициации и регуляции процессов дифференциации клеток.

Опыт клинического применения препарата Пропес в терапии больных с хроническими нейроинфекциями показал, что его включение приводит к более быстрому восстановлению нарушенных хроническим инфекционным процессом функций ЦНС, увеличению диапазона адаптационно-приспособительных реакций, которые создают фон для успешной реабилитации этой категории больных.

УДК 616.8-056.7:616.9-08

Терещенко Л. П.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ

Несмотря на значительную распространенность, хронические нейроинфекции сохраняют острую актуальность ввиду высокого уровня заболеваемости и инвалидизации больных.

Поиск новых, патогенетически обоснованных подходов к терапии больных с хроническими нейроинфекциями остается задачей современной медицины. Углубление знаний о патогенезе этой группы заболеваний, совершенствование представлений об иммунной опосредованности и отсутствие у большинства пациентов клинических признаков остроты поражения обусловливают необходимость выработки новых подходов к терапии.

Появление в Украине препаратов иммуноглобулинотерапии для лечения больных с хроническими нейроинфекциями является важным событием с точки зрения расширения возможности контроля этой группы заболеваний в состоянии ремиссии.

В работе изучено влияние препарата иммуноглобулинотерапии — Цитобиотект в комплексной терапии на длительность и качество ремиссии у больных с хроническими нейроинфекциями вирусной этиологии. Установлено, что курсовое внутривенное применение препарата в дозе 50 мл № 5 приводит к сокращению длительности выздоровления на 21 %.

Курсовая терапия с применением препарата Цитобиотект обеспечивала 6-месячный безрецидивный период у 39 % больных.

У обследованных пациентов, применявших комплексную терапию, не было зафиксировано ни одного случая рецидивов на протяжении года наблюдения.

Мониторинг иммунологических данных фиксировал улучшение и отчетливую динамику показателей через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о перспективности применения препарата в комплексном лечении больных с хроническими нейроинфекциями.

УДК 616.8:616.9-08

Терещенко Л. П.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕПАДИФ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ

Хронические нейроинфекции — это инфекционное поражение ЦНС, при котором патофизиологический каскад носит системный характер, поражая при этом различные органы и ткани.

Печень является одним из главных органов-мишеней. Пациенты с хронической нейроинфекцией имеют максимальных риск развития болезней печени. Окислительный стресс, вызывая мембранотропное действие, ведет к компенсаторной гиперинсулинемии, трансаминаземии. Это вызывает активацию симпатического отдела нервной системы и усиление образования продуктов свободнорадикального окисления липидов, с последующим воздействием на желудочно-кишечный тракт, что, на фоне повышенного сосудистого тонуса и уменьшения притока крови и веностаза, неизбежно приводит к снижению резистентности слизистой оболочки и повреждению паренхиматозных органов (печени и поджелудочной железы).

Целью работы явилось изучение эффективности применения препарата Гепадиф на фоне комплексной терапии больных с хроническими нейроинфекциями. Обследовано 45 больных (средний возраст 35 ± 2,7). У 32 больных отмечалось повышение АлТ, у 16 больных — АлТ и АсТ. Активность щелочной фосфатазы была повышена у 31 больного. Билирубин оставался в пределах нормы. КТ печени показало снижение денситометрических показателей плотности печени у всех больных, что расценивалось, как жировая инфильтрация печени. Препарат назначался по 5,0 мл внутривенно № 10, затем 1,5 месяца по 1 таблетке 3 раза в день.

Курсовое применение препарата Гепадиф обеспечивает более быструю редукцию признаков поражения печени, эффективно контролирует нарушение обмена веществ, уменьшает активность системного воспаления и улучшает состояние печени, что коррелирует с улучшением клинического состояния больных с хроническими нейроинфекциями.

УДК 616.832-004.2-037-036.1:616.833-002

Ткачева Т. Н.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ЗНАЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Несмотря на то, что ретробульбарный неврит (РБН) является одним из наиболее часто встречающихся синдромов при рассеянном склерозе (РС), его значение для течения и прогноза этого заболевания до конца не известно. Поэтому целью работы было изучить клинические особенности и характер прогноза при рецидивирующем (РТ) и вторично-прогредиентном (ВПТ) типах течения РС у больных, перенесших РБН.

С помощью клинико-неврологического обследования, МР-томографии, исследования вариабельности сердечного ритма (ВСР), определения содержания цитокинов (ИЛ1β, ИЛ2, ИЛ10, ФНОα) и тау-протеина в сыворотке крови было обследовано 215 больных с РС, в том числе с РТ — 81 больной, из них с РБН — 36 больных, без РБН — 45 больных, с ВПТ — 74 больных, из них с РБН — 28 больных, без РБН — 46 больных. Группу сравнения составили 60 больных с первично-прогредиентным типом течения РС.

Изучение особенностей клинического течения РТ в группе больных с РБН выявило преобладание моносиндромных легких дебютов, быстрых темпов формирования клинической симптоматики в рецидивах, легких и коротких рецидивов, высокой частоты продолжительных ремиссий между рецидивами, что свидетельствует о более доброкачественном течении РТ РС в группе больных с РБН. Для клинического течения ВПТ в группе больных с РБН было характерно преобладание моносиндромных, легких, коротких дебютов, длительных ремиссий после дебюта, рецидивов легкой и средней тяжести на этапах рецидивирования, более продолжительного этапа рецидивирования после дебюта, формирования вторичного прогрессирования вслед за этапом рецидивирования, преобладание благоприятного и неопределенного прогноза и относительная редкость неуклонного варианта прогрессирования, носящего неблагоприятный характер. Эти клинические особенности, также как и при РТ, свидетельствуют о более доброкачественном течении ВПТ РС в группе больных с РБН.

По данным исследования ВСР, уровень активности регуляторных систем был выше в группе пациентов с РТ, перенесших РБН, что отражает более высокий адаптационный потенциал системы надсегментарной вегетативной регуляции у этих больных. Нарастание ВСР при ортостатической нагрузке в группе больных без РБН встречалось чаще, чем у пациентов с РБН, что свидетельствует о недостаточном вегетативном обеспечении деятельности и снижении адаптационно-компенсаторных резервов организма.

В группе больных без РБН получена обратная корреляционная зависимость между провоспалительным (ИЛ1β) и противовоспалительным (ИЛ10) цитокинами, что отражает реципрокный характер их взаимоотношений и свидетельствует о неспецифической воспалительной реакции организма.

В группе больных с РБН получена прямая корреляционная зависимость между уровнями всех изученных провоспалительных цитокинов и противовоспалительного цитокина ИЛ10. Это свидетельствует о тесной взаимосвязи этих процессов, в которых воспалительный компонент индуцирует противовоспалительный, что отражает более напряженный и более специфический воспалительный иммунный ответ при РБН.

Исследование тау-протеина в сыворотке крови, выступающего в качестве маркера аксонально-дегенеративного поражения ЦНС, показало достоверное его повышение в группе больных РС без РБН.

Таким образом, проведенные исследования показали, что перенесенный РБН в анамнезе определяет более благоприятный вариант течения и прогноза при РТ и ВПТ РС. Возникновение РБН на разных этапах течения РС может служить маркером преобладания воспалительно-демиелинизирующего процесса над аксонально-дегенеративным.

УДК 616.711.1-053.7:616.13:001.8

Тягнирядко А. К*., Дубенко А. Е.**
КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница», ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»** (г. Харьков)*

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Цель работы: исследовать состояние венозной церебральной гемодинамики при наличии нестабильности шейного отдела позвоночника как до, так и после курса постизометрической релаксации.

Было обследовано 80 человек в возрасте от 18 до 44 лет с рентгенологически подтверждённой нестабильностью шейного отдела позвоночника. Состояние церебральной венозной гемодинамики определялось методом транскраниальной допплерографии. Проводилось исследование систолической линейной скорости кровотока в глазничных, позвоночных венах и прямом синусе до лечения и после проведения курса постизометрической релаксации. При изучении кровотока в глазных венах определяли направление потока в покое и при проведении компрессии лицевой вены (проба Миллера), в позвоночных венах изучали кровоток при проведении ротационных проб.

В связи с тем, что у всех больных чётко прослеживались признаки мышечно-тонического компонента и симптомы раздражения корешков, всем больным был проведен курс постизометрической релаксации. Количество и длительность сеансов подбирали индивидуально. При этом медикаментозные препараты больным не назначали.

Неизменённый кровоток (14—27 см/с) в прямом синусе до лечения отмечался у 28 больных (35 %), а усиление скорости кровотока до 35—70 см/с — у 52 больных (65 %), после проведенного курса постизометрической релаксации неизменённый кровоток отмечался у 56 человек (70 %), а усиление скорости кровотока — у 24 (30 %).

В позвоночных венах до лечения неизменённый кровоток (9—25 см/с) отмечался у 13 человек (16 %), одностороннее усиление кровотока до 26—55 см/с — у 49 человек (62 %) и двустороннее усиление кровотока до 26—50 см/с — у 17 человек (22 %), после лечения неизменённый кровоток отмечался у 43 человек (54 %), одностороннее усиление — у 22 человек (27 %) и двустороннее усиление — у 15 человек (19 %).

При проведении ротационных проб: до лечения неизменённый кровоток отмечался у 47 человек (59 %), одностороннее усиление кровотока — у 20 человек (25 %), двустороннее усиление кровотока — у 13 человек (16 %), после проведенного лечения нормализация кровотока была отмечена у 74 человек (92 %), в то время как одностороннее усиление кровотока отмечалось у 3 человек (4 %), у такого же количества больных отмечалось двустороннее усиление кровотока.

В глазничных венах до лечения физиологический кровоток отмечался у 12 человек (15 %), реверс кровотока с положительной пробой Миллера отмечался у 47 человек (59 %), а реверс кровотока с отрицательной пробой Миллера — у 21 человека (26 %). После проведенного курса постизометрической релаксации физиологический кровоток отмечался у 41 человека (51 %), реверс кровотока с положительной пробой Миллера — у 24 человек (30 %), реверс кровотока с отрицательной пробой Миллера — у 15 человек (19 %).

Таким образом, нестабильность шейного отдела позвоночника оказывает серьёзное влияние на состояние венозной церебральной гемодинамики, а постизометрическая релаксация является одним из основных методов коррекции венозной церебральной гемодинамики, позволяющим снизить медикаментозную нагрузку на больного, а в некоторых случаях вообще обходиться без применения медикаментов.

УДК 616.832-004.2:617.56:617.743

Федосєєв С. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У СПИНІ ТА ШИЇ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ: КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Багаторічні спостереження за хворими на розсіяний склероз (РС) та дослідження, що були проведені нами раніше, дозволили виявити значну представленість серед хворих тих, що мають хронічні болі у спині та шиї. Ці хронічні больові прояви значно погіршують стан хворих на РС, сприяють підвищенню рівня інвалідизації та зниженню якості життя хворих вказаного контингенту.

Метою даного дослідження було вивчення клінічних особливостей та перебігу болю у спині та шиї у хворих на РС. Робота проводилась у рамках комплексної теми «Вивчити нейробіологічні механізми гендерних особливостей дебюту і перебігу розсіяного склерозу в клініці і експерименті» (Шифр АМН. РС. Ф.09, № держ. реєстрації 0109U001174).

Для досягнення поставленої мети був впроваджений клініко-анамнестичний метод. Основою діагностики, поряд із загальноприйнятими методами клінічної діагностики, було анкетування хворих за розробленою анкетою (Патент на корисну модель № 53783, опубліковано 25.10.2010, бюл. № 20). Усі обстежені хворі мали вірогідний РС згідно з критеріями, що запропоновані G. Schumacher і співавт. у 1965 році та критеріями McDonald, що рекомендовані Міжнародною експертною групою у 2001 році, уточнені у 2005 та 2010 роках.

Методом випадкової вибірки проведено обстеження 60 хворих на РС, що перебували на лікуванні у клініці Інституту. Із обстежених хворих 24 були чоловіки, 36 — жінки. Середній вік хворих в групі обстежених склав 35,72 років.

Встановлено, що біль шийної локалізації був притаманний для 16 (26,6 %) хворих, грудної — для 15 (25,0 %) хворих, попереково-крижової локалізації — для 27 (45,0 %) хворих. Таким чином, хворі на РС мали разом 58 локалізацій болю. З урахуванням того, що 14 хворих мали дві локалізації болю з наведених вище, 5 хворих мали три локалізації болю, загальна кількість хворих з болем у спині та/або шиї склала 34 особи (56,6 % обстежених).

З усіх випадків болю у спині та шиї у хворих на РС у 13 випадках біль був до появи симптомів РС, з приєднанням РС не змінився, у 13 випадках — був до появи симптомів РС, з приєднанням РС посилився, став більш частим та тривалим, у 28 випадках — появився в дебюті чи при подальшому перебігу РС, у 4 випадках за період існування РС біль зменшився. Зменшення больових проявів у 4 хворих, скоріше за все пов'язане із зменшенням навантаження опорно-рухової системи внаслідок інвалідизації та зміни способу життя. Проведений аналіз співвідношень РС з варіантами болю у спині та шиї підтверджує роль РС в формуванні та хронізації больових синдромів. За отриманими даними, у 41 з 58 (70,6 %) випадків наявності болю тієї чи іншої локалізації, хворі вказали на посилення болю з приєднанням симптомів РС, появу болю в дебюті чи при подальшому перебігу РС. Терапія, що спрямована на лікування РС, у 19 випадках сприяла зменшенню болю, у 34 випадках — не впливала на біль, у 5 випадках хворі не змогли визначитися з цього питання.

Існують певні гендерні відмінності, щодо сприйняття болю. Так, у чоловіків, за даними візуальної аналогової шкали (ВАШ), інтенсивність болю відповідала середньому значенню 31 мм або 3,1 бали, переносимість болю — 32 мм або 3,2 бали. У жінок інтенсивність болю відповідала середньому значенню 55 мм (5,5 бали), переносимість болю — 51 мм (5,1 бали). Тобто хворі на РС жіночої статі сприймали біль як більш важкий і переносили його гірше у порівнянні з чоловіками.

Вивчення клінічних особливостей болю у хворих на РС є одним з етапів більш поглибленого вивчення цієї проблеми. Перспективи дослідження у обраному напрямку пов'язані з вивченням патогенетичних механізмів болю у цього контингенту хворих.

УДК 617.711:616.8-009.1-08

Федосєєв С. В., Назарчук І. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ВЕРТЕБРОГЕННИМИ ТА МІОФАСЦІАЛЬНИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ — ПОГЛЯД З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ І СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ

Під мануальною терапією (МТ) мається на увазі комплекс прийомів ручного впливу, спрямований на оптимізацію та нормалізацію функціонування опорно-рухового апарату, усунення патологічних симптомів, що обумовлені його порушеннями. МТ належить до так званої нетрадиційної (альтернативної) медицини, доказова база якої спирається насамперед на клінічні дані і більшістю фахівців вважається недостатньою. Основою доказової медицини є результати не тільки спостережень за хворими у процесі лікування зі складанням відповідних звітів, але й результати спеціально організованих, складних

за дизайном, тривалих та фінансово затратних досліджень. Вивчення ефективності та безпеки методів альтернативної медицини у такому обсязі здебільшого не проводиться. З іншого боку, якщо брати до уваги не тільки вищи рівні східців доказовості (рандомізовані, контрольовані, сліпі, паралельні чи перехресні, багатоцентрові дослідження), але й інші (когортні дослідження, дослідження випадок-контроль), доказовий рівень окремих напрямків альтернативної медицини можна вважати задовільним. В Кокрановський реєстр контрольованих випробувань внесено більше ніж 4000 випробувань, що присвячені оцінці методів альтернативної медицини, у тому числі МТ, значна кількість досліджень ще потребує аналізу. У напрямку альтернативної медицини друкуються систематичні огляди, частина з яких представлена в Кокрановській бібліотеці у вигляді готових оглядів та протоколів.

Класичними методиками мануальної терапії вважаються мобілізаційні, маніпуляційні техніки, прийоми тракційного впливу. У міру розвитку МТ як науки, цей метод лікування поповнився цілим арсеналом нових методик (постізометрична релаксація м'язів (ПІРМ), краніо-сакральні, м'якотканні, реліз та інші техніки), що спрямовані головним чином на усунення міофасціальних дисфункцій. Особливістю цих методик є «м'якість» виконання та безпека для пацієнтів, що дозволяє значно розширити традиційні показання і скоротити список протипоказань до МТ. Постійна багаторічна робота з пацієнтами з використанням методу МТ дозволила нам деталізувати деякі підходи в мануальної терапії. На нашу думку, при визначенні показань до МТ, виборі методик мануального впливу і безпосередньому проведенні мануальних технік слід керуватися такими принципами.

1. Доцільність застосування та адекватність вибору мануальних технік. В усуненні м'язового спазму і міофасціальної дисфункції ПІРМ і м'якотканні техніки МТ не тільки показані, ефективні і безпечні, але мають перевагу перед іншими методами лікування, є методиками вибору. Інша річ — клініко-патогенетичні ситуації, що вимагають застосування маніпуляційних технік. У цьому разі доцільність проведення маніпуляцій визначається після уточнення протипоказань, оцінки загального стану пацієнта.

2. Індивідуальний підхід. Вибір методик МТ, тривалість та інтенсивність мануального впливу, частота і загальна кількість сеансів МТ строго індивідуалізовані і визначаються характером порушень локомоторного ланцюга, мінливістю цих порушень у ході лікування та індивідуальними особливостями пацієнта. Серед індивідуальних факторів важливе значення мають конституціональні особливості (соматотипу, психіки, реактивності), вік та наявність супутньої патології різних органів та систем.

3. Системний підхід у діагностиці та при проведенні МТ. Ланки локомоторного ланцюга структурно і функціонально пов'язані між собою. Ретельна мануальна діагностика та усунення за допомогою МТ порушень не тільки в зоні больових відчуттів, а й у всьому локомоторному ланцюзі значно підвищує ефективність методу. У разі недотримання цього принципу зберігаються умови щодо рецидиву функціонального блокування хребетно-рухового сегмента (ХРС) і відновлення клінічної симптоматики.

4. Зміцнення м'язового апарату і оптимізація рухового стереотипу. Існує певна настороженість щодо застосування МТ при дисфіксаційних порушеннях, проте механізм дисфіксації, який виникає при конституціональній (частіше астенічній) схильності, м'язовій детренованості внаслідок малорухомого способу життя і недостатніх фізичних навантажень, дегенеративно-дистрофічних змінах в ХРС, є основою і однією з умов функціонального блокування ХРС. МТ при дисфіксаційних розладах повинна проводитися з дотриманням низки умов — мінімально необхідна кількість сеансів і вибір методик, що мінімально дестабілізують опорно-руховий апарат, використання, при необхідності, пристроїв зовнішньої фіксації (корсет, комір Шанца), паралельне впровадження заходів, спрямованих на оптимізацію рухового стереотипу і зміцнення м'язового апарату (ЛФК, заняття в тренажерному залі, плавання та ін.).

5. Застосування МТ в комплексному лікуванні хворих. Можливості МТ дозволяють використовувати її як самостійний метод лікування хворих. У разі необхідності, МТ можна проводити у поєднанні з іншими методами лікування (медикаментозним, фізіотерапевтичним та ін.)

6. Економічна доцільність. Проведення МТ не вимагає прямих витрат на дороге устаткування і медикаментозне забезпечення, не веде до витрати енергоресурсів, у зв'язку з чим даний метод лікування є економічно вигідним. Рентабельність МТ визначається і значним скороченням періоду тимчасової непрацездатності хворих.

Таким чином, МТ є високоефективною галуззю сучасної медицини, яка постійно розвивається. МТ має певну доказову базу щодо ефективності та безпеки методик, яка поступово розширюється. Перспективи МТ в Україні на даний момент пов'язані з організаційними заходами, підвищенням рівня підготовки фахівців, популяризацією методу.

УДК 616.151.5-005.6-084:616.13-089.87

Филимонов Д. А., Евтушенко С. К.**, Дюба Д. Ш.*, Симонян В. А.****

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирурги им В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк), Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького**, ГУ «Дорожная клиническая больница станции Донецк» ***(г. Донецк)*

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ГОМОЦИСТЕИНА С СИСТЕМОЙ ГЕМОСТАЗА, И ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ФАКТОРАМИ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ

Наблюдаемое распространение цереброваскулярных заболеваний требует поиска новых предикторов сосудистой патологии. Ряд исследований показал, что повышение уровня гомоцистеина (ГЦ) тесно ассоциируется с тромбозами, однако, работ направленных на изучение взаимоотношения ГЦ с отдельными показателями и факторами системы гемостаза недостаточно.

Цель исследования: определение уровня ГЦ и его взаимосвязи с системой гемостаза у пациентов после каротидной эндартерэктомии, а также у лиц молодого и среднего возраста с факторами риска развития цереброваскулярной патологии. Разработка медикаментозной коррекции.

На базе отделения ангионеврологии ИНВХ им. В. К. Гусака, а также на амбулаторном приеме ДКБ станции Донецк мы наблюдали 78 пациентов. Из них 50 больных, составивших I группу, перенесли каротидную эндартерэктомию по поводу симптомного стеноза (более 60 %) сонных артерий (возраст от 45 до 66 лет, 38 мужчин и 12 женщин). Во II группу вошли 28 лиц молодого и среднего возраста (от 32 до 50 лет, 16 женщин и 12 мужчин) с выявленными во время прохождения проф. осмотра факторами риска развития сосудистых заболеваний (17 пациентов с гиперхолестеринемией, 9 — с гипертонической болезнью I—II ст., 2 — с бессимптомным стенозом магистральных артерий головы). Помимо клинико-неврологического обследования, были определены уровни ГЦ, выполнена коагулограмма с анализом АДФ-АГ тромбоцитов, РФМК, антитромбина III (АТ III).

У пациентов из 1-й группы наблюдалось увеличение ГЦ до 17,14 ± 0,47 мкмоль/л, РФМК до 4,66 ± 0,19 мг%, АДФ-АГ до 21,89 ± 0,36 %, что говорит о состоянии умеренной гиперкоагуляции. Выявлена достоверная статистическая взаимосвязь уровня ГЦ с АДФ-АГ (r = 0,39) и с содержанием РФМК (r = 0,36). У 20 пациентов с наиболее выраженной гипергомоцистеинемией (ГГЦ) отмечалось снижение АТ III в плазме до 76 ± 0,46 %. Корреляционный анализ уровней ГЦ и АТ III также выявил достоверную взаимосвязь (r = 0,32). Во 2-й группе у 21 обследуемого (75 %) отмечалось снижение АТ III до 78 ± 0,5 % на фоне умеренной ГГЦ (14,24 ± 1,4 мкмоль/л). Корреляционный анализ уровней ГЦ и АТ III, как и в 1-й группе, выявил достоверную взаимосвязь (r = 0,29).

С целью коррекции ГГЦ пациенты получали нейробион 1—2 т. и фолиевую кислоту 3—5 мг с сутки в зависимости от уровня ГЦ. Дополнительно пациентам из 1-й группы назначали клопидогрель 75 мг/сут., статези 1 т. в сутки. Кроме того, все обследуемые соблюдали диету с высоким содержанием витаминов группы В. Мониторинг показателей системы гемостаза через 3 месяца у пациентов из 1-й группы выявил увеличение АТ III до 103 ± 0,3 % на фоне снижения ГЦ до 10,9 ± 0,32 мкмоль/л и АДФ-АГ тромбоцитов до 13 ± 0,35 %. У пациентов из 2-й группы с выявленной ГГЦ на фоне терапии возросла активность АТ III до 105 ± 0,52 %, ГЦ снизился до 8,67 ± 0,35 мкмоль/л.

Проведенное исследование показало, что гомоцистеин способствует усилению тромбогенного потенциала крови, прежде всего за счет повышения агрегации тромбоцитов и снижения активности антитромбина III. Разработана схема медикаментозной коррекции, эффективность которой подтверждена клинико-лабораторным исследованием.

УДК 616.831-001.31-005:004.58

В. А. Флорикян, В. П. Холодный, Е. Н. Слепак
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Центральная клиническая больница «Укрзалізниці» (г. Харьков)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Проблема определения физической работоспособности у больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ), осложненной церебральной венозной патологией, приобрела особую актуальность в последние годы, в связи с урбанизацией общества и остается недостаточно изученной до настоящего времени.

Цель работы: определение физической работоспособности у больных с ОПЗЧМТ, осложненной церебральной венозной патологией. Исходя из цели, были определены задачи исследования: определить резервные, компенсаторные возможности организма, а следовательно, и истинные границы физической работоспособности обследуемого, на основании индекса Рейнделла, кислородного пульса (O_2-пульс), эффективного транспорта кислорода ($ЭТО_2$).

Обследовано 122 больных с церебральной венозной патологией I, II, III степени тяжести по классификации Бердичевского (1989 г.). В первую группу — с начальными проявлениями церебральной венозной патологии было включено 38 пациентов (31,1 %), во вторую — с характерными клиническими проявлениями заболевания — 57 (46,8 %) и в третью, с венозной дисциркуляторной энцефалопатией — 27 (22,1 %). Как известно физическая работоспособность представляет результат функционального и интегрального воздействия всех участвующих в этом органов и систем. Основа для нее — величина энергетического обмена в зависимости от резервных возможностей транспортной системы кислорода. Нами было установлено, что индекс Рейнделла, кислородный пульс), эффективный транспорт кислорода являются основными факторами, определяющими работоспособность при врачебно-трудовой экспертизе (ВТЭК).

По данным наших исследований, независимо от степени церебральной венозной патологии, O_2-пульс у всех обследованных больных был ниже нормы. Однако была выявлена корреляция между тяжестью интракраниальной венозной патологии и неуклонным снижением O_2-пульса. Установлено, что чем ниже коэффициент объем сердца/O_2-пульс, тем выше, лучше работоспособность. Наиболее высокий уровень работоспособности (89,2 ± 9,5) оказался у больных с начальными проявлениями интракраниальной венозной патологии. У больных II группы коэффициент работоспособности по Рейнделлу снижен до 95,01 ± 7,0, а у пациентов с тяжелой венозной энцефалопатией был самый низкий этот показатель (объем сердца/O_2-пульс = 125 ± 11,6), что свидетельствовало о существенном снижении работоспособности. Кроме того, у этих больных отмечены наихудшие соотношения между гемодинамическими показателями и аэробной производительностью. Нам не удалось установить и зависимость уровня работоспособности организма от продолжительности травматической болезни головного мозга.

Исследования обнаружили значимость индекса, отражающего отношение объема сердца к величине систолического выброса (УО). У больных III группы, у которых этот индекс был снижен по сравнению с нормой (менее 9), отмечалось существенное снижение аэробной работоспособности. Оно сопровождалось сопряженными изменениями O_2-пульса и $ЭТО_2$.

При определении физической работоспособности у лиц в ОПЗЧМТ должны быть учтены не только неврологические характеристики, но и результаты анализа таких показателей как индекс Рейнделла, кислородный пульс, эффективный транспорт кислорода для определения истинных границ физической работоспособности обследуемого.

УДК 616.831-005.8-07

Харіна К. В., Лапшина Л. А., Реміняк І. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИМПТОМНИХ ЛАКУНАРНИХ ІНФАРКТІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Лакунарний інсульт (ЛІ) — особлива форма гострого порушення мозкового кровообігу, яка виникає на тлі артеріальної гіпертензії та зумовлюється первинним ураженням глибоких артерій.

Актуальність вивчення ЛІ обумовлена їх високою питомою вагою в загальній структурі ішемічних інсультів, а також тим, що малі глибинні інфаркти є маркерами підвищеного ризику повторних порушень мозкового кровообігу, важкого лакунарного стану, а також мультиінфарктної деменції. За даними різних досліджень, частота ЛІ становить від 13,7 % до 30 %. Реальна їх розповсюдженість значно вища, тому що лише 20 % із них мають симптомний перебіг.

Мета дослідження: Вивчити клінічні особливості перебігу симптомних ЛІ головного мозку.

Для здійснення мети дослідження нами було проведено комплексне спостереження за 60 хворими у гострому та відновному періодах ЛІ з симптомами перенесеного захворювання. Частка жінок з ЛІ була більшою і склала 55 %. Середній вік хворих склав 64,7 ± 9,9 років.

Діагноз ЛІ головного мозку було встановлено згідно з критеріями TOAST. Ураження невеликих гілок середньомозкової артерії (за даними нейровізуалізації) в обох півкулях спостерігали у 60 % випадків, в одній півкулі — у 40 % пацієнтів. Основним чинником ЛІ у більшості пацієнтів були артеріальна гіпертензія (62 %), в інших випадках це був атеросклероз — 7 %, а в 31 % випадків мало місце поєднання обох нозологій.

Клінічні прояви у хворих цього підтипу ішемічного інсульту характеризувались поступовим розвитком вогнищевих симптомів. За синдромальною структурою частіше спостерігалися такі синдроми: ізольований моторний парез — у 38 % хворих, синдром дизартрії — невправності в руці — 28 %. ЛІ з ізольованою гемігіпестезією та атактичний геміпарез спостерігались в 20 % та 14 % випадках відповідно. У 47 % хворих разом із типовими для лакунарних синдромів руховими та чутливими порушеннями в дебюті інсульту спостерігалися нетипові синдроми. Відмічався швидкий повний або значний регрес неврологічних симптомів протягом декількох діб. Ступінь виразності неврологічного дефіциту за скороченим варіантом Скандинавської неврологічної шкали інсульту (SCA) складав в середньому (16,7 ± 7,6) балів. Відмічалось таке співвідношення у хворих з ЛІ: 5 % — пацієнти з важким ЛІ, 32 % пацієнтів — з ЛІ середнього ступеня важкості, 46 % хворих — з легким ступенем виразності ЛІ.

Здатність до самообслуговування за шкалою Бартеля у більшості хворих була високою. Динаміка цього показника свідчила про сприятливий прогноз перебігу захворювання. За шкалою Ренкіна у всіх пацієнтів спостерігалася задовільна функціональна активність, яка не перевищувала 3 бали.

Таким чином, серед обстежених нами пацієнтів переважали хворі із середнім і легким ступенем тяжкості ЛІ. Симптоми захворювання характеризувались поступовим розвитком вогнищевих симптомів та їх регредієнтним перебігом, а також задовільним відновленням функцій. Перебіг захворювання був сприятливим.

УДК 616.853.5-073.97

Чередватенко Г. Ф., Васильева О. О.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПАРЦИАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРАНСФОРМАЦИЙ

Для объективизации клинических вариантов трансформаций (положительной или отрицательной) была использована регистрация биоэлектрической активности, которая проводилась на энцефалографе «Нейрон-спектр» с расположением электродов монополярно по мерцающей системе «10—20». Запись ЭЭГ проводилась стандартно. В спокойном, расслабленном состоянии пациента велась запись фоновой биоэлектрической активности и ее реактивности на функциональные нагрузки частотой 4—6—10—16 Гц и фотостимуляцию с последующей гипервентиляцией в течение 2-х минут. Оценку показателей ЭЭГ проводили с учетом амплитудно-частотной характеристики как визуально, так и с помощью компьютерной обработки полученных данных. Учитывая многолетний опыт работы с подобного рода больными и полученные нами данные анализа биоэлектрической активности, необходимо подчеркнуть, что только длительное наблюдение за больным и ЭЭГ-контроль каждые 3 месяца в течение не менее 2-х лет могут служить объективным показателем выявленных клинических форм трансформаций. В связи с этим было обследовано 50 больных (32 мужчины и 18 женщин) молодого и среднего работоспособного возраста. Всего проведено более 250 исследований в течение 3-х лет наблюдений.

Анализ полученных данных показал, что у части больных (38 человек) после назначения адекватных антиконвульсантов была выявлена положительная трансформация как клинических (достигался контроль над припадками), так и биоэлектрических показателей (исчезали медленно-стволовые компоненты судорожного характера, появился α-ритм и на дисфункции стволовых неспецифических структур указывало только снижение реактивности на функциональные нагрузки).

Только длительное наблюдение за больными могло свидетельствовать о стойкости данной трансформации. В качестве примера данного положения приводим динамику ЭЭГ у больного З., 36 лет с парциальными первично генерализованными припадками. При первой записи ЭЭГ были выявлены высокоамплитудные (до 250—300 МкВ) медленноволновые компоненты по всем отведениям. После назначения адекватной для данного больного противовирусной терапии (ламотриджин), спустя короткий промежуток времени (2 недели) медленноволновые компоненты исчезли полностью, появился α-ритм и значительно улучшилась реактивность на функциональные нагрузки. Такой характер ЭЭГ отмечался на протяжении 1,5—2-х лет. Затем на ЭЭГ появились медленноволновые компоненты в θ-ритме амплитудой 70—80 МкВ, преимущественно в теменных отведениях. Спустя 1 месяц у больного произошла трансформация припадка: парциальные с их первичной генерализацией, которые отмечались до лечения, сменились сумеречным состоянием сознания. На ЭЭГ при этом регистрировались высокоамплитудные разряды «пик — медленная волна» по всем отведениям. После внесения медикаментозной коррекции в лечение вновь возобновилась положительная трансформация как клинически, так и на ЭЭГ. У других больных (12 человек) после назначения адекватной противосудорожной терапии и достижения контроля над припадками на ЭЭГ еще довольно длительное время отмечалась отрицательная трансформация с регистрацией медленноволновых компонентов судорожного характера.

Таким образом, только длительное наблюдение больных с контролем ЭЭГ не реже 1 раза в 3 месяца могут свидетельствовать о стойкости выявленных трансформаций и об адекватности противосудорожной терапии, что несомненно, улучшает качество жизни больных, сохраняя работоспособность.

УДК 616.83.15-009.7-089

Черненков В. Г., Сербиненко И. А.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

НЕКОТОРЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОПЕРАЦИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ НЕРВНО-СОСУДИСТОГО КОНФЛИКТА ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

В Харькове при лечении больных с невралгией тройничного нерва (НТН) доминирует, наряду с чрескожными блокадами ветвей тройничного нерва, селективный криохирургический метод выключения корешка подходом через овальное отверстие. Этот метод рекламируется в Харькове как приоритетный и послужил основой создания медицинских коммерческих структур.

Целью данной работы является обоснование целесообразности и необходимости более широкого применения при лечении НТН микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва непосредственно в зоне мосто-мозжечкового угла (высокая эффективность которой доказана опытом, накопленным нейрохирургами многих стран), с последующим проведением сравнительного критического анализа по стандартам GCP. Однако мы столкнулись с непреодолимыми организационными препятствиями в реализации проспективного плана уже на этапе набора материала. Выполнить ряд соответствующих оперативных вмешательств на этой стадии представилось возможным в конце 2011 г. и начале 2012 г., причем, лишь у 4 пациентов возрастной группы, находящейся в сфере прямых противопоказаний к открытым нейрохирургическим операциям. Это были пациенты старше 75 лет с разнообразной соматической патологией. В первую очередь мы старались обнаружить и ликвидировать место явной компрессии корешка тройничного нерва артериальным сосудом. Во всех 4 случаях такие конфликтные зоны были обнаружены и мы традиционно устраняли их на завершающем этапе вмешательства с помощью тефлоновых протекторов. Однако в ходе операции у всех больных визуально обнаруживались также множественные контакты корешка с измененными венозными стволами, что требовало устранения перегибов, патологической извитости. В одном случае дополнительно выявлен протяженный контакт корешка с аномальным артериальным сосудом. Устранение патологического соединения нервных и сосудистых структур, требовавшее манипуляций почти на всем протяжении корешка на уровне задней черепной ямки, можно было определить как невролиз. В таких случаях, вероятно, целесообразно в дальнейшем применение разработанной нами в 1996 г. хирургической тактики — использование криоконсервированной амниотической оболочки, но уже не только как «протектора», а и как биологического субстрата, выполняющего защитные, отграничительные, буферные и предупреждающие развитие вторичного спаечного процесса функции (исследованные нами в 2004 г. в эксперименте и клинике).

Комплексная оценка интраоперационно выявленных патологических изменений позволила предположить возможные механизмы формирования и последующей трансформации хронического болевого синдрома у пожилых людей. Компрессия корешка тройничного нерва является причиной ноцицептивной импульсации и формирования генератора патологического возбуждения, что в последующем приводит к образованию первичной детерминанты и патологической алгической системы (Г. Н. Крыжановский, 1997). Комплекс механизмов этих изменений определяет многокомпонентную иммунную дисфункцию — нейроаутоиммунные реакции, гиперпродукцию провоспалительных цитокинов, индуцирующих продукцию болевых нейротрансмиттеров, вторичную иммунную недостаточность с активацией условно патогенной флоры и др. (Н. И. Лисяный, 2009). Дисфункция иммунной системы, в свою очередь, может приводить к формированию выявленных нами во время операции изменений и образованию нервно-сосудистого конфликта с реализацией контактного механизма (Н. А. Сапон, 2006), что усиливает ноцицептивную импульсацию (а в определенных случаях является единственным ее источником). Формирование и вторичных генераторов патологически усиленного возбуждения обусловливает фармакорезистентность, недостаточную эффективность хирургического лечения и обосновывает целесообразность апробации и углубленного изучения применения после операции противоболевой электростимуляции. В одном случае 80-летней больной имплантировали стимулятор модели «НейСи-3М» с фиксацией электродов к области свободного края намета мозжечка, для проведения после операции противоболевой стимуляции.

У трех больных в послеоперационном периоде достигнут хороший положительный эффект (отсутствие боли), в одном — удовлетворительный (уменьшение частоты приступов, их купирование с помощью электростимуляции). Это дает основание для дальнейших клинических исследований, а также позволяет шире использовать при обосновании такого рода операций термин «нервно-сосудистый конфликт».

УДК 616.853-089 (477.54)

Черненков В. Г., Сербиненко И. А.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Хирургическое лечение фокальной эпилепсии разрабатывается в ГУ ИНПН НАМН с 70-х годов прошлого века. Инициатором направления явился акад. А. П. Ромоданов, считавший проблему мультидисциплинарной и требующей комплексации специалистов нейронаук. Нами проведено более 200 открытых микрохирургических резекционных операций под контролем ЭКоГ, ЭСКоГ у больных в возрасте от 5 до 60 лет с фокальной эпилепсией, обусловленной очаговой патологией мозга разного генеза: последствия травматических повреждений, микроаневризмы, артерио-венозные мальформации, перинатальная патология, в некоторых случаях — при опухоли головного мозга. Комплексное изучение, включающее клиническое, электрофизиологическое, иммунологическое обследование, гистологическое исследование резецированных тканей позволили разработать гипотезу — наличия в перифокальной зоне очагового поражения незавершенного деструктивно-репаративного процесса, формирующегося комплексом механизмов со стороны очагового процесса и его этиопатогенетических особенностей и рядом адаптационно-компенсаторных реакций. Незавершенный деструктивно-репаративный процесс способствует формированию в этой зоне очага эпилептической активности и фармакорезистентности. Нами разработана

система показаний-противопоказаний к открытым хирургическим вмешательствам с учетом особенностей этиопатогенеза очагового поражения головного мозга. Разработаны минимизированные оперативные вмешательства — удаление патологического очага и сформированного в его перифокальной зоне эпилептического очага (под контролем ЭКоГ, ЭСКоГ), что обеспечило отсутствие эпилептических приступов у 86 % прооперированных больных. Единичные приступы в раннем послеоперационном периоде — у 14 % больных.

Для оценки эффективности хирургического лечения проводились ретроспективные и проспективные исследования, преимущественно ретроспективный анализ с проспективным наблюдением. Исследования на всех этапах выполнены в соответствии с правилами GCP с соблюдением этических норм. Разработан специальный протокол исследования. Катамнестическое наблюдение (до 10 лет) с регулярными — 2 раза в год — комплексными обследованиями проведено 40 прооперированным больным. Обследование включало клинико-неврологическое, нейровизуализационное, электрофизиологическое, иммунологическое, биохимическое, при необходимости — вирусологическое, бактериологическое исследования. У 9 больных в разные сроки после операции наблюдались единичные простые фокальные приступы, у 4 из них — и единичные комплексные, у 2 из них — и вторично генерализованные. Рецидивы пароксизмов возникали при: обострении хронических инфекционно-аллергических процессов (синуситов — 4, отита — 1, пиелонефрита — 1); при повторных черепно-мозговых травмах (1); при неблагоприятных семейных обстоятельствах (2), вызвавших эмоциональный стресс и инсульт (1). У всех этих больных выявлена недостаточность преимущественно клеточного звена иммунитета, нарастание аутоиммунного компонента, повышение показателей аутоагрессии к нейроспецифическим белкам и сенсибилизации к принимаемым антиконвульсантам.

Таким образом, лечение больных с фармакорезистентной фокальной симптоматической эпилепсией требует на каждом этапе (диагностическом, хирургическом, реабилитационном) комплексной оценки состояния больного, что свидетельствует о необходимости разработки консолидированных организационных подходов и гармонизации клинического исследовательского процесса.

УДК 616-007.17:616.74-008

Шатілло А. В.

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

АНАЛІЗ СТАНУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА М'ЯЗОВУ ДИСТРОФІЮ ДЮШЕННА В УКРАЇНІ

М'язова дистрофія Дюшенна (МДД) — спадкове захворювання з переважним ушкодженням поперечносмугастих м'язів, яке належить до категорії орфанних і його поширеність складає близько 1:4000 новонароджених хлопчаків. Специфікою поширення й успадкування цього захворювання є високій рівень виникнення мутацій гена DMD de novo та зціплене зі статтю успадкування.

З метою встановлення особливостей надання лікувально-діагностичної допомоги хворим на МДД було проаналізовано анамнестичні дані 21 хворого з усіх регіонів України з деякою перевагою представництва східних регіонів. До аналізу не було включено 4 випадки (16,0 %), у яких цей діагноз було встановлено безпідставно.

Згідно з отриманими даними виявлено, що середній вік встановлення діагнозу склав 6,75 ± 1,6 років. При розрахунку цього віку враховували як випадки встановлення діагнозу за клінічними ознаками, так і випадки, підтверджені молекулярно-генетичним дослідженням та/або імуногістохімічним визначенням наявності дистрофіну у біоптатах м'язів. При оцінці цього показника слід враховувати, що найбільш ефективним є призначення кортикостероїдів (КС) у віці до 6 років, а засоби генної терапії, які зараз проходять клінічні випробування, бажано призначати з народження.

Кількість хворих, які направлялись на молекулярно-генетичне дослідження, до звернення до ДУ «ІНПН НАМН України», склала 28,6 % (6 випадків), після направлення на дослідження кількість підтверджених цим методом діагнозів — 22,2 % (4 з 18; виключено випадки, коли дослідження виконувалося за кордоном). Слід відзначити, що за світовою статистикою найбільш поширені методики (які забезпечують найліпше співвідношення вартість/інформативність) демонструють показники — 60—70 % [Tuffery-Giraud S. et al., 2010].

Щодо обґрунтування імуногістохімічної верифікації діагнозу, досвід якої накопичено у ДУ «ІНПН НАМН України». Цей метод має майже 100 % кореляцію з клінічними даними, але його використання у типових випадках є виправданим лише за умовою негативного результату молекулярно-генетичного дослідження. Загалом біопсія м'язів з комплексом гістохімічних та імуногістохімічних методик може бути діагностичним засобом «першої лінії» для доказового вирішення питань диференціальної діагностики (тобто у нетипових випадках) та прогностичних завдань — наприклад, встановлення показань для терапії КС на етапі втрати здатності до самостійного пересування та для деяких варіантів хірургічної ортопедичної корекції.

Лікувально-реабілітаційна практика. 5 хворих (23,8 %) мали в анамнезі курсове лікування КС, жоден не отримував лікування КС на постійній основі, згідно з міжнародним консенсусом експертів [Bushby K. et al., 2010]. Лише 2 хворих (9,5 %) мали призначення специфічних кардіологічних засобів, які рекомендовані цим консенсусом. При цьому усі з них час від часу отримували призначення досить інтенсивної, часто високовартісної, медикаментозної терапії іншими препаратами. Жоден з хворих не мав і не має (на час опитування) моторизованого крісла та засобів для неінвазивної вентиляції легень.

Профілактика. 5 родин (23,8 %) у своєму складі мали дитину жіночої статі (потенційного носія мутації) або молодшу за хворого дитину-хлопчика і або ніколи не чули про допологову діагностику та визначення носійства, або відмовилися від неї, переважно з фінансових міркувань. Усі ці родини мали низький освітній ценз та/або мешкали у малих населених пунктах.

Таким чином, надання медичної допомоги хворим МДД в Україні має несистемний характер і не відповідає принципам доказової медицини та міжнародним консенсусам. Створення надійної системи інформування про лікувальні і профілактичні можливості щодо МДД та виконання преконцепційних досліджень державним коштом є своєчасним і виправданим кроком як з гуманітарної, так і з економічної точки зору.

УДК 616.831:616.711.1-073:001.8

Шебатин А. И.

КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница» (г. Запорожье)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ И ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Синдром позвоночной артерии (СПА) — патология, снижающая качество жизни пациента, а в отдельных случаях усугубляющая течение сопутствующей патологии. Диагностика классического СПА [Попелянский Я. Ю., 1966] не представляет затруднений, однако сопутствующая патология головного мозга затрудняет её. Поэтому объективизация СПА возможна на основе симптома ретракции глазного яблока (СРГЯ) [Шебатин А. И. 2008], который проявляется в виде ретракции (втяжения) глазного яблока, при его приведении, после раздражения позвоночной артерии (ПА) внешне это выглядит как сужение глазной щели.

Цель работы: описание объективных признаков вертеброгенного СПА у пациентов с патологией головного мозга.

85 пациентов клинически обследованы, верифицирован вертеброгенный СПА. Неврологическое исследование включало определение СРГЯ до и после пробы де Клейна, допплерографическое исследование ПА и рентгенографию (Ro) шейного отдела позвоночника (ШОП) с функциональными пробами (ФП). Все пациенты были разделены на группы: 1 группа — 27 человек с функциональной стадией СПА, средний возраст (ср. воз.) 33,19 ± 2,004 года, 2 группа — 27 пациентов с ранее перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения, в вертебрально-базилярном бассейне, ср. воз. 50,96 ± 2,27 лет, 3 группа — 31 пациент с перенесенной черепно-мозговой травмой, ср. воз. 35,81 ± 2,24 лет. Математическая обработка — вычисление углового преобразования Фишера.

До проведения пробы односторонний СРГЯ наблюдался в 1 группе у 70,4 %, во 2 группе — у 51,85 %, в 3 группе — у 80,65 %. Достоверное различие отмечено между 2 и 3 группой при $p = 0{,}007$. Двухсторонний симптом до ФП достоверно чаще наблюдался во 2 группе при $p < 0{,}001$ между 1 и 2 группой, а также 2 и 3 группой. Отсутствие первичного симптома в1 группе 25,9 %, было достоверно чаще, чем во 2 группе 7,41 % при $p = 0{,}029$, и 3 группе 9,68 % при $p = 0{,}046$. Одностороннее

проявление симптома после ФП в 1 группе — у 51,89 %, во 2 группе — у 14,8 %, в 3 группе — у 38,7 %, различия отмечены между 1 и 2 группой при $p < 0,001$ а также 2 и 3 при $p = 0,016$. Соответственно двухсторонний симптом статистически чаще наблюдался во 2 группе. Нистагм, обусловленный поворотом взора, позиционный, возникающий после пробы де Клейна, статистических различий по группам не отмечено. Ro ШОП: во всех случаях признаки остеохондроза, аномалии развития по группам распределились равномерно. Признаки нестабильности, псевдоспондилолистеза чаще в 3 группе в сравнении со 2 группой при $p = 0,003$. Унковертебральный артроз чаще отмечен во 2 группе по сравнению с 3 группой при $p = 0,002$, а также в 1 группе по сравнению с 3 группой при $p = 0,02$. Косвенным признаком раздражения симпатического сплетения ПА является показатель изменения линейной скорости кровотока (ЛСК) при ФП. Статистически чаще во 2 и 3 группе снижение ЛСК было в 2 раза и более, $p < 0,001$ по сравнению с 1 группой, при этом компрессия, доводящая ЛСК до периферического кровотока, статистически чаще отмечена во2 группе по сравнению с 3 группой при $p < 0,001$

У пациентов с сосудистой патологией двухсторонний СРГЯ до пробы при сравнении групп наблюдался чаще, но внутри группы достоверных различий не было, после пробы симптом с двух сторон в этой группе преобладал, при Ro отмечены дегенеративные изменения в ШОП и достаточно выраженная компрессия ПА при проведение пробы. У пациентов, перенесших травму черепа, СРГЯ чаще до ФП односторонний, после ФП внутри группы соотношение частоты одностороннего к двухстороннему 2:3, чаще отмечена нестабильность в ШОП и псевдоспондилолистез.

УДК: 616.8-009-053.2

Шестова Е. П., Евтушенко С. К., Савченко Е. А.
Национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

ТРАНСФОРМАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ДИСБАЛАНСА У ДЕТЕЙ С МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В настоящее время стало очевидным, что большинство мальформаций (дисгений) головного мозга проявляются тяжёлыми расстройствами нервной системы у детей и являются одной из частых причин детской неврологической инвалидности. МРТ головного мозга дало возможность увидеть расстройства архитектоники головного мозга и определить их весомое место среди неврологических расстройств. Существенную роль в изучении генетически-детерминированных механизмов развития мозга оказали молекулярно-биологические методы исследования. Известно, что мутации различных генов, регулирующих формирование головного мозга, ассоциируются со специфическими мальформациями головного мозга. В последнее время появились работы, указывающие на сочетание дисгений головного мозга и расстройств нейрометаболического процесса как проявление мутации одного и того же гена. Это позволило по-новому взглянуть на развитие клинических проявлений и прогноз при мальформациях головного мозга.

Для описания подобного феномена мы отобрали 8 больных в возрасте от 1 месяца до 3-х лет с отчётливыми генерализованными мальформациями головного мозга по данным МРТ. У описываемых детей основными клиническими проявлениями были: грубая задержка психического развития, эпилептические приступы, моторные расстройства в виде нарушения выпрямляющих рефлексов и парезов. У трех больных отмечалось микроцефальное строение черепа.

На МРТ головного мозга в этой группе визуализировали двустороннюю полимикрогирию и лиссэнцефалию-агирию, сопровождаемые перивентрикулярной и/или субкортикальной гетеротопией; обширные зоны кортикальной дисплазии в височно-темпоральных отделах с гипоплазией гиппокампа, а также малодифференцированные кортикальные дисгении с выраженной гипоплазией субкортикальных отделов, преимущественно в лобных отделах головного мозга.

У всех больных отмечена трансформация клинических симптомов и электроэнцефалографических показателей. Они выражались в том, что через определённый период времени, несмотря на проводимое лечение, спустя месяц или более один клинико-электроэнцефалографический паттерн трансформировался в другой вариант приступов. В частности, у трёх больных мы констатировали трансформацию ранней миоклонической энцефалопатии в тяжелую эпилепсию с множественными независимыми фокусами спайков (синдром Марканда — Блюма — Отахара). У 4-х детей после синдрома Отахара развился синдром Веста. У одного больного через 7 месяцев неонатальная миоклоническая энцефалопатия трансформировалась в синдром Драве.

Согласно данным литературы и нашим исследованиям, мы постулируем, что одним из механизмов такой клинико-электроэнцефалографической трансформации является расстройство нейрометаболических (нейротрансмиттерных) процессов, кодируемых теми же генами, что и мальформации головного мозга.

Таким образом, использование МРТ перевело прижизненное изучение структуры головного мозга на более высокую ступень, переключив познание с формального уровня «гипоксическая энцефалопатия» на уровень болезней, вызванных генетическим нарушением транскрипционных факторов. Это позволило перевести взгляд от традиционных понятий мальформаций головного мозга на более широкие и глубинные, затрагивающие не только архитектонику головного мозга, но и нейрометаболические расстройства, объединённых одним генетическим дефектом.

УДК 616.74-009.17-08

Школьник В. М.*, Кальбус О. І.*, Погорєлов О. В.*, Бараненко О. М.*, Пашковський В. І.**, Шастун Н. П.**, Скребець Ю. В.**
**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», **КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова»*

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ МІАСТЕНІЇ

Міастенія залишається актуальною проблемою сучасної медицини через високу частоту розвитку ускладнень, що призводять до професійної, соціальної дезадаптації хворих, а нерідко є причиною смерті хворих.

1. Симптоматичне лікування — використання антихолінестеразних препаратів (АХЕП).

Найбільш широко застосовується піридостигмін («калімін») у таблетованій формі по 60 мг. Лікування звичайно починають з 30—60 мг кожні 8 год. Дозу підвищують поступово, залежно від стану пацієнта. Максимальна доза — 60—120 мг кожні 4 год (**клас III, рівень С**).

Так само використовують антихолінестеразний препарат короткої дії прозерин (при недостатній ефективності піридостигмін) у вигляді розчину 0,05 % по 1 або 2 мл (**клас III, рівень С**).

2. Імуномодулююча терапія

А. *Кортикостероїди* — належать до препаратів першої лінії імуномодулюючих препаратів при міастенії. Терапію слід починати з 10—25 мг преднізолону або аналогів, через день, поступово нарощуючи дозу (по 10 мг на прийом) до досягнення цільової дози 60—80 мг (в один прийом, через день). При тяжкому стані хворого кортикостероїди слід застосовувати відразу з високих доз щодня (поряд з короткостроковою терапією — плазмаферез або імуноглобулін внутрішньовенно) до стабілізації стану, рівень рекомендацій — С.

Б. *Азатіоприн* — пуриновий аналог, що інгібірує синтез нуклеїнових кислот. Слід пам'ятати, що початок терапевтичного ефекту може бути відстроченим до 4—12 місяців, а максимальний терапевтичний ефект розвивається зазвичай через 6—24 місяці. Азатіоприн слід використовувати як додатковий препарат (до преднізолону) у пацієнтів, які тривалий час перебувають на імуносупресивній терапії. Це дозволяє не збільшувати дозу кортикостероїдів і підтримувати їхню ефективність (так званий «спаринг-ефект») (**клас I, рівень А).**

В. *Циклоспорин* — застосовується нечасто. З огляду на спектр і характер побічних реакцій його застосовують лише у пацієнтів, нечутливих до азатіоприну (**клас II, рівень В**).

Г. *Циклофосфамід* — застосовується як імунодепресант при важких імунологічних захворюваннях. Використовують рідко — при неефективності поєднаного застосування кортикостероїдів та азатіоприну або метотрексату, або циклоспорину (**клас II, рівень В**).

Д. Метотрексат — слід використовувати як ***препарат резерву*** (при неефективності терапії препаратами першого ряду) (**клас III, рівень С**).

3. *Короткострокова терапія* — плазмаферез і внутрішньовенне застосування імуноглобуліну.

Згідно з рекомендаціями Європейської федерації неврологічних спільнот, плазмаферез при міастенії проводять коротким курсом: при важких формах захворювання, при підготовці до оперативного лікування (з видалення тимусу та ін.),

при швидкому темпі прогресування хвороби (**клас II, рівень B**). Внутрішньовенно імуноглобулін при міастенії використовують за тими ж показаннями, що й плазмаферез. Вважається, що ефективність цих методів однакова (**клас II, рівень B**).

4. Хірургічне лікування — тимектомія — один з методів лікування міастенії, що найбільш часто застосовується.

Тимектомію зазвичай проводять за наявності доведеної тимоми, а також пацієнтам з генералізованою міастенією при виявленні у них AchR-Ab (у віці до 50—60 років), **клас II, рівень B**).

УДК 616.831-005.4-036.66

Школьник В. М., Погорєлов О. В., Кальбус О. І., Бараненко О. М., Юдіна Т. В., Погорєлова С. А.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТАХ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Найбільш тяжкою та загрозливою формою серед цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) є гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК), біля 80 % яких складають ішемічні інфаркти мозку (ІІМ). Актуальність реабілітаційних заходів у пацієнтів з ГПМК визначається їх тяжкими наслідками: високою смертністю та частотою інвалідності. Базуючись на метааналізах відомих багатоцентрових досліджень, на сьогодення можна сформувати основні організаційні, фармакологічні та нефармакологічні реабілітаційні рекомендації. Для всіх пацієнтів з інсультом рекомендується направлення у спеціалізовані відділення для одержання координованої мультидисциплінарної реабілітації (клас дослідження I, рівень A). Доведено, що продовження реабілітації протягом 1 року після інсульту знижує ризик функціональних погіршень і поліпшує активність у повсякденному житті (клас II, рівень A), при цьому ранній початок реабілітації є ключовим компонентом (клас III, рівень C). Рання виписка пацієнта зі спеціалізованого відділення у випадку інсульту легкого або середнього ступеня важкості повинна супроводжуватись подальшим продовженням реабілітації мультидисциплінарно в амбулаторних умовах (клас дослідження I, рівень A). Реабілітація показана для всіх пацієнтів з інсультом, але доказова база недостатня для вибору методів терапії, особливо для найважчих пацієнтів (клас II, рівень B). Доцільно збільшувати тривалість і інтенсивність реабілітації (клас II, рівень B). Показана лікувальна фізкультура, однак оптимальний спосіб терапії неясний (клас II, рівень A), також рекомендована ерготерапія, але оптимальний спосіб проведення не є уточненим (клас II, рівень A).

Також рекомендується оцінка комунікативного дефекту, при цьому немає переконливих даних для обґрунтування специфічного лікування (клас I, рівень A). Фармакологічна терапія може використовуватися для лікування постінсультної емоційної лабільності (клас I, рівень B), в комплексі з немедикаментозною терапією також рекомендується для поліпшення настрою (клас I, рівень A).

У деяких пацієнтів проблемою є виникнення больового синдрому центрального походження. Для лікування постінсультного невропатичного болю з певним рівнем доказовості (клас III, рівень B) показане застосування трициклічних антидепресантів. Постінсультна спастичність займає значне місце у структурі постінсультних розладів, рекомендації щодо використання препаратів, що вміщують ботулотоксин, такі: застосування можливе для лікування постінсультної спастичності, однак функціональна користь неочевидна (клас III, рівень B).

Продовжує вивчатися роль у системі реабілітаційних заходів методів активації, активізації хворих, підвищення загального рівня їх фізичної активності. Досить перспективними видаються результати застосування спеціальних лікувальних пристроїв, механотерапії, спеціальних систем, що тренують координаторні, вестибулярні аналізатори, транскраніальної та інших видів електростимуляції, магнітотерапії, рефлексотерапії. Використання більш нетрадиційних методів нейрональної ритмокорекції, ароматерапії, методів аеробного тренування, музичної терапії та інших дозволяє характеризувати їх як високобезпечні, при цьому доказової бази ефективності їх застосування поки не існує.

Таким чином, за результатами огляду основних напрямків реабілітації при ІІМ можливо зробити узагальнення щодо наявності активних наукових програм розробки нових та удосконалення відомих реабілітаційних заходів у пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу.

УДК: 616.831-005.4-06:577.11

Шкробот С. І., Мисула М. С.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет» ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

ВМІСТ СТАБІЛЬНОГО МЕТАБОЛІТУ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ПІВКУЛЬНОГО ІНСУЛЬТУ

Розлади мозкового кровообігу перебігають на фоні змін ендотелію. Найбільш вірогідною ланкою ендотеліальної дисфункції є система синтезу важливого ендотеліального чинника — оксиду азоту. Оксид азоту — газоподібний мессенджер, що грає роль універсального модулятора різноманітних функцій організму, включаючи регуляцію дихання, підтримку імунного статусу організму, серцево-судинного гомеостазу, активності макрофагів, експресії генів, пластичності нервової тканини, пам'яті, вивільнення нейротрансміттерів. Аналіз літературних джерел показує наявність різноспрямованих змін показників ендотеліальної дисфункції у пацієнтів з ішемічним інсультом.

Мета. Оцінити вміст стабільного метаболіту оксиду азоту у хворих, що перенесли ішемічний півкульний інсульт (ІПІ).

Обстежено 60 хворих після перенесеного ІПІ. Усім хворим проведено загальноклінічне, неврологічне (шкала Ренкіна, індекс Бартеля), нейровізуалізаційне (КТ головного мозку), лабораторне (спектрофотометричний метод Гріна для визначення вмісту нітрит-аніонів у сироватці крові) дослідження. Контрольну групу склали 20 здорових осіб репрезентативних за віком і статтю з основною групою.

Середній вік пацієнтів склав 55 ± 2,5 роки (від 39 до 75 років), причому, 6 (10 %) хворих було молодого віку (до 45 років), 36 (60 %) — середнього (45—59 років), та 18 (30 %) — похилого (понад 59 років). Серед обстежуваних було 40 (66,7 %) чоловіків та 20 (33,3 %) жінок. За тривалістю післяінсультного періоду хворі підрозділялися таким чином: до 6 міс. — 19 (31,7 %), від 6 до 12 міс. — 13 (21,7 %), від 1 до 3 років — 21 (35 %), більше 3 років — 7 (11,6 %) хворих. Вперше перенесли інсульт 88,3 %, повторно — 11,7 % хворих. Інсульти лівопівкульної локалізації спостерігалися у 35 (58,3 %) пацієнтів, правопівкульної — у 25 (41,7 %). У хворих, що перенесли ІПІ спостерігалося достовірне зниження вмісту нітрит-аніону у сироватці крові у порівнянні з групою контролю. При цьому було встановлено, що з віком функція ендотелію зазнає достовірне ($p < 0,01$) пригнічення у пацієнтів після перенесеного ІПІ. Проте, вміст стабільного метаболіту оксиду азоту у пацієнтів залежно від статі практично не відрізнявся (2,27 ± 0,28 проти 2,29 ± 0,37 відповідно). Під час аналізу вмісту нітрит-аніонів в залежності від термінів після перенесеного ІПІ було встановлено, що найнижчий рівень даних показників зафіксовано у групах хворих, які перенесли ІПІ до 6 місяців тому та в термін 6—12 місяців, проте без значної різниці між ними. Найвищий рівень нітрит-аніонів було виявлено у групах хворих, які мали ІПІ 1—3 роки тому і більше, але були нижчі у порівнянні з групою контролю. У хворих з наявними супутніми захворюваннями концентрація стабільних метаболітів NO в сироватці крові була вищою на 5 %: (2,36 ± 0,39), проти (2,23 ± 0,25).

Отже, у хворих, що перенесли ішемічний півкульний інсульт, встановлено достовірне ($p < 0,01$) пригнічення вмісту стабільного метаболіту оксиду азоту. Встановлено зменшення цього показника зі збільшенням віку пацієнтів, та у ранні терміни після перенесеного ІПІ.

УДК: 614.2 + 616.8 (477)

Шкробот В. В., Колеснікова Л. І., Шкробот С. І., Кородюк В. В., Насалик Р. Б.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського», КЗОЗ «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» (м. Тернопіль)

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ОРГАНІЗАЦІЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

В 2011 р. у Тернопільській області захворюваність на хвороби нервової системи (НС) дещо знизилась — з 2151,2 до 2138,9 на 100 тис. населення (Україна — 1516,9), поширеність зросла з 5455,0 до 5460,3 (Україна — 4594,7).

Перше місце серед неврологічних захворювань посідають цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ). Захворюваність на ЦВЗ збільшилася з 1074,3 до 1108,7 на 100 тис. населення,

(Україна — 979,1), поширеність зросла з 7284,1 до 7464,1, (Україна — 8482,6).

Показник захворюваності та поширеності інсультів збільшився з 221,7 до 223,3 (по Україні — 282,3 на 100 тис. населення). Абсолютна кількість вперше зареєстрованих інсультів становить 1942 (1843 в 2010 році), у тому числі з гіпертонією: захворюваність становить 78,0 (77,7 в 2010 році). Абсолютна кількість інсультів з гіпертонією вперше виявлених становить 678 (676 в 2010 році). По області спостерігається підвищення показника захворюваності на ТІА з 98,3 до 104,2 (по Україні — 97,9).

Розлади периферичної НС посідають друге місце за поширеністю серед хвороб НС. За останні 10 років захворюваність на хвороби периферичної НС підвищилася в 1,5 рази. Захворюваність на хвороби периферичної НС в області зменшилась з 926,7 до 895,4 на 100 тис. населення (Україна — 653,8), а поширеність відносно стабільна і становить 1680,0 (1684,3 в 2010 році, по Україні — 1313,6) на 100 тис. населення. По області в порівнянні з 2010 р. захворюваність з ураженням нервових корінців зменшилась з 700,5 до 649,6 (Україна — 552.9), показник поширеності становить 1135,8 (1216,0 в 2010 році, по Україні — 1054,7). В 2011 році рівень первинної інвалідності внаслідок захворювань НС майже не змінився і є на рівні середньостатистичного по Україні (кількість первинних інвалідів — 236 (237 в 2009 р.). Розсіяний склероз (РС) посідає друге місце з інвалідизації серед хвороб НС. У порівнянні з 2010 роком захворюваність на РС зросла з 4,3 до 5,1 на 100 тис. населення (Україна — 3,0), поширеність зменшилась з 96,0 до 94,5, по Україні — 51,6. Абсолютна кількість хворих з розсіяним РС становить 822 (836 в 2010 році). В рамках виконання Державної програми з превентивного лікування РС за звітний період пролікований 101 пацієнт.

Почастішали ураження НС герпетичного, грипозного, цитомегаловірусного та іншого ґенезу: енцефаліти, енцефаломієліти тощо. Захворюваність на запальні хвороби ЦНС збільшилася з 46,4 до 63,1 (Україна — 18,8), поширеність становить 214,8 (по Україні — 180,1).

Захворюваність на епілепсію за останні 3 роки збільшилась з 2,9 до 4,0, поширеність в 2011 році становить 40,9 (35,1 в 2010 році). Захворюваність на хворобу Паркінсона в 2011 році становила 4,3 на 100тис. населення, в 2010 році — 3,2.

Отже, основними позитивними моментами в роботі неврологічної служби області стали такі: 1). Зменшилась захворюваність на хвороби НС в порівнянні з 2010 р. 2). Налагоджено роботу обласного судинного діагностично-лікувального центру, до складу якого входить інсультне відділення, відділення інтенсивної терапії, судинне та реабілітаційне відділення. 3). Продовжується виконання Державних програм по лікуванню та профілактиці серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань та програми по превентивному лікуванню РС. 4). Впроваджене протокольне лікування та шкали неврологічного дефіциту хворих з захворюваннями НС. 5). Налагоджений телемедичний зв'язок з окремими районами з метою покращання надання допомоги хворим з ГПМК. 6). Налагоджена цілодобова робота клінічної лабораторії ТОККПНЛ та кабінету нейровізуалізаційної діагностики.

УДК 616.831.38-008.811.1-06:616.831-005

Шкробот С. І., Насалик Р. Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЇ ГІДРОЦЕФАЛІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) — повільно прогресуюче дифузне та вогнищеве ураження речовини головного мозку, обумовлене хронічним порушенням кровообігу або епізодами гострих порушень мозкового кровообігу. Нерідко ДЕ поєднується з розширенням шлуночкової системи (внутрішньою гідроцефалією (ВГЦ)). Хронічні судинні захворювання головного мозку, які проявляються клінічними синдромами порушень стато-локомоторної, когнітивних і мовних функцій, займають одне з провідних місць серед основних причин інвалідизації та соціальної дезадаптації хворих, зниження якості життя (ЯЖ).

Мета роботи: оцінити якість життя хворих на ДЕ з ВГЦ.

Обстежено 41 хворого на ДЕ (чоловіків — 23, жінок — 18), віком від 47 до 77 років. Середній вік хворих склав 62 ± 9,0 років. Фоновим захворюванням була гіпертонічна хвороба, яка в 66 % поєднувалася з церебральним атеросклерозом. Гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі було у 44 % хворих. ДЕ I ст. діагностовано у 29 %, II ст. — у 54 %, III ст. — у 17 % пацієнтів.

Хворі були поділені на 2 групи: основну групу склали хворі з ознаками ВГЦ (27 пацієнтів), групу порівняння склали пацієнти (14 чоловік) без ознак ВГЦ. Виражену ВГЦ виявили у 52 %, помірну — у 41 %, легку — у 7 %.

Усім хворим проводили загальноклінічне, неврологічне обстеження, інструментальне (КТ головного мозку з вимірюванням розмірів шлуночкової системи) та нейропсихологічне (МОСА — Montreal Cognitive Assessment, шкала депресії Бека). Оцінку ЯЖ проводили за допомогою опитувальника SF-36.

У хворих з ВГЦ у порівнянні з групою контролю були нижчими усі показники ЯЖ, за винятком рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, та інтенсивності болю, які є складовою фізичного компонента здоров'я. Найбільшою мірою вплив ВГЦ стосувався емоційного компонента рольового функціонування (є нижчим на 22 %) ($p < 0,05$) та психічного компонента здоров'я в цілому (на 3 %) ($p < 0,05$). Виявлено вплив стану фізичного здоров'я на психічне: встановлено помірний прямий кореляційний зв'язок останнього з загальним станом здоров'я ($r = 0,61$) у хворих з ВГЦ. У групі без ВГЦ на цей показник більшою мірою впливала вираженість болю ($r = 0,57$). Спостерігався взаємозв'язок між отриманим результатом за шкалою МОСА та рівнем фізичного функціонування у хворих основної групи ($r = 0,57$), з показником загального здоров'я у групі порівняння ($r = 0,54$). З підвищенням ступеня вираженості ВГЦ було зафіксовано зниження усіх показників якості життя, окрім інтенсивності болю. За переважною локалізацією гідроцефалії хворих поділили на групу з переважним розширенням передніх рогів (група 1) та групу з переважним розширенням тіл бокових шлуночків (група 2). У групі 2 загальні показники як фізичного, так і психічного компонента, показали гірші результати у порівнянні з групою 1 (на 14 % та 13 % відповідно) в основному за рахунок шкал фізичного (на 24 %) ($p < 0,05$) та компонента рольового функціонування (на 19 %), а також шкали психічного здоров'я (на 22 %) ($p < 0,05$).

У хворих без ВГЦ, в яких спостерігалася депресія, було зафіксовано зниження ЯЖ як за фізичним, так і за психічним компонентом, дана закономірність у групі з ВГЦ не простежувалася.

ВГЦ погіршує показники переважно психічного компонента якості життя у хворих на ДЕ. Наявність депресивних розладів не є основним чинником, що знижує ЯЖ у хворих на ДЕ з ВГЦ.

Розширення передніх рогів впливає на фізичний компонент здоров'я та більшою мірою погіршує ЯЖ, ніж розширення тіл бокових шлуночків.

УДК: 616.831-005.4-071:616.13

Шкробот С. І., Сохор Н. Р., Бударна О. Ю.

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ГЕМОДИНАМІЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Безпосередньою причиною інсульту завжди є гемодинамічний криз — гостре порушення системної чи реґіонарної гемодинаміки, що призводить до порушення функції або пошкодження мозку. Він розвивається в результаті декомпенсації в роботі серця, порушень ритму, раптових змін судинного тонусу та ін. Результати ретельного кардіоневрологічного обстеження у більшості випадків дають підстави припускати розвиток у хворого того чи іншого варіанту гемодинамічного кризу, тобто визначити можливу причину інсульту і прогнозувати його патогенетичний підтип.

Тому метою дослідження стало вивчення клінічних особливостей та типу гемодинаміки у гострому періоді гемодинамічного ішемічного інсульту (ГІІ).

Нами було обстежено 42 хворих у гострому періоді ГІІ віком від 45 р. до 72 р., з них 12 (28,6 %) жінок та 30 (71,4 %) чоловіків. Середній вік хворих склав 59,3 ± 5,6 р. Верифікацію інфаркту мозку проводили за допомогою спіральної комп'ютерної томографії (Astelon 4, Toshiba). Важкість стану хворих оцінювали відповідно до шкали NIHSS. Тип гемодинаміки вираховували за серцевим індексом (CI) за допомогою Ехо-кардіографії (апарат Bio Medica).

Результати дослідження показали, що частіше ГІІ спостерігається у каротидному басейні: 28 (66,7 %) хворих на ГІІ, з них в басейні середньої мозкової — у 24 (57,1 %), передньої мозкової артерії — 4 (9,5 %) пацієнтів. Хворих з правопівкульними ГІІ було 16 (38,1 %), лівопівкульними — 12 (28,6 %). У 14 (33,3 %) пацієнтів діагностовано ГІІ у вертебробазилярному басейні (ВББ). Серед супутніх захворювань у 18 (42,9 %) виявлено гіпертонічну хворобу (ГХ), у 6 (14,3 %) — атеросклероз (АЗ), у 18 (42,9 %) — поєднання ГХ з атеросклерозом, у 4 (9,5 %) — ішемічна хвороба серця, 2 (4,8 %) пацієнтів перенесли Ішемічний інсульт. Гострий початок захворювання спостерігався у 40 (95,2 %) хворих, поступовий — у 2 (4,8 %). У всіх хворих в дебюті спостерігався підвищений артеріальний тиск (АТ) (в середньому 190—200/90—100 мм рт. ст.). У 38 (90,5 %) хворих передвісники були відсутні, у 4 (9,5 %) попередньо спостерігалися головні болі, коливання АТ. У 37 (88,1 %) хворих переважала вогнищева симптоматика, у 5 (11,9 %) — поряд з вогнищевими симптомами були загальномозкові. З ГІІ в каротидному басейні у18 (42,8 %) хворих в дебюті спостерігалися рухові, у 8 (19,0 %) — чутливі, у 11 (26,2 %) — афатичні розлади. ГІІ у ВББ дебютував переважно вестибулярним синдромом та окоруховими порушеннями (двоїння). У 29 (69,0 %) випадках ГІІ виник вдень, у 6 (14,3 %) — вранці та у 7 (16,7 %) — вночі. За шкалою NIHSS переважали легкі та середньої тяжкості інсульти — 36 (85,7 %) пацієнтів. Тяжкі ГІІ спостерігалися лише у 6 (14,3 %) хворих. На КТ у 39 (92,9 %) хворих виявлено одне ішемічне вогнище, у 3 (7,1 %) — два. Інфаркти переважно локалізувалися у тім'яній — 7 (16,7 %), тім'яно-потиличній — 7 (16,7 %) та скроневій — 5 (11,9 %) ділянках. Невеликі та середні за розміром ішемічні вогнища діагностовано у 36 (85,7 %), великі — у 6 (14,3 %) хворих. Набряк спостерігався у 3 (7,1 %) випадках. У 15 (35,7 %) хворих виявлено ознаки дисциркуляторної енцефалопатії. На ЕКГ у 17 (40,5 %) хворих спостерігалася гіпертрофія лівого шлуночка, у 6 (14,3 %) — різні порушення провідності, у 10 (23,8 %) — порушення ритму. Клінічно значимі стенози та оклюзії на УЗДГ не виявлені, проте у всіх хворих були ознаки вазоспазму. Патологічна звивистість артерій мала місце у 10 (23,8 %) випадках. У 35 (83,3 %) хворих був гіпокінетичний тип гемодинаміки, у 7 (16,7) — еукінетичний. У 23 (54,8 %) пацієнтів зниження СІ було зумовлене високим периферичним опором (ПО), у 7 (16,7 %) — зниженням ударного опору (УО) та у 5 (11,9 %) — поєднанням високого ПО та зниженого УО.

Таким чином, до клініко-гемодинамічних особливостей ГІІ належать: гострий початок без передвісників, дебют переважно вдень, вік хворих 50—60 р., підвищений АТ в межах САТ 180—200 мм рт. ст., наявність в анамнезі ГХ та поєднання ГХ та атеросклерозу, високий відсоток хворих з легкими і середньої тяжкості інсультами та невеликими і середніми за розмірами ішемічними вогнищами з переважною локалізацією в тім'яній та тім'яно-потиличній ділянках, переважання гіпокінетичного типу гемодинаміки, у більшості випадків за рахунок підвищення ПО.

УДК 616.839.718:616.71-018.46-002

Юрик О.Є., Юрик Н.Є., Кудін В. Г.
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» (м. Київ)

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ОСТЕОМІЄЛІТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Хронічний остеомієліт нижніх кінцівок (ХОНК) залишається однією з найактуальніших проблем в травматології та ортопедії. На протязі останніх десятиріч в Україні визначається збільшення питомої ваги травматизму в структурі загальної захворюваності, а також ускладнень при переломах кісток ті їх лікуванні. У загальній структурі інвалідності від травм опорно-рухової системи інвалідність внаслідок остеомієліту сягає близько 13 %. Слід зазначити, що великою проблемою залишається питання ураження нервової системи та внутрішніх органів при цій патології.

Метою наших досліджень було вивчення клініко-функціональних показників вегетативної нервової системи у декретованої групи хворих за допомогою приладу «Вегетоспектр».

Обстежено 224 пацієнти з хронічним травматичним остеомієлітом нижніх кінцівок у віці до 50 років (153 чоловіки та 71 жінка). Тривалість процесу була від 1 до 15 років. У 38 % осіб було уражено стегно, у 32 % — великогомілкова кістка, у 25 % — малогомілкова кістка, у 5 % спостерігалася інша локалізація процесу. Патологія внутрішніх органів та нервової системи, пов'язаних з наявністю хронічного гнійного вогнища в організмі, спостерігалася у 73 % випадків: дистрофія міокарду була у 36,2 % пацієнтів, хронічний гепатит не вірусної етіології — у 2,8 %, гастрит або виразка шлунку була у 2,4 % осіб, цукровий діабет другого типу розвинувся у 1,2 % хворих, пієлонефрит — у 0,4 %; ознаки вегетативно-судинної дистонії спостерігалися у 16 % випадків, початкові прояви дисциркуляторної енцефалопатії були у 14 % випадків.

Як показали проведені дослідження, у всіх осіб з наявною вторинною патологією нервової системи та внутрішніх органів спостерігалися розлади в діяльності вегетативної нервової системи. Зокрема, ступінь вираженості відхилень кардіоваскулярних тестів була в межах 5,0 ± 1,2 бали. У 58 % обстежених були патологічні значення кардіоваскулярних тестів, у 17 % — пограничні і у 25 % відхилень від норми не спостерігалося.

Ритмограма 1-го класу спостерігалась у 14 % і характеризувалася добре вираженими хвилями короткого, довгого і дуже довгого періоду. При цьому модулююча симпатопарасимпатична дія превалювала над гуморально-метаболічними і церебральними ерготропними впливами. Найбільший внесок в регуляцію серцевого ритму вносила парасимпатична нервова система (ваготонія спокою). Даний варіант регуляції ритму серця був проявом хорошого фізичного стану (переважно у пацієнтів в післяопераційному періоді та в стадії стійкої ремісії).

Ритмограма 2-го класу спостерігалась у 74 % пацієнтів. Даний варіант ритмограми і структура варіабельності серцевого ритму відображали переважання хвиль повільного періоду (LF-компонент) і зумовлювали збільшення симпатичного впливу на модуляцію серцевого ритму.

Ритмограма 3-го класу спостерігалась у 12 % пацієнтів. Даний варіант ритмограми і структура варіабельності серцевого ритму вказувала на патологічну стабілізацію модуляції ритму серця з переходом його регуляції з рефлекторного, вегетативного рівня керування на більш низький — гуморально-метаболічний, який не здатен швидко забезпечувати гомеостаз. Ця ритмограма спостерігалася у пацієнтів з важкими проявами ХОНК, що поєднувався із супутніми ускладненнями внутрішніх органів.

Загальна потужність спектра нейрогуморальної модуляції була високою у 10 % обстежених; помірною — у 15 %, помірно зниженою — у 42 %, низькою — у 25 % хворих із значно зниженою — у 8 осіб. Висока реактивність парасимпатичного відділу ВНС була у 62 % обстежених, помірно знижена реактивність — у 24 %, підвищена активація симпатичного відділу ВНС спостерігалася у 24 % осіб, знижена активація симпатичного відділу ВНС — у 3 % осіб. Рівень адаптаційних резервів організму був хорошим у 2 % пацієнтів (8 балів), задовільним — у 88 % (5 балів) та значно зниженим — у 10 осіб (1—2 бали). Рівень функціонування фізіологічної системи був високим — у 4 % обстежених (5—6 балів), нормальний — у 12 % осіб (2—4 бали), помірно знижений — у 45 % хворих (2 бали), значно знижений — у 39 % випадків (1 бал).

Таким чином, при хронічному остеомієліті нижніх кінцівок у осіб працездатного віку досить часто виникають вторинні трофічні розлади внутрішніх органів та судинна патологія нервової системи. Вагомий вклад у розвиток цієї патології вносить розбалансованість діяльності вегетативної нервової системи.

УДК 616.831-005.1-091.5

Яворская В. А., Бондарь О. Б., Бондарь Б. Е.
Харьковская академия последипломного образования, Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Кровоизлияние в мозг является наиболее тяжелым и инвалидизирующим состоянием среди инсультов. Частота их варьирует от 10 до 20 случаев на 100 тыс. населения, они чаще встречаются у мужчин, но смертельные исходы выше у женщин. Общая летальность от геморрагического инсульта — 60—75 %.

Цель: Выявление особенностей изменений в головном мозге при патоморфологическом исследовании умерших от геморрагического инсульта.

Проведен клинический и патоморфологический анализ 30 умерших пациентов с геморрагическим инсультом.

46,7 % (14 больных) умерло в первые 10 суток после церебральной геморрагии, при этом 23,3 % (7 человек) умерло в первые 2-е суток. 53,3 % (16 больных) умерло за период 10—30 сутки. Отметим, что летальность при геморрагических инсультах составила 30 % для лиц, которым не проводилась искусственная вентиляция легких, и 70 % для лиц, которые находились на ИВЛ. Морфологически в 66,7 % случаев (20 человек) определялись полости, заполненные жидкой кровью и сгустками, хорошо отграниченные от окружающей ткани, и в 33,3 % случаев (10 человек) выявлены геморрагии с неровными контурами, отчетливо не ограниченные. В 86,6 % случаев (26 человек) наблюдался прорыв крови в желудочковую систему или в субарахноидальное пространство.

Патоморфологически было выявлено, что наиболее часто у больных с геморрагическим инсультом выявляются гематомы по сравнению с диапедезным пропитыванием. Основным осложнением геморрагического инсульта является прорыв крови в желудочковую систему.

УДК 616.831-005.1-085

Яворская В. А., Бондарь О. Б., Першина Ю. В., Бондарь Б. Е.
Харьковская академия последипломного образования, Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков)

ПРОВЕДЕНИЕ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Ишемические инсульты во всем мире остаются ведущей причиной смертности и стойких нарушений состояния здоровья. Несмотря на наличие эффективных терапевтических вмешательств, в большинстве случаев лечебные возможности ограничены и исход заболевания неблагоприятный. Нейропротекция считается одной из наиболее перспективных стратегий, которые могли бы играть самостоятельную роль при остром инсульте. Под нейропротекцией понимают вмешательства, которые блокируют, прекращают или замедляют биохимические или молекулярные процессы, ведущие к необратимому повреждению ткани мозга.

Обследовано 40 пациентов с первым в жизни острым ишемическим инсультом в каротидном и вертебробазилярном бассейнах. Выделено 2 группы: 1 (основная) группа (20 человек), которая получала Сомаксон в дозе 2000 мг в/в капельно на 200 мл 0,9 % физиологического раствора в течение 10 дней на фоне базисной терапии; 2 (контрольная) группа (20 человек), получавшая только базисную терапию (магния сульфат, лизина эсцинат, реосорбилакт, препараты α-липоевой кислоты, нейромидин и др.). Диагноз ИИ всем больным был подтверждён с помощью МРТ, проводилось клиническое, лабораторное и инструментальной обследование. Клиническая оценка эффективности Сомаксона проводилась по Шкале Инсульта Национального Института Здоровья (NIHSS) и по шкале Рэнкина (Rankin Scale) при поступлении (визит 1), на 10-е сутки (визит 2) инсульта.

Тяжесть состояния по шкале NIHSS при поступлении в 1 группе составляла 15,35 ± 0,65 баллов, а во 2 группе — 13,85 ± 1,07 баллов, по модифицированной шкале Рэнкина в основной группе — 4,22 ± 0,40 баллов, в контрольной — 3,97 ± 0,64 баллов. Данные шкалы NIHSS, с помощью которой оценивали динамику степени тяжести инсульта, выраженность очагового неврологического дефицита, общемозговых симптомов, а также динамику клинических показателей, продемонстрировали регресс неврологического дефицита и улучшение состояние больных на 10-е сутки, более выраженные в основной группе (8,57 ± 2,05 баллов) по сравнению с контрольной (9,68 ± 1,87 баллов). Подобные различия отмечены и по данным mRs: в 1 группе, получавшей Сомаксон, установлено уменьшение балла к 10-м суткам инсульта до 2,62 ± 0,38 баллов, по сравнению со 2 группой — 3,34 ± 0,62 баллов.

Данное исследование продемонстрировало безопасность, переносимость и эффективность Сомаксона у больных в остром периоде ишемического инсульта. На фоне терапии препаратом отмечался более быстрый частичный или полный регресс общемозговых симптомов, очагового неврологического дефицита.

УДК 616.831-001.31-06:001.8

Яворская В. А., Черненко И. И., Федченко Ю. Г., Бондарь О. Б., Бондарь Б. Е.
Харьковская академия последипломного образования, Харьковский областной госпиталь для инвалидов войны, Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков)

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ШЕИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, ЛАБОРАТОРНЫМИ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТЯЖЕЛОЙ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у 80 % больных выявляется патология сосудистой системы головного мозга. Выделяют: симптоматическую артериальную гипертензию (чаще через 5—20 лет после травмы); ранний атеросклероз сосудов головного мозга (в возрасте 30—40 лет); болевой синдром в области сердца, нарушение ритма сердечной деятельности. Одной из причин цереброваскулярных нарушений у перенесших ЧМТ является функциональная недостаточность и истощаемость механизмов регуляции сосудистого тонуса.

Обследовано 30 человек, перенесших тяжелую боевую черепно-мозговую травму с различной выраженностью клинических проявлений на фоне атеросклеротического поражения сонных артерий. Возраст больных — от 40 до 50 лет. Всем пациентам проведена ультразвуковая допплерография, МРТ головного мозга, липидограмма, показатели гемостаза.

Наличие атеросклеротических бляшек в сосудах сонных артерий имели прямые связи с общим уровнем холестерина (r = +0,56), липопротеидами низкой (r = +0,59) и очень низкой плотности (r = +0,32), ходом сосудов (наличием извитости) каротидного (r = +0,71) и вертебробазилярного бассейна (r = +0,63), наличием сосудов «малого калибра» (r = +0,60), турбулентностью потоков (r = +0,32); обратные связи с липопротеидами высокой плотности (r = –0,61), гипоплазией позвоночных артерий (r = –0,43).

Таким образом, наличие атеросклеротических бляшек в каротидном бассейне было сопоставимо с более высоким уровнем общего холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, наличием извитостей сонных и позвоночных артерий, выявлением сосудов «малого диаметра» каротидных и позвоночных артерий и наличием турбулентности потоков. В свою очередь наличие высокого уровня липопротеидов высокой плотности и гипоплазии сосудов сочеталось с отсутствием стеноза сосудов мелкими атеросклеротическими бляшками.

Также наличие атеросклеротических стенозов имело обратные связи с приступами потери сознания (r = –0,30), наличием парезов (r = –0,30), выявлением косоглазия (r = –0,30), нарушениями координации движения (r = –0,34), атаксией (r = –0,30), жалобами на головную боль (r = –0,31), головокружением (r = –0,30), уровнем диастолического артериального давления (r = –0,31), уровнем гемоглобина (r = –0,30), лейкоцитов (r = –0,30); прямые связи с возрастом (r = +0,46), стажем курения (r = +0,48), размерами очага поражения после травмы (r = +0,38), наличием гидроцефалии по данным МРТ (r = +0,53), кист и множественных сосудистых очагов поражения (r = +0,30), уровнем фибриногена (r = +0,59).

На основании данных корреляционных связей было выявлено, что больший процент стеноза каротидных сосудов сочетался с наличием у пациентов приступов с потерей сознания, гемипарезов различной степени выраженности, невозможностью выполнять координаторные пробы, отсутствием жалоб на головную боль, головокружение, более низкими цифрами диастолического артериального давления, большим стажем курения, выявлением при проведении МРТ посттравматических очагов больших размеров, различных кист и множественных сосудистых очагов, гидроцефалии. При проведении лабораторных методов исследования более низкий процент стеноза сопутствовал высокому уровню лейкоцитов, гемоглобина и низким цифрам фибриногена.

Выявлены взаимосвязи между размером атеросклеротических бляшек и выраженностью неврологического дефицита, данными МРТ и лабораторных методов исследования.

УДК: 616.83-053.2-08

Яковлєва Л. П., Омельянчик С. Й., Мартинюк В. Ю.
Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)

ДОСВІД БОБАТ-ТЕРАПІЇ В УКРАЇНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ МОЗ УКРАЇНИ

Бобат-концепція — нейророзвиваюча терапія. Концепція була створена у 30-ті роки практикуючим фізіотерапевтом Бертою Бобат (1907—1991) та психіатром доктором Карлом Бобатом (1906—1991). У 50-ті роки фізіотерапевтична методика на нейрофізіологічній основі збагатилась ерготерапією, логопедією (Хелен Мюллер, логопед, Швейцарія). В результаті була створена інтердисциплінарна концепція, яка має диференціально-діагностичне значення та окреслює кроки до забезпечення розвитку дитини.

Бобат-терапію вдалося гармонійно ввести в існуючу реабілітаційну структуру Центру реабілітації з 2001 року. Починаючи з 2002 по 2011 рр. було проведено роботу за Бобат-концепцією з дітьми загальною кількістю 7050 осіб.

Серед дітей, охоплених цією роботою — 31,19 % дітей з синдромами відновного періоду немовлят: рухові порушення (парези, пірамідна недостатність, м'язова гіпо- та атонія, дистонії та інші, бульбарні, псевдобульбарні синдроми, затримка статокінетичного психічного та мовленнєвого розвитку); 50,7 % — діти з дитячим церебральним паралічем; 8,1 % — діти з наслідками перенесеного менінгіту, енцефаліту; 6,6 % дітей з аномаліями розвитку нервової системи; 2 % зі спадково-дегенеративними захворюваннями нервової системи; 0,7 % — з наслідками перенесених гострих порушень мозкового кровотоку.

Терапія розпочиналась у дітей з синдромом відновного періоду — немовлят у перший місяць життя з моменту стабілізації соматичного стану дитини. При цьому батьки включаються у терапію з самого початку лікування, їх мета та побажання ставляться на перше місце, вони також надають інформацію про дитину в різних ситуаціях, що доповнює спостереження Бобат-терапевта. У ході терапії батьки навчаються коригувати проблеми, які виникають у дитини, стимулювати розвиток та вміння своєї дитини протягом всього дня. Робота проводиться в побутових умовах, що покращує сприйняття ідей терапевта, створює умови для максимального використання та тривалого впливу на дитину.

Ефективність терапії оцінювалась при досягненні мети, яку ставили перед курсом реабілітації батьки з лікуючими лікарями. У процесі роботи підвищувалась компетенція батьків, що покращувало взаємодію з дитиною, створювало умови для розвитку можливостей дитини.

Покращання психічного та стато-кінетичного розвитку дітей, що отримували Бобат-терапію, спостерігалося у 79 % пацієнтів. Зменшувались вторинні порушення (контрактури, деформації), збільшувалась м'язова сила, збільшувався об'єм рухів суглобів.

В групі з синдромом відновного періоду немовлят внаслідок перенесеної патології в пре — перинатальний період у 45 % пацієнтів вдалось запобігти формуванню стійких рухових порушень.

Ефективність лікування залежить від терміну розпочатої терапії. Рано розпочата терапія дає більшу ефективність у відновленні соматичного стану дитини та моторних функцій.

Для 56,7 % дітей було проведено підбір допоміжних засобів, що дало можливість закріпити нові навички, набуті на реабілітації та формувати нові у побутових умовах (реабілітаційні стільці, стійки, ходунки та інше).

Бобат-терапія успішно поєднується у Центрі з іншими медичними та соціально-педагогічними методами реабілітації.

ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008:617.7-001.4

Ц. Б. Абдряхімова

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

АНАЛІЗ АКТУАЛЬНОСТІ ПРОБЛЕМИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ҐЕНЕЗУ ЗА ДАНИМИ СВІТОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Мета: визначення актуальності вирішення проблеми непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу.

Методи: аналіз наукової медичної інформації.

Втрата зору у дорослої людини призводить до певної перебудови психіки та поведінки. У разі травматичного ґенезу втрати зору цей процес супроводжується різко негативними психологічними проявами, наявністю внутрішнього дискомфорту і страху (М. Е. Литвак 1993, 2006; А. Я. Неумывакин, Е. И. Гилилов, 2001). У психологічному стані будь-якої людини, яка страждає на захворювання очей, незалежно від ступеня загрози, завжди присутній страх повної втрати зору (В. А. Момот, 2006; K. J. Hayman et al., 2007; О. М. Шорихина, 2010).

Часткова втрата зору у дорослої людини призводить до певної перебудови психіки та поведінки. На початкових етапах цей процес супроводжується різкими негативними психологічними проявами, наявністю внутрішнього дискомфорту. Факт часткової втрати зору породжує складну систему переживань, що ведуть до порушення звичного життєвого стереотипу, утруднення адаптації. У деяких хворих відразу ж виникають стани пригніченості, тривоги, страху (В. А. Момот, 2006; А. А. Яковлєва, 2009). Ці психологічні зрушення носять досить затяжний характер: від декількох тижнів до двох-трьох років. При відсутності своєчасної та якісної психіатричної та психотерапевтичної допомоги відбувається трансформація окремих ознак психологічного неблагополуччя (особистісних реакцій на втрату зору) у стійкі психічні стани, які в подальшому призводять не тільки до істотного погіршення психічного благополуччя хворого, але і накладають відбиток на всю систему його життєдіяльності. Крім того, втрата зору, спричиняючи повну відмову від колишнього життєвого стереотипу або значно змінюючи його, призводить до реконструкції особистості та способу життя індивіда.

Однак, незважаючи на безперечну актуальність проблеми, психічні порушення у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу вивчені недостатньо. У англомовній науковій літературі зустрічаються відомості про психічні розлади у пацієнтів зі значним зниженням зору, які переважно представлені депресивними проявами різного ступеня вираженості (D. Hamlin, 2002; B. L. Brody et al., 2006; C. M. Clemson et al., 2011; R. Murphy, 2012). Крім того, зараз серед зарубіжних науковців триває дискусія з приводу клінічної трактовки та механізмів виникнення синдрому Charles Bonnet, який діагностується, за даними австралійського дослідження, у 17,5 % пацієнтів, що втратили зір у дорослому віці (M. Vukicevic, K. Fitzmaurice, 2008), а за результатами інших авторів — від 10 до 40 % серед загальної кількості осіб з втратою зору (C. Tan, B. Sabel, 2006; M. Jackson, J. Ferencz, 2009; N. Kazui et al., 2009; E. Kester, 2009).

Між тим, у вітчизняному науковому просторі відсутні дослідження, спрямовані на вивчення предикторів, механізмів розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб, що частково втратили зір внаслідок травми та визначення шляхів їх нівелювання та превенції. Як наслідок, не розроблена дієва система діагностики та лікування даних розладів, кінцевою метою якої було б покращання якості життя та адаптація пацієнтів до наявного рівню функціонування.

Вирішення проблеми непсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу є актуальним для сучасної психіатрії, тому нами розпочата робота з всебічного системного вивчення причин та механізмів їх розвитку, на основі чого буде розроблено систему їх діагностики, лікування та психопрофілактики.

УДК 378.147:[57:17+57:614.8]

Абрамов В. А., Денисов Е. М., Ряполова Т. Л., Пырков С. Г., Выговская Е. М.

ГУ «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ МОДУЛЯ «ОСНОВЫ БИОЭТИКИ И БИОБЕЗОПАСНОСТИ» НА КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ

Развитие медицинской науки требует установление научно обоснованного баланса между новейшими медико-биологическими технологиями и принципами гуманизма, правами человека и социального прогресса. Системным анализом действий человека в биологии и медицине в контексте моральных ценностей и принципов занимается биоэтика — наука о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинских работников и исследователей, что способствует безопасности использования новейших медицинских технологий и предупреждает врачей и учёных о недопустимости нанесения вреда человеку, его потомству, человечеству.

Биоэтика как дисциплина должна занять достойное место в учебном процессе высших учебных медицинских заведений, что нашло отражение в Приказе МЗ Украины № 352 от 25.07.2003 г. «Про затвердження та введення навчального плану фахівців за спеціальністю «Стоматологія»». С 2012 г. преподавание дисциплины «Основы биоэтики и биобезопасности» введено в кредитно-модульную систему обучения студентов медицинских факультетов.

Учебным планом предусмотрено изучение на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии студентами медицинских и стоматологических факультетов учебного модуля «Основы биоэтики и биобезопасности» в объеме 1,5 кредита (45 часов). Модуль включает проведение 3-х лекций и 4-х практических занятий: 1) теоретические основы и методы биоэтики, нооэтика; 2) биоэтические основы медицинских технологий и различных направлений медицины; 3) биоэтические основы профессиональной деятельности врача и взаимоотношений участников лечебно-диагностического процесса, этика и деонтология; 4) социальные аспекты биоэтики, социально-этические проблемы распределения ресурсов в системе здравоохранения.

С целью методического обеспечения преподавания модуля «Основы биоэтики и биобезопасности» коллективом кафедры были разработаны рабочие программы для медицинского и стоматологического факультетов, включая перечни практических навыков и контрольных вопросов, методические указания для студентов и методические рекомендации для преподавателей на украинском, русском и английском языках. Разработаны тестовые задания исходного и конечного уровней знаний для практических занятий, комплекс тестов для модульного контроля. Планируется издание учебного пособия по данной дисциплине, а также размещение на сайте кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии методических указаний для студентов медицинского и стоматологического факультетов на русском, украинском и английском языках. В перспективе — организация проведение практических занятий в компьютерном классе, подготовка электронного учебного пособия по дисциплине.

Таким образом, дисциплина «Основы биоэтики и биобезопасности» стала обязательной для высших медицинских учебных заведений Украины, что свидетельствует о повышении качества подготовки специалистов и выдвигает новые требования к ментальности профессорско-преподавательского состава.

УДК 155.9-378

Абрамов В. А., Пырков С. Г., Выговская Е. М., Денисов Е. М.

ГУ «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ МОТИВОВ УСПЕШНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА У СТУДЕНТОВ

Актуальность изучения данной темы обусловлена тем, что студенты медицинских вузов имеют довольно слабые представления о своей будущей профессии, имеет место такое явление как несовпадение их ожиданий с реальным содержанием учебного процесса, что требует, с одной стороны, более активной профориентационной работы с будущими студентами, а с другой — максимального стимулирования внутренней их

мотивации, поскольку последняя представлена оптимальной степенью соответствия ведущего мотива предпочтения профессии объективному её содержанию.

Целью настоящего исследования явилось изучение мотивационной сферы студентов 4 курса медицинского факультета с позиции формирования основополагающих мотивов для успешного профессионального развития.

В соответствии с целью исследования было проведено обследование 25 студентов 4 курса 2-го медицинского факультета Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького по «Шкале оценки потребности в достижении» и «Шкале внешних и внутренних мотивов».

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что успеваемость студентов находится в тесной зависимости от уровня их мотивации достижения. Это подтверждает тот факт, что студента в системе «обучающий — обучаемый» следует рассматривать не только как объект управления этой системы, но и как субъект деятельности, к анализу обучения которого в вузе нельзя подходить односторонне, обращая внимание лишь на «технологию» учебного процесса и не принимая в расчет мотивацию, которая определяет творческое, инициативное отношение человека к делу и влияет как на характер, так и на качество выполнения труда.

Выявленные особенности внутренней и внешней мотивации у студентов с разным уровнем мотивации достижения позволяют предположить, что внутренне мотивированные, по сравнению с внешне мотивированными, более продуктивны в приобретении новых знаний и нацелены на получение высокого уровня образования. Вероятно, это объясняется тем, что инициирующие и регулирующие их поведение факторы проистекает изнутри личностного «Я» и полностью находятся внутри самого поведения. Внутренне мотивированные деятельности не имеют поощрений, кроме самой активности. Люди вовлекаются в деятельность ради неё самой, а не ради каких-либо внешних наград. Такая деятельность является самоцелью, а не средством для достижения некой другой цели. Таким образом, мы имеем все основания рассматривать внутреннюю мотивацию в качестве эталонной модели успешного профессионального развития. Учитывая изложенное выше, в процессе обучения студентов необходимо развивать и максимально стимулировать их внутреннюю мотивацию.

В случае преобладания внешней мотивации, когда выбираемая деятельность не соответствует индивидуальным особенностям личности, ее мотивам и ценностям, человек не воспринимает профессиональную деятельность как личную необходимость, вследствие чего регуляция профессиональной активности будет осуществляться посредством либо внешних по отношению к профессиональной сфере стимулов, либо чрезмерных энергозатрат для поддержания соответствующего профессионального статуса. Следовательно, одним из важнейших способов освобождения личности от негативного воздействия профессионально-психологического несоответствия в будущем является формирование адекватной, по отношению к возможностям человека, жизненной перспективы, которую невозможно осуществить без реальной оценки собственных возможностей, ценностей, потребностей и адекватного выбора профессии.

УДК 378.147:[61-08-035+614.254]

Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Голоденко О. Н., Кокотова Е. А.
ГУ «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Доказательную медицину следует рассматривать не только в контексте медицинской практики, но и как методологическую основу формирования мировоззрения современного врача, направленного на использование всего мирового опыта для решения стоящих перед ним клинических задач. При таком ее понимании существенно возрастает роль медицинского университета в определении стратегии подготовки специалистов, понимающих и применяющих в своей деятельности доказательные подходы. Именно с обучения студентов надо начинать внедрение принципов доказательности в систему здравоохранения, научную и клиническую деятельность. Это требует от преподавателей медицинских вузов перестройки системы работы со студентами в сторону внедрения в процесс обучения принципов доказательной медицины, ориентированных на рациональную интеграцию индивидуального клинического опыта с результатами контролируемых клинических испытаний.

В основу обучения должны быть положены принципы системного подхода и непрерывности образования в течение всей профессиональной жизни врача. Такое образование должно ориентироваться на обучение методологии работы, рассматриваемой как общий способ решения типичных для медицины задач, мало зависящий от конкретной области знаний. Оно является проблемно-ориентированным, знания не декларируются преподавателями, а передаются обучаемым в ходе совместного решения проблем. Знания в доказательной медицине — это навыки принятия обоснованных решений в конкретных ситуациях. Доказательная медицина является комплексом мероприятий, интегративно, поэтапно готовящих врача к самостоятельному принятию решений, ориентирующих его на постоянный поиск новой информации по решению медицинских проблем. Соответствующие знания и навыки накапливаются в процессе изучения общеобразовательных предметов, специальных дисциплин, при последипломной подготовке и переподготовке медицинских специалистов. Клинические научные исследования и медицинское образование в аспекте доказательности принимаемых решений должны интегрироваться в единую систему.

В основу организации преподавания может быть положена пятиступенчатая модель доказательной медицины D. Sackett, которая включает в себя: четкую формулировку клинического вопроса; поиск ответа на него в литературе; критическую оценку найденных сведений; определение возможности их использования при лечении конкретного больного и применение найденных данных на практике с оценкой результатов проделанной работы. Систематизированная подготовка специалистов, владеющих методами доказательной медицины, требует: анализа и модификации существующих учебных программ с точки зрения их соответствия принципам доказательной медицины; создания учебно-методических материалов, основанных на последних достижениях медицинской науки, современных клинических руководствах и стандартах, созданных с использованием результатов рандомизированных клинических исследований; внедрения в учебный процесс новейших информационных технологий, обучающих студентов критической оценке данных оригинальных исследований, опубликованных в научных журналах, обобщенных в систематических обзорах; отработки практических навыков у постели больного или на примере конкретных клинических ситуаций с целью формирования умения использования результатов крупномасштабных исследований и рекомендаций для оказания оптимальной помощи конкретному пациенту.

Целенаправленная работа по внедрению доказательной медицины в процесс обучения с учетом этих требований вполне своевременна и реальна. Ориентация учебного процесса на принципы доказательности в медицине позволит обучить будущих врачей поиску достоверной и качественной информации, дифференцировать ее по степени ценности и эффективно использовать в последующей клинической практике и исследовательской работе.

УДК 378.147:616.89+614.254.3

Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Голоденко О. Н., Путятин Г. Г., Кокотова Е. А.
ГУ «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

РЕАЛИЗАЦИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В ПРОЦЕССЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ

Возрастание роли дисциплины «Психиатрия. Наркология» в подготовке современного врача определяется рядом обстоятельств. Проводимая реформа здравоохранения и медицинского образования нацелена на повышение качества оказания первичной медицинской помощи. Эту задачу предстоит решать, используя систему подготовки врача общей медицинской практики. Такая специализация, предполагая формирование у врача целостного представления о сущности здоровья и патологии человека в различные периоды его жизни, требует разработки новых теоретико-методологических ориентиров в рамках целостного (биопсихосоциального) подхода к больному и замены традиционной нозоцентрической модели. Организация преподавания психиатрии студентам медицинских факультетов направлена на решение данной задачи посредством кредитно-модульной системы в соответствии с требованиям Болонского процесса.

Преподавание в соответствии с учебной программой по дисциплине «Психиатрия. Наркология» потребовало пересмотра структуры рабочей программы для студентов медицинских

и стоматологического факультетов и тематических планов для формирования у обучающихся интегративного понимания сущности психических расстройств. Тематический план практических занятий и лекционного курса предусматривает, помимо общей психопатологии, изучение следующих тем: «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», «Психические расстройства пожилого и старческого возраста», «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ», «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых», «Аффективные расстройства», «Психические и поведенческие расстройства детского и подросткового возраста». Процесс преподавания строится на формировании у будущих врачей клинического мышления при решении конкретных клинических задач (разбор на всех практических занятиях и лекциях тематических пациентов, решение под руководством преподавателя соответствующих теме заданий-моделей) с учетом влияния биологических, психологических и социальных факторов на возникновение, развитие и исход психических расстройств, а также интегративного похода к оказанию помощи больным с психическими расстройствами (изучение принципов биологического (медикаментозного) лечения, методов психологической помощи и поддержки и психосоциальной реабилитации). Актуальность биопсихосоциального подхода в преподавании психиатрии и наркологии учитывается и при составлении тестовых заданий для текущего и итогового модульного контроля (15 % тестовых заданий охватывают проблемы этиопатогенеза расстройств, 15 % — проблемы биологического, психотерапевтического и психосоциального лечения, 60 % — вопросы клинических проявлений и течения психических расстройств). Организации интегративного восприятия психических расстройств способствуют методические материалы, использующиеся в педагогическом процессе: методические указания для студентов, методические рекомендации для преподавателей, учебные пособия «Общая психопатология», «Частная психиатрия», разработанные сотрудниками кафедры. Развитие доказательной медицины требует пересмотра содержания обучения и разработки методических материалов для обучающихся, ориентированных на современные достижения в области диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных с психическими расстройствами.

УДК 616.89+615.86]:17

Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Денісов Є. М., Путятін Г. Г.
ДУ «Донецький національний медичний університет ім. М. Горького»

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ НЕДОБРОВІЛЬНИХ ЗАХОДІВ ПСИХІАТРИЧНОГО ВТРУЧАННЯ НА КАФЕДРІ ПСИХІАТРІЇ

У процесі вивчення клінічного модуля «Психіатрія. Наркологія» в медичному вузі важливим з етичної точки зору є інформованість студентів з процедурних аспектів застосування недобровільних заходів за різних видів психіатричної допомоги. При оволодінні студентами цією інформацією необхідно враховувати деякі обставини.

По-перше, недобровільними вважаються медичні заходи, що застосовуються не тільки щодо пацієнтів, які заперечують проти психіатричного втручання, а й тих, хто не здатен зрозуміти того, що відбувається. Якщо в першому випадку хворий, наприклад, із систематизованим маренням, після одержання необхідної інформації свідомо не дає згоду на психіатричну допомогу чи висловлює відмову від неї, то в другому випадку думки хворого взагалі не питають і інформації йому не надають через очевидну недоцільність таких дій, наприклад, у разі потьмарення свідомості чи глибокого недоумства. Вказані відмінності відбивають відмінності в механізмах і ступені некомпетентності пацієнтів, що необхідно враховувати під час здійснення недобровільної допомоги.

По-друге, наявність показань для недобровільної допомоги не тільки дає лікареві право на психіатричне втручання, а й зобов'язує його до цього. Будучи винятком із загального правила добровільності, недобровільна допомога не виключається зі сфери моралі.

Етичною підставою для недобровільної допомоги є захист пацієнтів від небезпеки, якій вони піддаються внаслідок хвороби, забезпечення їх прав на одержання адекватної медичної допомоги, на відновлення здоров'я та благополуччя, захист суспільства від небезпечних дій психічно хворих. Однак якщо остання позиція не викликає заперечень, оскільки суспільство потрібно захищати від можливого завдавання йому шкоди, то різні форми примусу (насильства) слабко асоціюються з можливістю адекватної медичної допомоги та благополуччям пацієнта. Навіть у випадках безпомилковості лікарських висновків про необхідність примусових заходів (за відсутності чітких критеріїв для констатації такої необхідності імовірність помилки є великою) така форма психіатричного втручання, насильницьке інтернування пацієнта до психіатричної лікарні само по собі є грубим втручанням в долю хворого, яке збільшує ризики для його подальшої життєдіяльності. Такі заходи можуть вживатися тільки після того, як лікар-психіатр вичерпав увесь ресурс необхідних професійних умінь, спрямованих на формування співробітництва, партнерських взаємостосунків і комплайєнсу.

По-третє, істотною особливістю, яка відрізняє психіатрію від інших медичних дисциплін, є застосування до деяких категорій хворих недобровільних мір — примусу й навіть насильства. Недобровільне надання допомоги містить у собі глибоке й напружена суперечність між необхідністю застосування медичних заходів до осіб, які через свій хворобливий стан становлять небезпеку чи не усвідомлюють шкоди, що їм загрожує, з одного боку, а, з іншого, — з їх відмовою від пропонованої медичної допомоги.

Завданням психіатричної етики є обмеження сфери примусу під час надання психіатричної допомоги до меж, які визначаються медичною необхідністю, що є гарантією дотримання прав людини. З дозволених законом недобровільних заходів (недобровільний огляд, встановлення диспансерного спостереження, недобровільна госпіталізація та лікування в психіатричному стаціонарі, застосування фізичного стиснення та ізоляції) в кожному індивідуальному випадку і в кожний певний момент часу слід обирати тільки ті, яких за найменшого обмеження, найменшого насильства достатньо для надання адекватної допомоги хворому. Перехід від більшого примусу до меншого й від недобровільної допомоги до добровільної навіть у важких клінічних ситуаціях слід розглядати як імовірну й бажану перспективу.

УДК 378.147:[616.89+614.254.3]

Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Кокотова Е. А., Путятин Г. Г.
ГУ «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Реформирование системы отечественного здравоохранения предусматривает широкое внедрение в Украине института семейной медицины как основной составляющей первичной медицинской помощи. Такая ситуация ставит перед высшим медицинским образованием задачу подготовки специалистов, ориентированных на раннее выявление заболеваемости, формирование у населения здорового образа жизни, на сохранение трудового потенциала, снижение преждевременной смертности. Проблематика взаимосвязи медицинской психологии и семейной медицины, в первую очередь, касается необходимости подготовки семейных врачей с практическими навыками в области медицинской психологи и психотерапии. В задачи семейного врача входит умение анализировать взаимосвязь личностных особенностей и психосоциальных условий с клиническими проявлениями заболевания, устанавливать наличие психосоматических взаимоотношений, выявлять начальные проявления психических расстройств и дифференцировать с психологическими реакциями на жизненные события и соматическое заболевание, выявлять риск суицидального поведения, оказывать психологическую поддержку больным и членам их семей в различных жизненных ситуациях, разрабатывать и внедрять комплекс психопрофилактических мероприятий по формированию здорового образа жизни, повышению стрессоустойчивости и уровня социальной адаптации населения обслуживаемой территории. Программа обучения студентов медицинских факультетов по дисциплине «Медицинская психология» предусматривает формирование у студентов умений использования принципов медицинской деонтологии, предотвращения возникновения ятрогений, навыков коррекции ятрогенных влияний; умения использовать меры психогигиены, психопрофилактики и основные психотерапевтические методы; навыков выявления психосоматических и соматопсихических воздействий у больных; умений определять психическое состояние и уровень социально-

психологической адаптации больных с помощью методов психологического исследования; умений общения с коллегами, пациентами и их родственниками с учетом их психологических особенностей, создания здорового психологического климата в медицинском сообществе. В результате изучения дисциплины будущий семейный врач получает навык скрининга начальных проявлений психических расстройств с учетом вклада в их возникновение психосоциальных факторов, определяющих специфику лечебно-профилактических мероприятий. Освоение навыков использования современных психотерапевтических подходов, в том числе, семейной психотерапии, рациональной психотерапии, психотерапии кризисных состояний позволяет семейному врачу обеспечить прицельную направленность профилактических и реабилитационных мероприятий, а также длительность и постоянство наблюдения и поддержки. Поскольку повседневная деятельность семейного врача характеризуется риском развития профессиональной деформации и эмоционального выгорания, особое внимание в процессе обучения медицинской психологии уделяется вопросам повышения коммуникативной компетенции врача, обучению навыкам рефлексии и психорегуляции. Важным аспектом обучения дисциплине является формирование у студентов осознания необходимости преемственности между семейной медициной и специализированной помощью, разграничение медико-психологических задач, стоящих перед врачом первичного звена, и показаний к оказанию психолого-психотерапевтической помощи специалистами второго и третьего уровней медицинской помощи. Таким образом, преподавание медицинской психологии должно отражать современные тенденции реформирования медицинской службы в целях развития действенной системы формирования, охраны и укрепления здоровья населения.

УДК 616. 8-02: 616.133.33/.134]-07-08-084

М. Ф. Андрейко

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

На большом собственном материале (1327 больных) установлено, что на доклиническом (донозологическом) этапе развития патологии магистральных артерий головы и шеи (ПМАГШ) астенические расстройства наблюдались у 96 % больных. Феноменологический анализ содержательных характеристик расстройств астенического (эмоционально лабильного) круга дает возможность на ранних этапах развития цереброваскулярной патологии распознавать органическую патологию головного мозга и/или направлять дальнейшие исследования в нужную сторону, в том числе с применением нейровизуализационных методов обследования для поиска сосудистых факторов, вызвавших такие расстройства.

Эмоционально-лабильное расстройство у больных с ПМАГШ характеризуется преобладанием эмоционально-гиперестетических нарушений. У таких больных наблюдался феномен «астении, не знающей покоя», больные нетерпеливы, несдержанны, вечером долго не могут уснуть, т. к. сохраняется внутреннее напряжение, у них появляются элементы астенического ментизма.

Так, гиперестезия наиболее ярко проявляется в отношении физических раздражителей (свет, звук, запах). Несколько преобладает гиперакузия: больные не переносят громких, резких, внезапных звуков, быстро утомляются при просмотре телепередач, не могут долго слушать радио. Сильные и (или) длительные физические раздражители легко вызывают торможение всякой активной деятельности, вследствие чего у больных суживается поле сознания, появляются легкие признаки изменения активности сознания в виде обнубиляции, растерянности. Эти нарушения в полной мере критически не воспринимаются и в жалобах спонтанно не вербализуются, а выявляются либо путем целенаправленных вопросов, либо в ходе достаточно продолжительной беседы.

Физическая гиперестезия в немалой степени определяет и эмоциональную. В условиях одномоментного воздействия субъективно сильных физических раздражителей, при общении с большим количеством людей у больных легко появляется раздражительность, причем в ряде случаев она возникает как бы внезапно, неожиданно для окружающих и, с их точки зрения, неспровоцированно. Это в немалой степени затрудняет общение больных и побуждает их искать уединения, ограничивать контакты, сокращать их продолжительность. Сама раздражительность отличается ригидностью: больным нужно, по их словам, «много времени, чтобы успокоиться». Внимание больных отличается тугоподвижностью, сужением объема и концентрации, обуславливая снижение умственной работоспособности.

Основными принципами терапии психических расстройств у больных с ПМАГШ является ликвидация психопатологических феноменов, предупреждение галопирующего течения сосудистого процесса и развития тяжелых психических последствий. Различный характер и выраженность как сосудистого процесса, так и психических нарушений предполагает новые подходы к терапии таких больных.

Наиболее адекватной и взвешенной представляется терапевтическая позиция, основанная на комплексном подходе, включающем ряд этапных мероприятий с традиционными методами психофармакотерапии, психотерапии и применения средств, улучшающих как реологические свойства крови в веществе головного мозга, так и защиту от гипоксического фактора. Следовательно, в основу патогенетического лечения пациентов должны быть положены этиопатогенетические процессы в цепи возникновения развития болезни.

УДК 616.899-071

Андрейко М. Ф., Чудакова Л. Б., Гончаренко В. А., Тесленко Е. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Проблема раннего детского аутизма занимает особое место не только в детской психиатрии.

Цель: показать влияние нейролептиков на редукцию аутистических симптомов, как обмен информацией с коллегами.

Метод: клинико-психопатологический, анамнестический, катамнестический.

Пациент А., ребенок 2006 г. р., мужского пола. Наследственную отягощенность психическими расстройствами родители отрицали. Мать с высшим педагогическим образованием, по характеру активная, деятельная. Отец — специалист по компьютерному программному обеспечению, по характеру необщительный. Беременность у матери и перинатальный период пациента А. протекали благополучно. К двум годам матерью было замечено, что сын пользуется речью для общения только с ней и старшим братом, поэтому А. был отдан в детский сад, где воспитателей также насторожило отсутствие вербального контакта с ними и с другими детьми. Мать обратилась к детскому психиатру, когда А. было 4 года, специалист порекомендовал определить ребенка в специализированный интернат. Занятия с частным психологом также не дали эффекта. Через год А. прошел психотерапевтический курс стационарного лечения, где применялась методика психофизиологического (тактильного) воздействия — без эффекта. Затем был госпитализирован в детское отделение Днепропетровской областной психиатрической больницы, где находился вместе с мамой. При поступлении: охотно выполнял невербальные инструкции. Зрительный контакт устанавливал на короткое время. Эмоциональные реакции слабо дифференцированы. Соматический и неврологический статусы без особенностей. Клинические лабораторные анализы, ЭЭГ — без патологических изменений. По результатам психологического обследования — показатели невербального интеллекта 86. Выполнял все инструкции медперсонала, но речью при этом не пользовался, поведение носило строгий стереотипный характер и не менялось.

Учитывая данные клинического и психолого-патологического обследования состояние было расценено как высокофункциональный аутизм и согласно клиническим протоколам лечения аутизма был назначен раствор рисполепта для питья 0,0005 г/с и золофт 0,025 г/с. Из немедикаментозных методов лечения проводился тренинг коммуникативных навыков, тренинг эмоций и социальных навыков. На третьей неделе терапии в состоянии А. начала проявляться положительная динамика — появились эмоциональные реакции соответствующие ситуациям. Также, матерью был отмечен неожиданный интерес к её подарку — морской свинке, которой А. самостоятельно дал имя, проявлял о ней заботу и уделял внимание. Во время прогулок по городу с матерью, начал разговаривать и описывать окружающее, в общественном транспорте обращался к пассажирам,

на улицах к прохожим — по выражению матери «как будто раньше этого не видел и открывал мир заново». В сентябре, спустя два месяца после начала терапии, А. пошел в первый класс. В школе пел на линейке и общался с учителем. С программой обучения справлялся на отлично, замечаний преподавателей о каких-либо «проблемах в общении» не было.

Катамнез: через шесть месяцев: А. окончил первое полугодие 1-го класса с высшими оценочными баллами. Посещал музыкальную школу по классу вокала, занимался в ансамбле бального танца. Расстройств вербальной коммуникации не выявлено. Медикаментозное лечение было отменено. Таким образом, терапия нейролептиками приводит к редукции нарушений в коммуникации и облегчает обучение детей с расстройствами аутистического спектра.

УДК: 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

Андрух Г. П., Андрух П. Г.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

О ЗНАЧЕНИИ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЛЯ АДДИКТОЛОГИИ

Психосоциальная дезадаптация является процессом нарушения интеграции личности в среду в силу действия тех или иных причин, невозможность приспособления в течение длительного времени; системное нарушение, обусловленное несоответствием врождённых или приобретенных потребностей личности ограничивающему требованию социальной среды, это неспособность индивида к глубинной самоадаптации. Основу дезадаптированного поведения составляет конфликт, под влиянием которого постепенно формируется неадекватное реагирование на условия и требования среды в форме тех или иных поведенческих отклонений — как реакции на систематические, постоянно провоцирующие факторы, справиться с которыми личность не может.

Нами была поставлена цель — выявить облигатные факторы, формирующие аддиктивный вариант «ухода от реальности».

Влияние средовых факторов в развитии наркомании на макросоциальном и микросоциальном уровне выглядит достаточно наглядно. Известно, что общественные катаклизмы, войны, экономические пертурбации влекут за собой вспышки злоупотребления. Наркотизмом поражаются определённые группы населения, в частности преступники, богема, десоциализированная среда люмпенов и, напротив, «среда беззаботных» — не занимающихся делом и обеспеченных. Социальное влияние, опосредованное через «моду», предопределяет эпидемический характер распространения наркомании. Мы видим, как социальное влияние, навязываемое через новые моральные нормы и навыки неокультуры, отражается, например, в уравнивании мужского алкоголизма с женским, в заметной распространенности ультрасовременных психоактивных веществ. Эпидемиология наркотизма также показывает влияние внешних факторов среды: алкоголизм более распространен в странах, где производят много алкогольных напитков, опиомания и гашишизм — в странах с традиционным выращиванием мака и конопли, а также везде, где настойчиво рекламируется (иногда в скрытой форме) та или иная аддикция.

На основании проведенных исследований, мы пришли к выводу, что наркотизация — одно из проявлений ухода, изоляции индивидуума от общества, а проводимый многими специалистами анализ должен рассматривать явление как на уровне индивидуума и его микрогрупп, так и в ракурсе макросоциальных процессов. Без этого оценка каких-либо факторов, определяющих распространенность и форму наркотизма, всё-таки не дает в полной мере возможности объяснить его причину. К слову, как показывают этнографические, археологические и исторические данные, не было цивилизации, не было общественно-экономических формаций, когда не знали бы того или иного вида злоупотребления ПАВ. Чем тщательнее нами изучалось влияние микросреды, тем явственнее проступала взаимосвязь биологического и психологического содержания этого влияния.

Биологическое содержание микросоциального неблагополучия мы рассматриваем двояко. Во-первых, микросоциальное неблагополучие является отражением биологической, в частности психической, недостаточности родителей. Во-вторых, плохие микросоциальные условия эту биологическую недостаточность подкрепляют: для следующего поколения это следствие становится причиной. Как показывает практика, часто имеет место и то, и другое, порочная цепь состоит из нескольких звеньев. Отклонения поведения, ранее считавшиеся результатом неправильного воспитания, во многих случаях обнаружили свою биологическую причину.

Изучение проблемы психосоциальной дезадаптации в рамках аддиктологии показывает важность непрерывного дополнения знаний об отклоняющемся поведении феноменологическими наблюдениями, сопоставляя их с клинико-теоретическими моделями представлений в психонейронауках.

УДК 616.89-008.441.13-008.441.44

Бачериков А. М., Кузьмінов В. Н., Ткаченко Т. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД АЛКОГОЛЮ

У хворих на залежність від алкоголю спостерігається високий ризик скоєння суїциду. Тому метою дослідження стало вивчення механізмів формування суїцидальної поведінки у хворих цієї нозологічної рубрики.

Було обстежено 30 хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок залежності від алкоголю, які потрапили на лікування в ХКПОЛ № 3 після скоєння незавершеної суїцидальної спроби. Співвідношення чоловіки/жінки у групі склало 3 : 1. Жінки найчастіше як спосіб самогубства обирали самоотруєння ліками (57,14 %), чоловіки — нанесення самопорізів та колотих ран (56,25 %), спроба самоповішення (18,75 %), спроба падіння з висоти (12,5 %). За даними анамнезу 10 (33,33 %) хворих виховувались в неблагополучних родинах, у 18 (60,0 %) з них була обтяжена спадковість по залежності від алкоголю з боку одного чи обох батьків, у 14 (46,67 %) хворих це були повторні суїцидальні спроби. Особи працездатного віку в групі складали 80,0 % суїцидентів. Зловживання алкоголем призводило до зниження соціальної та професійної адаптації, що мало відображення у низькому рівні освіти (83,33 %), відсутності постійної роботи (70,0 %), порушення сімейних стосунків: розлучені (36,67 %), ніколи не перебували у шлюбі (40 %).

Хворі були поділені на підгрупи в залежності від стану, в якому вони скоювали суїцид: 1) в стані алкогольної інтоксикації (36,67 %); 2) в стані відміни алкоголю: а) без делірію (20,0 %); б) з делірієм (30,0 %); 3) в ремісії щодо вживання алкоголю (13,33 %).

Аутодеструктивна поведінка в стані алкогольної інтоксикації характеризувалась імпульсивними саморуйнуючими діями. Більшість з них (63,64 %) після потрапляння до стаціонару не пам'ятали, що сталося та відмовлялися від намірів вкоротити собі віку. Особливості поведінки хворих у повсякденному житті та на момент скоєння суїциду (зі слів близьких родичів) — імпульсивність, дратівливість, агресія, низький поріг до фрустрації, стійке неприйняття соціальних норм, нездатність переживати відчуття провини, виражена схильність до звинувачення оточення — свідчать про наявність дисоціального порушення особистості. Однозначно встановити ґенез цих порушень (спадковий, придбаний, змішаний) не було можливості внаслідок того, що в усіх пацієнтів в анамнезі виявлено тривале зловживання алкоголем.

Чинники формування суїцидальної поведінки у хворих в стані відміни алкоголю залежали від наявності або відсутності делірію. Так у хворих без психотичної симптоматики суїцидальна поведінка була пов'язана з депресивним синдромом, який виникав на фоні важкої соматичної патології внаслідок зловживання алкоголем. В стані відміни алкоголю з делірієм суїцидальна поведінка була обумовлена маячennям та галюцинаторними переживаннями погрожуючого характеру.

У хворих в стані ремісії щодо вживання алкоголю суїцидальна поведінка формувалась на фоні вираженого депресивного синдрому з домінуванням в клінічній картині тривоги, безсоння, ідей самозвинувачення, відчуття своєї нікчемності, безвиході.

Незважаючи на вищенаведені відмінності в клініко-психопатологічному стані хворих в пресуїцидальному періоді, формування суїцидальної поведінки у всіх обстежених йшло на тлі наявності токсичної енцефалопатії внаслідок тривалого зловживання алкоголем, особистісних порушень різного ґенезу, втрати мотивації до лікування і тверезого способу життя, відсутність критики або неадекватне критичне ставлення до того, що відбувається. Усі суїциденти здійснювали суїцид на фоні порушення свідомості.

УДК: 616.89-008.441.44 (477.54)

Бачериков А. М., Матузок Е. Г., Карамушко І. В., Лакинський Р. В., Ткаченко Т. В., Малихіна Н. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

СПРОБИ САМОГУБСТВА ШЛЯХОМ САМООТРУЄННЯ У МІСТІ ХАРКОВІ

На базі архівів міської токсикологічної лікарні ми вивчили 599 суїцидальних спроб самоотруєння, що були скоєні мешканцями міста впродовж 2008—2010 років. Співвідношення кількості спроб, які здійснили чоловіки до спроб, що здійснили жінки, становить 1:2,21. За цей період намагалося піти з життя шляхом самоотруєння 581 особа.

Мінімальний вік самогубця становив 16 років, максимальний — 96 років. Найбільш часто скоювали спроби самогубства особи у віковій групі 20—29 років — 36,73 % від загальної кількості спроб. Особи молодші за 30 років здійснили 43,91 % від загальної кількості спроб у популяції. Як у чоловіків, так і у жінок пік самогубної активності припадав на віковий період 20—29 років. У цієї групі чоловіки здійснили 39,15 % від усіх спроб. Жінки такого віку здійснили майже чверть від усіх спроб самоотруєння. Співвідношення спроб серед чоловіків та жінок у віковій групі 10—19 років складало 1:3,3; у групі 20—29 років 1:1,97; 30—39 років 1:1,71; 40—49 років 1:2,44; 50—59 років 1:2,41; 60—69 років 1:1,77, а у групі 70—79 років 1:7,67.

Найбільше суїцидів було здійснено з 15-ї до 24-ї години — 54,42 % від загальної кількості спроб. Кількість самогубств у кожні 3 години цього періоду коливалася у межах 16,86 % — 19,70 % від їх загальної кількості. Мінімум самоотруєнь спостерігався з 3-ї до 6-ї години ранку — 3,51 % від усієї кількості самогубних спроб. У чоловіків з 15-ї до 24-ї години трапилося 59,26 % від загальної кількості самоотруєнь серед чоловіків, за кожні 3 години цього періоду мали місце від 18,51 % до 21,16 % від загальної кількості отруєнь у чоловіків. У жінок найвища самогубна активність спостерігалася з 12-ї до 24-ї години — 67,32 % від загальної кількості отруєнь у жінок, за кожні 3 години цього періоду жінки здійснювали від 14,87 % до 19,02 % від загальної кількості спроб у жінок.

Найбільшу кількість спроб вкоротити собі віку у дослідженій популяції було здійснено навесні (30,05 %), найменше — взимку (18,20 %). Влітку та восени кількість спроб у загальній популяції була майже однаковою. Чоловіки найчастіше намагалися вмерти навесні, найрідше — взимку (32,80 % та 18,52 % від загальної кількості чоловічих спроб відповідно). У жінок максимум також мав місце навесні, а мінімум взимку — (28,78 % та 18,05 % від загальної кількості спроб у жінок відповідно).

За даними анамнезу та лабораторної діагностики у 45,57 % випадків хворі вживали етанол перед самогубством, або під час прийому хімічних речовин із суїцидальною метою (чоловіки:жінки = 1:1,65). За даними лабораторної діагностики на момент госпіталізації алкоголь у крові пацієнтів був знайдений у 36,89 % від загальної кількості випадків самогубств. Тест на етанол був позитивним у 45,50 % спроб у чоловіків та 32,93 % спроб у жінок.

Максимальна виявлена концентрація етанолу становила 2,8 ‰. Легкий ступінь алкогольного сп'яніння (0,1—1,5 ‰) був визначений у 86,87 % від усіх аналізів крові, у яких був знайдений етанол. Така концентрація була зафіксована у 89,53 % позитивних на етанол аналізів у чоловіків та 85,19 % позитивних на алкоголь аналізів у жінок.

Таким чином, більшість спроб самоотруєння здійснювали жінки; як чоловіки так і жінки у працездатному віці; спостерігаються добові та сезонні коливання щодо спроб самоотруєння; виявлення етанолу в крові суїцидентів вказує на той факт, що вживання алкоголю сприяє здійсненню спроби.

УДК: 616.89-008.441.44: 312.27

Бачериков А. М., Матузок Е. Г., Хімчан А. І., Гуржий Т. П., Лакинський Р. В., Малихіна Н. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ САМООТРУЄННЯ У ОСІБ, ЯКІ ЗВЕРТАЛИСЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ДО МІСЬКОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

У архівах токсикологічного відділення, яке надає медичну допомогу жителям м. Харкова, ми виявили, що поміж 599 спроб самогубства шляхом самоотруєння за 2008—2010 роки 153 (25,54 %) було здійснено особами, які зверталися за допомогою до міської психіатричної служби. Аналіз групи осіб, які звертались в психоневрологічні заклади, виявив, що співвідношення спроб суїцидів серед чоловіків та жінок у таких пацієнтів склало 1:1,73. Чоловіки, які страждали на психічні розлади (перша група) здійснили 29,63 % від загальної кількості спроб серед чоловіків. Психічно хворі жінки (друга група) скоїли 23,66 % від усієї кількості спроб самоотруєння серед жінок.

Найбільш часто намагалися вкоротити собі віку шляхом самоотруєння хворі на шизофренію, шизотипові та маячні розлади F 2 (34,64 % від загальної кількості спроб, які вчинили пацієнти); на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади F 4 (24,18 %); афективні розлади настрою F 3 (14,37 %); органічні, включно із симптоматичними психічними розладами F 0 (11,76 %). Така сама частота нозологічної приналежності спостерігалася у кожної статі окремо.

Найбільш часто хворі намагалися отруїтися у віці 20—29 років та 30—39 років. Обидві ці вікові групи разом здійснили 57,52 % від усіх спроб самогубства пацієнтів. Спроби, здійснені чоловіками у цьому віці склали майже чверть від загальної кількості самогубств у пацієнтів та 69,64 % від кількості незавершених спроб у першій групі. Самоотруєння у жінок цієї вікової групи склали майже третину від усіх спроб пацієнтів та 50,52 % від загальної кількості спроб у другій групі.

У дослідженій популяції хворих найбільше людей намагалося піти з життя по понеділках та суботах (відповідно 17,65 % та 18,95 % від загальної кількості спроб у чоловіків та жінок), найменше — по п'ятницях та неділях (відповідно 11,11 % та 9,80 % від спроб, здійснених пацієнтами). У першій групі розподіл отруєнь за днями доби був більш-менш рівномірним, лише по суботах спостерігався виражений максимум — 25 % від усіх замахів у групі. Самогубна активність жінок була високою на початку тижня (20,62 % від усіх спроб у другій групі по понеділках та 18,56 % по вівторках), а також по суботах (15,46 % від спроб у другій групі). Найменше замахів було по неділях — 8,25 % від загальної кількості намірів серед жінок.

Сезонний максимум кількості самогубств мав місце навесні — 36,60 % від загальної кількості спроб у пацієнтів міської психіатричної служби. Мінімальна кількість незавершених суїцидів спостерігалася взимку та влітку — 16,99 % та 19,61 % відповідно від загальної кількості замахів вкоротити собі життя у психічно хворих.

Як у першій, так і у другій групах максимальна кількість намагань здійснювалася навесні. У чоловіків таких випадків було 37,5 % від усіх спроб у першій групі, у жінок — 36,08 % від усіх спроб у другій групі. Найменше самогубств чоловіки зробили влітку — 12,5 % від усіх спроб у першій групі, а жінки — взимку — 13,40 % від усіх спроб у другій групі.

За даними анамнезу та лабораторної діагностики в обох групах разом у 54,90 % випадків самогубці вживали алкоголь перед, або під час здійснення самогубної спроби. За цим показником співвідношення чоловіки : жінки було 1 : 2,5. П'яні самогубства склали 42,86 % від усіх замахів першої групи та 61,86 % від усіх замахів другої групи. У 28,76 % від загальної кількості спроб у крові суїцидентів при госпіталізації виявлено наявність етанолу. Жодного випадку концентрація етанолу не перевищувала 1,5 ‰.

УДК: 616.89-008.441.13-008.444.9:599.324.4

Бевзюк Д. А.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИОФОБИЙ В АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ ГЕДОНИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У КРЫС

Согласно нашей концепции смысловое понятие агрессивность приобретает значение как адаптивная реакция, а агрессивное поведение как стратегическая мотивация, которая возникает при нарушении жизненно важных констант и направлена на их избавление, сопровождается изначально фобией, тревогой, а затем положительной эмоцией приобретенных свойств агрессора, самоутверждения.

Важным фактором трансформации социофобий в агрессивное поведение является депривация гедонического поведения. Для моделирования социофобий нами использован метод зоосоциального конфликта Кудрявцевой (1999). Модель гедонического поведения у крыс создавали 60—70 дней путем окуривания их тлеющим каннабисом в лабиринтной методике (Бевзюк Д. А., Кириллова Н. А. 2008). В центре лабиринтного коридора находилась камера, позволяющая через сообщающиеся отверстия

выбрать животным подкрепление: лакомую пищу или тлеющий каннабис.

Регистрацию ЭЭГ эмоциогенных структур лимбико-неокортикальной системы осуществляли на энцефалографе фирмы «Медикор» EEG-8 с введением биопотенциалов в компьютер. Для купирования агрессивного поведения вследствие депривации каннабиноидной мотивации применяли аппарат «Рамед», генерирующий электромагнитное излучение сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности.

Как показали результаты исследования, у крыс с зависимостью от каннабиса в лобной коре доминировал β-ритм, в гипоталамусе регистрировалась высокоамплитудная полиморфная активность, в гиппокампе θ-ритм, в *septum* преобладали высокоамплитудные θ- и α-ритм. После двухдневной депривации каннабиноидной мотивации усиливались страх, тревога, отрицательный груминг. Затем спонтанно усиливалась агрессивность, что выражалось в многочисленных атаках крыс, вертикальных стойках, нападениях и противостояниях — происходила трансформация фобий в агрессивное поведение.

Ведущими механизмами, судя по ЭЭГ, являлись отрицательные эмоциогенные структуры лимбической системы — гипоталамус, гиппокамп, миндалевидный комплекс, позже подключалась лобная кора мозга, формируя реверберационный круг с вхождением в него эмоциогенных структур лимбической системы. Лишь у одной крысы из десяти оставались признаки фобического поведения. Десятидневные воздействия электромагнитным излучением сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности с использованием аппарата «Рамед» приводило к поступательной нормализации электрической активности во всех исследуемых структурах мозга. Во всех изучаемых структурах лимбико-неокортикальной системы, особенно в гиппокампе, преобладали вначале пароксизмы θ, а затем генерализованная пароксизмальная активность. Как доказано, такая динамика пароксизмов электрической активности мозга является сигнальным механизмом развития адаптивных процессов при переходных состояниях динамических систем мозга (Вейн А. М.1999, Бехтерева Н. П. 2008, Карлов В. А. 2007, Колядко С. П. 2011).

Тестирование животных на фобические состояния и возможную трансформацию их в агрессивное поведение показало слабый эффект этого процесса, то есть способ применения аппарат «Рамед» является высокоэффективным терапевтическим методом воздействия на мозг обладая свойством подавлять механизмы трансформации фобии в агрессию в условиях депривации гедонического поведения.

УДК 616.89+616.8-009.2

Белинский А. В.
«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ДИСТОНИИ

Синдром острой дистонии как состояния, являющегося осложнением нейролептической терапии, описан ещё на заре использования нейролептиков в психиатрической практике (Kang U. J., Burke R. E., Fahn S, 1986). Клиника его общеизвестна: в течение первых 5 дней после назначения нейролептика, или повышения его дозы, или перехода с перорального приёма на парэнтеральный, или отмены корректора у больного возникает острый спазм мышц шеи и туловища с характерным закручиванием тела в определённую сторону. Возможны также ларингоспазм, стридор, опистотонус, насильственные гримасы, окулогирные кризы, общее моторное возбуждение с преобладанием аффекта страха и другие.

На сегодняшний день остаётся неясным патогенез острой дистонии. Идут дискуссии о том является ли она следствием дефицита или избытка дофамина (В. Н. Шток, 2002). Упор в актуальных гипотезах делается на предположение о дисбалансе между активностью холинергической и дофаминергической системами. При этом данные гипотезы и не пытались пролить свет на клинические феномены данного осложнения, а именно очаговость неврологических симптомов. Во множестве описаний данного состояния делается упор на то, что оно возникает преимущественно у людей молодого возраста, часто у детей и молодых мужчин и, соответственно, редко в пожилом возрасте. Объяснений данному явлению также нет.

В ходе работы над гипотезой нейролептического цереброишемического синдрома (А. В. Белинский, 2011) нами получены новые данные, проясняющие патогенез и клинические феномены данного состояния.

Проводимые нами исследования показали следующие закономерности:

— у больных с ангиодистоническим и нормальным базовым типом церебральной гемодинамики применение нейролептиков вызывает значительное снижение мозгового кровотока, что сопровождается широко известными побочными явлениями нейролептической терапии: экстрапирамидными нарушениями, гипотензией, когнитивными нарушениями; нейролептическая терапия этими больными переносится тягостно и требует корректоров;

— у больных с гипертоническим, атеросклеротическим, смешанным и гипозастойным типами церебральной гемодинамики применение как атипичных, так и конвенционных нейролептиков приводит к улучшению и даже нормализации мозгового кровотока; нейролептическая терапия переносится больными хорошо, вызывает улучшение когнитивных функций и не требует корректоров;

— имеются косвенные сведения о том, что применение нейролептиков с преимущественно седативным действием вызывает снижение объёма кровообращения преимущественно в корковых структурах головного мозга, а нейролептики с преимущественно антипсихотическим эффектом вызывают снижение мозгового кровотока преимущественно в стволовых отделах головного мозга (реоэнцефалографические данные позволяют лишь косвенно судить об этом феномене, а данные позитронно-эмиссионной томографии получены только на экспериментальных животных);

— к нейролептическим осложнениям склонны больные с низким вольтажом на ЭКГ, как на фоне терапии нейролептиками, так и до её начала.

Согласно полученных данных, во время приступа острой дистонии у больных возникает выраженная гиперволемия, которую также можно трактовать как отёк 3/4 головного мозга и гиповолемия, которую можно трактовать как локальную ишемию одной четверти на стороне, противоположной той, с которой происходит спазм. В связи с трудностью поиска объектов для исследований данные получены с крайне ограниченного числа случаев, но работа по этой теме продолжается и обещает полностью прояснить вопросы патогенеза данного состояния.

УДК 614.2[616-01+ 616.89]

Белинский А. В.
«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА: АЛЬТЕРНАТИВА ИЛИ ДОПОЛНЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ?

О доказательной медицине за последние два десятилетия сказано было очень много как в научной среде, так и околонаучных кругах. Данный тренд нашёл свою армию поклонников как среди врачей и фармацевтов, так и среди пациентов.

Однако примерно в одно время с ним появился и другой тренд — персонализированная медицина. О нём известно гораздо меньше, несмотря на вышедшие и продолжающие выходить фундаментальные научные труды.

Персонализированная медицина представляет собой медицинскую модель, которая ориентирует стандарты здравоохранения на то, что все решения о назначении медицинских препаратов и диагностических процедур должны быть приспособлены к конкретному пациенту с поправкой на его генетические особенности или другую информацию о нём.

Подходы доказательной медицины создавались и создаются в первую очередь на исследованиях тех или иных методов лечения и диагностики на больших группах пациентов с однотипной патологией. Эти подходы не дают ответов на вопрос: как лечить пациента, если средство, помогающее статистическому большинству, не помогло ему? И уж совсем патовой, с точки зрения доказательной медицины, является ситуация, когда средство, помогающее статистическому большинству больных, у конкретного пациента проявляет только свои побочные эффекты при полном отсутствии эффекта, ради которого оно назначалось (не такая уж редкая ситуация в психиатрической практике).

Ни в одной из обозреваемых публикаций доказательная медицина не противопоставлялась персонализированной. Более того, некоторые авторы называют доказательную медицину персонализированной медициной на практике (D. Kumar, 2007). Но корректнее было бы сравнить её с двумя крыльями, которые поднимают медицинскую науку в высоту.

На сегодняшний день основные работы в персонализированной медицине ведутся в области онкологии и кардиологии.

Направлены они, в первую очередь, на индивидуализацию лечения больных с поправкой на их генетические особенности. Шагнувшие в последние десятилетия далеко вперёд биотехнологии, связанные с изучением генома человека, позволяют с высокой степенью индивидуализировать назначаемые препараты специалистам данных областей.

В области психиатрии на сегодняшний день предложен также целый ряд парадигм, касающихся индивидуализации терапии с поправкой на генетические особенности пациента (E. Gordon, 2012). Основные усилия здесь брошены на определение биомаркёров, позволяющих объективно фиксировать следующие ключевые позиции (Williams, Rush, Koslow, Wisniewski, Cooper, Nemeroff, Schatzberg, Gordon, Trials, 2011):

• общий ответ на лечение (нет/да; определяются ли ремиссии);

• различность ответов на применение трёх наиболее широко распространённых в США антидепрессантов: эсциталопрам, сертралин, венлафаксин;

• реакция на изменение доз;

• побочные эффекты;

• становление долгосрочных ремиссий.

Однако очевидно, что, несмотря на колоссальный прогресс в данной области, это пока лишь планы, осуществление которых — удел будущего.

Вместе с тем, по нашему мнению, уже сегодня большую роль в становлении персонализированной медицины в психиатрии могут сыграть методы исследования, считающиеся в настоящее время рутинными. Например, реоэнцефалография, позволяющая прогнозировать реакцию пациентов на введение нейролептиков.

УДК: 616.89-008.46-06:616.895.8]:615.851

Бессмертный А. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования; ГЛПУ «Центральная клиническая больница «Укрзалізниці» (г. Харьков)

МНЕСТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Современные исследования в компетенции медицинской психологии всё чаще обращены к проблеме патоперсонологии пациентов в зависимости от болезни. Улучшить качество психодиагностики и психокоррекции феноменологии «внутренней картины болезни» (ВКБ) для изменения типа отношения к заболеванию, особенно при шизофренных психических расстройствах, — является главным для формирования тактик терапии, реабилитации и абилитации страдающих.

Одним из ракурсов в свете концепции ВКБ, благодаря которому возможно получить доказательные факты глубоких изменений запечатления данности своего заболевания, является мнестологический, т. е. ориентированный на память.

Информацию о своём заболевании пациенты часто представляют в виде повествовательных изложений в процессе самонаблюдения. Поэтому основными положениями, которыми мы руководствовались, были постулаты автобиографической памяти (АБП), обеспечивающей субъективное отражение пройденного человеком отрезка жизненного пути, в том числе пути, связанного с болезнями.

Цель исследования — по результатам клинико-психологического исследования хроно-динамических особенностей АБП и её функций, патоперсонологии и феноменологии ВКБ, разработать модифицированную методику психодиагностики АБП у больных параноидной шизофренией.

За период с 2009 по 2012 год в Харьковской областной клинической психиатрической больнице № 3 обследовано 100 пациентов (60 мужчин, 40 женщин), средним возрастом 34 ± 7 лет, страдающих параноидной шизофренией.

Использовались следующие методы: анамнестический, наблюдения, нарративного интервью, психодиагностический, социально-демографический, контент-анализ, теоретического моделирования, методы математической статистики.

Психодиагностический метод включал использование методик: «Психологическая автобиография» (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова, 1998); «Линия жизни» (В. В. Нуркова, 2000); «Функции автобиографической памяти» (К. Н. Василевская, 2008); опросник «Тип отношения к болезни» (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Б. Карпова, 2005); схема интервью «Катамнез внутренней картины болезни при шизофрении» (Н. П. Татаренко, 1947, 2001); «Пиктограмма» (А. Р. Лурия, 1962).

На основании анализа полученных результатов нами определены следующие особенности АБП у больных параноидной шизофренией: затруднения в воспоминаниях жизни, нежелательность субъективной оценки событий, увеличенное время антиципации и сниженное время ретроспекции. Автобиография ограничена грустными воспоминаниями о болезни с доминантой личностно-психологических, межличностных и социальных тем. Снижен эмоциональный баланс, переработка и гармонизация оперативного настоящего, будущего. Недостаточная полнота, оригинальность, пассивность, истощение воспоминаний внутренней жизни, рекреационных и исторических событий. Выраженное снижение всех функций АБП (прагматической, саморегуляции, коммуникативной, экзистенциальной) и их зрелости. Пациентам присущи негативные воспоминания, недостаточность саморегуляции психических состояний, специфическая мечтательность, дефицитарность социальных контактов и общего общения, узкий репертуар жизненных тем.

Разработана и апробирована модифицированная методика психодиагностики АБП и уровней ВКБ у больных шизофренией «Я и память о болезни». Кроме чувствительного, когнитивного и эмоционального уровней переживаний, учитывающихся в методике, нами предложен мнестологический, подразумевающий значение автобиографических воспоминаний, которые пересекаются с темой болезни в жизни пациента. Доказана эффективность применяемой методики в 84,00 % случаев и подчёркнуто её значение для психодиагностики хроно-динамических особенностей АБП. Последнее даёт возможность утверждать о существовании качественных и количественных патопластических характеристик памяти, которые могут быть учтены для дополнения шизофренической патопсихологической регистр-синдромологии.

УДК616.89-008.19-06-037

Е. Д. Богацкая

Луганский областной наркологический диспансер

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ КАК ОСНОВА БОЛЕЗНИ

Практически у каждого человека есть внутренний конфликт, а иногда и не один. Суть конфликта в том, что не совпадает то, что мы хотим с тем, что имеем в реальности. Самый первый серьезный конфликт возникает, когда нам «выбирают» профессию родители, с детства внушая желаемые варианты и поощряя желательный выбор. Впоследствии многим приходится заниматься нелюбимой работой. Совсем немногие решаются на радикальные перемены, поскольку обычно оказывается много внешних сдерживающих факторов (семья, дети, привычка и др.). И пытается убедить себя человек, что его все устраивает. Со временем у него появляется ощущение, что живет не так, как хочет он сам, а как хотят его близкие, чувствует себя одиноким, непонятым. В результате и возникает внутренний конфликт, который порой даже не сразу осознается. С течением времени все это выливается на телесный уровень, и развивается болезнь. Организму, в общем-то, не так уж и важно, какая болезнь возникает. Это может быть что угодно — повышенное давление, язва, головные боли, сексуальные проблемы, депрессия и т. д. Так, как человеку трудно наладить общение с другими (сослуживцы, члены семьи и др.), так же тяжело ему поладить и со своим телом. Важно и нужно уметь вести хороший диалог. И этому обязательно надо учиться. Это всегда помогает.

Медицина, как правило, работает уже с последствиями заболевания, она не лечит причины, которые к нему привели. Очень многие медицинские проблемы вызваны нарушением психического здоровья. Осознав внутренний конфликт, человек сразу сделает несколько полезных вещей. Во-первых, выводит его из бессознательного или плохо осознаваемого состояния в сознательное. Во-вторых, поняв причину, можно с ней работать. У каждого человека конфликт с самим собой индивидуален. Их много и не всякий приведет к болезни, но затянувшийся, рано или поздно, обязательно подтолкнет. Если длительно игнорировать свои переживания, желания, не пытаться в них разобраться и понять, продолжать «плыть по течению», то это переходит на уровень болезни. Организм начинает подавать такой сигнал, который не заметить невозможно. Большое значение играет модель поведения, которую усвоил человек. Мы переносим во взрослую жизнь все то, чему научились с самого детства, неосознанно копируя старую модель (так, как делали родители). Очень важно такие моменты проработать с психологом и найти новый вариант поведения, учиться разрешать конфликты, научиться по-новому справляться с проблемами.

Резюмируя все, можно сказать следующее: за наше здоровье или нездоровье, в первую очередь, отвечает наша психика; любое

проявление болезни — это подсказка, что что-то не в порядке, это сигнал, который нельзя игнорировать; основная роль в выздоровлении принадлежит самому человеку, зачастую человек сам запускает механизм болезни, что выражается в непонимании своего душевного мира, что и выливается в итоге на телесный уровень; важно все внутренние конфликты проработать с психологом (психотерапевтом), причем часто — в сочетании с фармакотерапией. Главная суть лечения — обратить внимание на душевное благополучие. Идеальный вариант помощи — это построение правильного диалога между пациентом — психологом — врачом. Грамотно разработанная программа помощи, включающая много различных компонентов (медитация, изменение установок, работа с желаниями, мотивацией, принятие ответственности за свое выздоровление на себя), обязательно приведет к желаемому результату и избавлению от болезни. Самому ее проделать тяжело, так как нужен человек, который бы направлял и подсказывал, как правильно. Но, в конце концов, именно заболевший сам себе и может помочь в большей степени.

УДК 159.922:614.253-071-082.6

О. О. Бородавко

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

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РОЛЬОВИХ ПОЗИЦІЙ ХВОРИХ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В ХОДІ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Вивчення особливостей терапевтичного альянсу (ТА) між лікарем і пацієнтом, який складається в ході лікувально-реабілітаційного процесу, є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медичної психології. В своїх дослідженнях ми розглядали ТА як складну динамічну систему взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. Основними змістовними компонентами ТА виступають рольові позиції лікаря (РПЛ) та пацієнта (РПП), які становлять індивідуальний стиль реалізації їх соціальних ролей.

У дослідженні взяли участь 119 хворих на основні неврологічні (НР) та психічні (ПР) розлади — 56 (47,05 %) чоловіків та 63 (52,95 %) жінки. Використовували такі психодіагностичні методики: «Методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко, 2011), «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар — пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2011).

В результаті дослідження було визначено основні форми рольових позицій пацієнтів: «Міжособистісна залежність» (20,75 %), «Функціональне співробітництво» (16,98 %), «Пасивність» (13,20 %), «Партнерство» (13,20 %), «Псевдопартнерство» (7,54 %), «Неадекватність» (7,54 %), «Дистанціювання» (5,65 %) та змішана форма (15,14 %). Досліджено особливості рольових позицій пацієнтів в залежності від їх гендерних характеристик. Так, у чоловіків, хворих на НР, домінують такі РПП як «Функціональне співробітництво» (10,04 ± 2,45), «Пасивність» (9,89 ± 2,44) та «Міжособистісна залежність» (9,45 ± 2,15). У чоловіків з ПР найбільше виражені риси псевдопартнерства (11,01 ± 2,45) та неадекватності (10,21 ± 2,13) при спілкуванні з медичним спеціалістом. Менше за все у них, незалежно від нозологічної належності, відзначається партнерська позиція (7,82 ± 1,67 та 4,81 ± 1,63 відповідно). У жінок, хворих на НР, домінує міжособистісна залежність (16,25 ± 4,21) у взаєминах з лікарем. Найменше у них виражені риси функціонального співробітництва (7,07 ± 2,61). У жінок з ПР домінують риси неадекватності (10,34 ± 2,15) та псевдопартнерства (8,09 ± 2,11). Менше за все для них характерна партнерська форма РПП (4,23 ± 1,75). В цілому у чоловіків, хворих на НР, більше, ніж у жінок, відзначається функціональне співробітництво з лікарем (5,07 ± 2,61 та 10,04 ± 2,45 відповідно, $p < 0,05$) та менше виражена міжособистісна залежність у взаєминах з ним (9,45 ± 2,15 та 16,25 ± 4,21 відповідно, $p < 0,05$). У чоловіків з ПР, на відміну від жінок, відзначається більша вираженість рис псевдопартнерської рольової позиції (11,01 ± 2,45 та 8,09 ± 2,11 відповідно, $p < 0,05$) і менша представленість міжособистісної залежності при взаємодії з лікарем (4,32 ± 1,24 та 5,88 ± 1,72 відповідно, $p < 0,05$).

Таким чином, відзначаються такі особливості рольових позицій хворих на неврологічні та психічні розлади. Чоловіки, хворі на НР, більше, ніж жінки, схильні до функціонального співробітництва з лікарем та менше проявляють міжособистісну залежність у взаєминах з ним. У чоловіків з ПР, порівняно з жінками, відзначається більша вираженість рис псевдопартнерської позиції і менша представленість міжособистісної залежності при взаємодії з лікарем. Отримані результати можуть бути використані в ході організації лікувально-реабілітаційних заходів та створення психокорекційних програм для хворих на НР та ПР.

УДК 616.89:615.832.97-08

Бредня В. Ф.*, Бредня В. В.**

**ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), **Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3*

КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Краниоцеребральная гипотермия (КЦГ) является биологическим видом терапии, которая в первую очередь направлена на болезнь как биологический процесс и на организм в целом.

Основной механизм действия — это стимуляция компенсаторных процессов. Холодовое воздействие на головной мозг участвует в регуляции корково-подкорковых взаимоотношений.

В. И. Реминяк, И. В. Реминяк в своей монографии «Краниоцеребральная гипотермия в психиатрии» описывали, что КЦГ как метод лечения относится к группе так называемых «активных» методов. Реализация физиологического эффекта гипотермии осуществляется на уровне подкорковых структур путем воздействия на центры терморегуляции, вызывая реакцию адаптации, и тем самым способствует самогенезу.

Применение краниоцеребральной гипотермии в клинической практике приводит к снижению внутричерепного давления, повышается устойчивость к гипоксии. Таким образом, краниоцеребральная гипотермия предполагает одновременное воздействие на различные патологические механизмы заболевания. Применение метода гипотермии в психиатрической практике является эффективным методом при лечении различных форм психических заболеваний.

В отделении нашего института мы применяем краниоцеребральную гипотермию для снижения терапевтической резистентности у больных, страдающих эндогенными психозами, безремиссионными формами течения шизофрении, затяжных форм течения депрессий, а также больных, страдающих неврозами, ипохондрическими состояниями, дисциркуляторными энцефалопатиями различного генеза.

Гипотермия проводится в режиме умеренной глубины. Эффект применения гипотермии в этом режиме повышает чувствительность к психотропным препаратам, нормализует деятельность вегетативной нервной системы, улучшает настроение, внимание, память, сосредоточение, повышается умственная и физическая работоспособность.

После проведения краниоцеребральной гипотермии в течение 15—18 дней постепенно нормализуется психическое состояние больных.

Метод краниоцеребральной гипотермии безопасен и не имеет абсолютных противопоказаний.

По данным отдаленного катамнеза эффект проводимой КЦГ оказался устойчивым, что говорит о высокой экономической эффективности метода и его перспективности, что и соответствует принципам доказательной медицины.

УДК 616.88-008.44-08

Бредня В. Ф.*, Бредня В. В., Бредня Т. С.**

**ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков),* *Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3*

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Лечение больных нервной анорексией представляет большие трудности, ибо больные с этим видом патологии чрезвычайно резистентны к психотропной терапии.

Больных нервной анорексией лечат амбулаторно и стационарно. Однако, сейчас установлено, что для успешного лечения этих больных, особенно с выраженной кахексией, их необходимо стационировать в психосоматические стационары или в специализированный гастроэнтерологический стационар с обязательной постоянной консультацией психиатра, психотерапевта.

Стационарное лечение проводится в случаях тяжелой анорексии, когда больных госпитализируют по жизненным показаниям. Амбулаторное лечение возможно лишь тогда, когда вторичные соматоэндокринные расстройства не достигали степени выраженной кахексии и не угрожали жизни больных.

Лечение больных нервной анорексией должно проводиться поэтапно:

1 этап — неспецифического лечения, направленный на улучшение соматического состояния;

2 этап — специфического лечения — лечения основного заболевания в соответствии с его нозологической принадлежностью.

Цель первого этапа лечения — приостановить снижение массы тела, укрепить соматическое состояние и подготовить больных к последующему специфическому, патогенетическому лечению.

Терапия нервной анорексии требует дифференцированного, индивидуализированного лечения, направленного, в первое время, на нормализацию водно-солевого обмена, электролитов, углеводного, жирового и белкового обмена, к таким препаратам для парентерального питания относятся полиамин — белковый препарат, который вводится внутривенно капельно — скорость введения — 25—35 капель в 1 мин., суточная доза 400—1200 мл, берламин — препарат для ведения через зонд и ряд других для парентерального введения.

Должен проводиться ежедневный контроль артериального давления, пульса, массы тела. Наряду с коррекцией метаболических нарушений целесообразно назначение одного из антидепрессантов, таких как эглонил, лудиомил, паксил, ципралекс, феварин, золофт, а также флорисед. По данным ряда авторов хороший терапевтический эффект при нервной анорексии оказывает френолон, который стимулирует пищевое поведение.

С первых же дней больным необходимо назначать дробное, небольшими порциями питание, 6—7 раз в день. Строго следует следить за тем, чтобы больные искусственно не вызывали рвоту.

Специфический этап лечения наиболее сложен, т. к. терапия здесь направлена на основное заболевание: шизофрения, биполярное, депрессивное расстройство, неврозы, акцентуация характера. Ведущим методом лечения больных с нервной анорексией является сочетание медикаментозной терапии с различными видами психотерапии. Методы психотерапии должны варьировать от рациональной и суггестивной до аутотренинга. При этом обязательно необходимо учитывать личностные особенности пациентов. Особое место в психокоррекционной работе с больными нервной анорексией, независимо от ее нозологической принадлежности, занимает семейная психотерапия. Важен и комплайенс врач — больной — семья — общество.

Необходима комплексная терапия с включением гепатопротекторов, полиоксидоний, адаптогены, поливитамины с минеральными добавками, нормотимики.

Лечение должно быть длительным, до полного выхода из психотерапевтического состояния и стабильностью соматического статуса.

После выписки из стационара больные должны переводиться на поддерживающее лечение в амбулаторных условиях современными антидепрессантами и постоянным систематическим контролем веса больных.

При ухудшении психического состояния (бред/отравления, психогенная рвота и др.) и снижении массы тела показана инфузионная терапия, полиоксидоний, постепенное увеличение дозировок антидепрессантов в стационарных условиях с активизацией психокоррекционной работы.

Проведенный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий дает положительные результаты при нервной анорексии и других психосоматических формах анорексии.

УДК 616-082:159.61:615.011.3

Бучок С. Ю.

Ужгородський національний університет

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАСТАНОВ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЩОДО ПСИХІЧНО ХВОРИХ ПІСЛЯ ВИВЧЕННЯ КУРСУ ПСИХІАТРІЇ

Згідно з даними офіційної статистики, в Україні за допомогою до лікаря-психіатра за минулий рік звернулись майже 2,5 % відсотка українців. Переважна більшість користувачів психіатричної допомоги, що хоча б одноразово звертался за допомогою до відповідних спеціалістів, не вважає доцільним чи «престижним» про це говорити з оточуючими, очікуючи (часто небезпідставно) упередженого до себе ставлення. В багатьох розвинутих країнах світу існує подібна проблема під назвою «стигматизація».

Стигма (від др. — грец. στίγμα — знак, клеймо, тавро — негативне виділення суспільством особистості чи соціальної групи за окремою ознакою з наступною сукупністю соціальних реакцій на дану особистість чи представників соціальної групи. Це поняття якнайкраще відображає відокремлення людей, що звертались до лікаря-психіатра, із суспільного загалу. Тому, без вирішення проблеми дестигматизації психічно хворих, неможливо розраховувати на їхню успішну соціально-психологічну адаптацію в суспільстві, навіть враховуючи очевидні успіхи сучасної психофармакології, що значно розширюють медичні ресурси реабілітаційного процесу. Відповідно, усвідомлення та виявлення шляхів подолання складного кола питань ставлення до психічно хворих серед різних груп населення, а в даному дослідженні — студентів-медиків, є важливим та принциповим завданням, що має на меті створення оптимальних моделей взаємодій у тріаді «суспільство — працівники служб охорони психічного здоров'я — хвора людина».

Метою дослідження було вивчити трансформацію ставлення студентів 4-го курсу медичного факультету УжНУ до психічно хворих в процесі вивчення курсу «Психіатрія та наркологія».

Для проведення анкетування була використана спеціальна анкета, розроблена в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Вона включає в себе 39 запитань, які стосуються рівня поінформованості респондентів в галузі психіатричної проблематики, а також питань довіри до колишніх пацієнтів психіатричних закладів, їх уявної чи дійсної суспільної небезпеки та ін.

У дослідженні взяли участь 136 студентів 4-го курсу медичного факультету, які вивчали предмет «Психіатрія та наркологія».

В процесі ознайомлення з проявами симптоматики психічних розладів, варіантами перебігу патології, можливостями сучасної психофармакології та юридично-правовими аспектами надання гарантій психічно нездоровим особам у 39,7 % студентів покращилось ставлення до психічно хворих, з`явилось розуміння необхідності дестигматизації цих груп пацієнтів і подолання існуючої соціальної упередженості. Виразною ознакою позитивних трансформацій виявилася зміна професійної орієнтації студентів в напрямку вибору професії психіатра. Проте у більшості респондентів залишається сталим упереджене ставлення до пацієнтів психіатричних закладів, активне несприйняття можливостей соціальної чи професійної співпраці з ними в майбутньому.

УДК 616.895.8:615.214-08

Варшавский Я. С., Завалко Ю. Н., Левченко А. Д.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕРОКВЕЛЬ XR® ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Лечение больных шизоаффективными расстройствами остается одной из сложных проблем современной психиатрии. Основной задачей психофармакологии является создание максимально эффективных препаратов, обладающих терапевтическим действием в отношении психопатологических симптомов, при минимуме побочных эффектов. Наглядным подтверждением тому служит факт, что внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотиков не привело к однозначному предпочтению при определении терапевтической тактики. Вероятно, это объясняется тем, что согласно исследованиям, внимание которых уделялось не только показателям большей эффективности антипсихотиков второго поколения в отношении коррекции ряда психопатологических расстройств, но и безопасности, было отмечено частое появление у больных нейроэндокринных дисфункций за счет повышения содержания в крови пролактина.

Нами обследовано 17 больных, находящихся на стационарном лечении в остром мужском отделении № 31 КУ «ДКПБ»ДОС» по поводу шизоаффективного расстройства, из них — маниакальный тип имели 10 чел. (58,8 %), депрессивный — 4 (23,5 %), смешанный — 3 (17,6 %). Средний возраст — 32,3 ± 1,8 года. Все пациенты принимали до госпитализации атипичные антипсихотики как минимум 12 недель: амисульприд — 7 чел. (41,2 %) в средней дозировке 256 ± 144 мг/сут, рисперидон — 6 чел. (35,3 %) в средней дозировке 4,7 ± 1,4 мг/сут, оланзапин — 4 чел. (23,5 %) в средней дозировке 19,3 ± 5,9 мг/сут. У всех пациентов на момент поступления отмечались нейроэндокринные расстройства: снижение либидо — 7 (41,2 %), нарушение эрекции — 6 (35,3 %), нарушение эякуляции — 2 (11,8 %), гинекомастия — 2 (11,8 %). Контроль уровня пролактина выявил существенное повышение пролактогенной активности у всех пациентов: так, у принимающих рисперидон средний показатель уровня пролактина составил 1471 ± 203,4 мкМЕ/мл, оланзапин — 935,1 ± 137,3 мкМЕ/мл, амисульприд — 753 ± 159,6мкМЕ/мл (при норме у мужчин — 96—456 мкМЕ/мл).

Все пациенты были переведены на лечение атипичным антипсихотиком пролонгированного действия Сероквель XR®, в связи с тем, что данный препарат не только не приводит к повышению уровня пролактина, но и способен понижать исходно повышенный его уровень. Средняя дозировка препарата составила 400 мг в сутки и была рекомендована в качестве поддерживающей в амбулаторных условиях. Катамнестически через 6 месяцев у всех пациентов отмечена достоверная ($p < 0,05$) редукция нейроэндокринных нарушений и нормализация уровня пролактина в крови.

Полученные результаты имеют практическое значение и свидетельствуют о том, что Сероквель XR® может быть рекомендован как первоочередное средство для лечения шизоаффективных расстройств, способствующее устранению проявлений гиперпролактинассоциированных побочных эффектов.

УДК 616.853:613.83:616.89-008.19-008.46

***Васильева О. А.*[1], *Пайкова Л. Н.*[1], *Бабкина Ю. А.*[1], *Филимонова Н. Б.*[2]**

[1] *ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков),* [2] *Киевский Национальный университет имени Тараса Шевченко (г. Киев)*

ВЛИЯНИЕ ТРАНСФОРМАЦИЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ НА КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Во многих работах имеются указания на связь когнитивных, личностных и других нарушений у больных эпилепсией с частотой и тяжестью эпилептических припадков, уровнем контроля над приступами или побочными эффектами противоэпилептической терапии. Однако ни в одной из работ не встретилось сообщение об изучении трансформаций эпилептических припадков и их влиянии на когнитивные и эмоциогенные механизмы головного мозга пациентов с эпилепсией. В связи с тем, что на клиническом материале нами были получены данные о наличии разнонаправленных (позитивных и негативных) трансформаций эпилептических припадков у исследуемых больных, которые проявлялись утяжелением или улучшением течения заболевания, прогрессом или регрессом клинико-неврологических нарушений на фоне трансформаций, было решено провести оценку влияния трансформаций эпилептических припадков на эмоционально-волевые и когнитивные изменения у этой категории больных.

Работа выполнялась на 36 больных эпилепсией с различным течением болезни и трансформациями эпилептических припадков. Исследование эмоционального состояния проводили с помощью компьютерной программы, созданной на основе шкал самооценки уровней личностной и реактивной тревожности (по Ч. Спилбергеру, 1966, 1973) и общей тревоги (по Дж. Тейлору, 1955). Исследование психофизиологического состояния больных эпилепсией проводили по компьютерной программе, созданной на основе ряда психофизиологических методик оценки высших психических функций и ЦНС (Лоскутова Т. Д. и др., 1975) и адаптированной Филимоновой Н. Б. для проведения исследований на больных с аддикциями, эпилепсией, социальной фобией. У больных с разным течением эпилепсии изучали следующие когнитивные функции: внимание, кратковременную память, латентные периоды простой сенсомоторной реакции, реакции выбора, в том числе правой и левой руки, функциональный уровень ЦНС и уровень функциональных возможностей ЦНС, стойкость реакции. Считается, что вариационные характеристики временных показателей двигательной реакции отражают вероятностно-статистический принцип работы мозга.

Исследование выявило у больных эпилепсией значительное нарушение концентрации и переключения внимания, снижение памяти и работоспособности, что свидетельствовало о наличии когнитивных нарушений у этих больных. Наиболее тяжелые и быстро прогрессирующие изменения отмечались у больных с негативными трансформациями эпилептических припадков. Анализ исследований эмоционального состояния выявил у больных с неблагоприятным течением эпилепсии преимущественно высокий (в 55 %) и средний (в 23 %) уровень общей тревоги по Дж. Тейлору, у остальных больных отмечалась низкая тревожность. В целом по группе больных с негативными трансформациями общая тревога по Тейлору составляла (37,0 ± 2,7) баллов. Личностная тревожность по Спилбергеру также была высокой (в 56 %) у больных с негативными трансформациями припадков. У больных с позитивными трансформациями припадков в 32 % случаев выявлены средний уровень общей и умеренный — личностной тревожности, у 62 % больных — низкий уровень, в 6 % случаев была высокая общая и личностная тревожность.

В ходе исследований была отмечена взаимосвязь между показателями когнитивных и эмоциональных нарушений с направленностью трансформации эпилептических припадков и с тяжестью течения эпилепсии. Динамика изучаемых показателей (их улучшение или ухудшение) на фоне проводимой антиэпилептической терапии позволила выявить достоверную связь с клиническими проявлениями (регрессом или прогрессом) неврологических нарушений.

Таким образом, динамика этих показателей может быть важным объективным критерием оценки типа течения (благоприятное, неблагоприятное) эпилепсии и отражать адекватность проводимой терапии.

УДК 616.89+616-006.6]-084

Васильєва Г. Ю.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького (м. Донецьк)

ДО ПИТАННЯ ПРО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНУ ІНТЕРВЕНЦІЮ У КОМПЛЕКСНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПАЦІЄНТОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ОРГАНІВ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ

Зростаюча поширеність злоякісних новоутворень органів жіночої репродуктивної системи і значне омолодження цього контингенту хворих приводять до збільшення кількості пацієнтів з психопатологічними розладами, що маніфестують у зв'язку з цими захворюваннями. За даними сучасних досліджень, показники поширеності психічних порушень у пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів репродуктивної системи, досить високі. За різними оцінками, середня поширеність психічних порушень при раку молочної залози оцінюється в межах 30—45 %, а пухлин гінекологічної сфери — 17—25 %. Один з найважливіших напрямків сучасної психоонкології пов'язаний з виявленням, своєчасною діагностикою та лікуванням психопатологічних розладів, що знижують якість життя онкологічних хворих та погіршують клінічний перебіг та прогноз пухлинного процесу.

Значення психотерапії для пацієнток зі злоякісними новоутвореннями органів репродуктивної системи визначається затребуваністю інтервенції психотерапевтичних корекційних програм в сучасну онкологічну практику. Найбільш психотравмуючим для хворих жінок є низка факторів: важкість онкологічного діагнозу, необхідність оперативного втручання та госпіталізація в онкологічний стаціонар, значний обсяг оперативного втручання з наслідками, що призводять до каліцтв, необхідність перед- і післяопераційної специфічної терапії (хіміо- та радіаційної терапії), висока ймовірність подальшої інвалідизації і низька ймовірність відновлення працездатності, а також ймовірність руйнування сім'ї та подружніх відносин.

Основною метою психокорекційних втручань є зниження рівня тривоги і депресії, позбавлення пацієнток від відчуття безнадійності, пов'язаної з маніфестацією, рецидивом і/або метастазуванням онкологічної патології, допомоги жінкам більш адекватно оцінити значення психотравмуючих подій, пов'язаних із хворобою, долати біль, песимістичне сприйняття ситуації, скоригувати ірраціональні настанови, виокремити або сформувати нові адекватні цілі та нові перспективи, мобілізувати зусилля, коригувати страх хвороби, а також несприятливі особистісні особливості пацієнток з метою повернення їм їхніх соціально-рольових функцій. В організаційному плані оптимальною для застосування є консультаційно-єднальна модель надання медичної допомоги, яка передбачає спільну курацію пацієнток онкологом і психотерапевтом. Крім того, необхідно дотримуватися системності і багаторівневості психотерапевтичного впливу, що враховує особливості організації лікувального процесу в спеціалізованому протипухлинному центрі; максимальну індивідуалізацію психотерапевтичних впливів з урахуванням сфери ушкоджень фізіологічних систем організму, давності, тяжкості та стадії онкологічного захворювання; диференційоване поєднання патогенетичної, симптоматичної і профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів при поєднанні індивідуальних і групових («палатних») форм роботи з онкохворими з активним залученням до лікувального процесу членів сімей онкохворих (сімейна психотерапія). Крім того, при проведенні психотерапії онкологічно хворим необхідно враховувати те, що корекція має проводитися постійно, на всьому протязі захворювання.

Таким чином, психотерапевтична інтервенція є необхідною складовою комплексної реабілітації жінок зі злоякісними новоутвореннями репродуктивної сфери.

УДК 616.24-003.6-071.2-072.8-08:615.851

Васякіна Л. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗИ

Пневмоконіози (ПнК) є значною проблемою вітчизняної пульмонології у зв'язку із збільшенням поширеності захворювання, обтяженням його перебігу й ростом інвалідності. Актуальність терапії таких захворювань не викликає сумнівів у зв'язку з широким розповсюдженням даної патології. і хоча багато дослідників схильні бачити прямий зв'язок між захворюванням і соціально-економічною ситуацією, ця патологія має місце і в різних соціальних групах населення і в різних (в тому числі економічно розвинених) країнах світу. Психологічний стан хворого дуже впливає на ефективність лікування. У частини пацієнтів виникають проблеми, пов'язані з професійними обмеженнями, необхідністю змінити сферу діяльності в зв'язку з тривалим лікуванням.

Тому розроблення програм реабілітації, які включають різні аспекти, що враховують психологічні особливості, ставлення до хвороби і лікування, а також якість життя пацієнтів з ПнК є актуальною.

Метою дослідження було розроблення програм психосоціальної реабілітації хворих на ПнК в умовах медикаментозної ремісії (реадаптації) та підтвердження їх ефективності за допомогою вивчення якості життя пацієнтів з ПнК.

Дослідження проводили на протязі 2008—2011 років на базі 3-го терапевтичного відділення КЛПУ «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань» (Донецьк). До групи обстежених увійшли 76 хворих на ПнК у віці від 40 до 60 років, із них 72 (95,13 %) — чоловіки і 4 (4,87 %) — жінки.

Для вирішення поставленої мети використано клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичні методи.

Проводили комплексне обстеження кожного пацієнта, яке включало клінічний огляд (збір скарг, вивчення анамнезу хвороби і життя). Для вивчення якості життя використовували загальний опитувальник якості життя ЯЖ ВООЗ-100.

Для оцінки ефективності запропонованих програм реабілітації 112 хворим ПнК було проведено динамічне спостереження протягом 3-х місяців з контролем ефективності проведених заходів. Вони склали основну групу динамічного спостереження. Для порівняння ефективності запропонованої програми була сформована група порівняння — 30 хворих на ПнК, які перебували під амбулаторним спостереженням, але їм не проводили комплекс реабілітаційних заходів.

Програма психосоціальної реабілітації складалась з трьох етапів: стаціонарного, амбулаторного, та етапу реадаптації. Під час перебування в клініці хворим призначали комплекс оптимальних для кожного реабілітаційних заходів: індивідуальний підбір дози терапевтичних препаратів — відповідно до тяжкості захворювання, фізіотерапевтичні процедури, дихальна гімнастика та масаж, проводили освітні програми та засоби психотерапевтичного впливу.

Третій етап — психосоціальної реабілітації (повної або часткової) у власному змісті цього слова — характеризується відновленням індивідуальної й суспільної цінності хворого, що існувала до хвороби, та відносин з навколишньою дійсністю. Важливими особливостями є правильна оцінка стану здоров'я пацієнтів, істотне скорочення обсягу біологічної терапії, вирішення питань про клінічне видужання й завершення реабілітаційних програм. Саме тому аспекти об'єктивної, добре аргументованої діагностики стійких ремісій ПнК мають дуже велике значення.

На завершальному етапі реабілітації хворих ПнК необхідно не тільки обґрунтувати, але й конкретно реалізувати розширення трудових, соціально-трудових рекомендацій й організувати побут і працевлаштування хворого. У зв'язку з вирішенням питань третього етапу реабілітації нами було поставлено низку конкретних завдань: 1) вивчення строків настання ремісій ПнК залежно від характеру перебігу захворювання; 2) використання психологічних показників для об'єктивізації характеру ремісій; 3) вироблення тактики медикаментозного лікування й психокорекції хворих з ремісіями.

Таким чином, використання розробленої системи реабілітації вже на першому етапі дозволило стабілізувати симптоматику захворювання у 61,40 % хворих, на другому етапі ремісія зберігалася в 46,60 %, а на третьому етапі стійка ремісія захворювання, підтверджена даними інструментальних і психологічних досліджень, була отримана в 37,90 % хворих.

Своєчасна клініко-психопатологічна, психодіагностична, соціально-психологічна діагностика, використання поетапної біологічної терапії, психотерапії та інформаційних технологій дозволяють значно збільшити відсоток хворих як зі стійкою ремісією захворювання, так і з медикаментозною ремісією захворювання, що сприяє поліпшенню соціального функціонування і якості життя хворих на ПнК.

УДК: 616.895.87+616-018.-07-08:615.851

Венгер О. П., Смашна О. Є., Мисула Ю. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського»

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ, ЩО ПЕРЕБІГАЄ З СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Завдання оптимізації лікування пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та коморбідні соматичні захворювання, полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту, але і в мінімізації побічних проявів і ризику ускладнень, уникнути яких особливо важко при підвищеній медикаментозній чутливості і наявності соматичної обтяженості, що пов'язано з потребою одночасного призначення психо- та соматотропного лікування.

Метою нашого дослідження було оптимізувати надання психофармакологічної допомоги пацієнтам, враховуючи синдромопластичний вплив коморбідних соматичних захворювань на клінічну картину параноїдної шизофренії; виокремити принципи диференційованого підходу до призначення психотропних засобів у спектрі їх психо- та соматотропної активності.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-динамічний, експериментально-психологічний.

Для реалізації мети дослідження за період 2010—2012 років на базі Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні нами було обстежено 68 пацієнтів, що страждали на параноїдну шизофренію та коморбідні соматичні захворювання (18 — з супутніми захворюваннями сечовидільної системи, 17 — з захворюваннями серцево-судинної систем, 16 — з захворюваннями травної системи та 17 — з захворюваннями дихальної системи).

З урахуванням матеріалів власних досліджень, сформульовані такі загальні рекомендації: 1). При використанні нейролептиків пріоритетним є монотерапія та призначення малих та середніх терапевтичних доз. 2). Для мінімізації побічних проявів та встановлення індивідуальної переносимості збільшення добової терапевтичної дози препаратів проводиться поступово. 3). При призначенні психотропних засобів враховується можливість їх взаємодій з соматотропними препаратами, а також виникнення проявів «поведінкової токсичності», тому в процесі терапії робиться підбір адекватних доз антипсихотиків, а при необхідності — зміна препаратів або призначення на фоні мінімальних доз антипсихотиків адьювантних засобів. 4). Перевага надається медикаментам, що не лише не порушують функцій внутрішніх органів, але і мають сприятливі соматотропні ефекти.

У обстежених пацієнтів у клінічній картині параноїдної шизофренії достовірно частіше спостерігалися депресивний, тривожний з високим рівнем соматичної занепокоєності, депресивно-іпохондричний, сенесто-іпохондричний з проявами соматопсихічної деперсоналізації, депресивно-параноїдний синдроми з астено-аненергічним компонентом, ідеаторним загальмуванням, схильністю до самопошкоджень. Особливості призначення антипсихотичної терапії у даної групи пацієнтів, поряд з призначенням антипсихотиків як основного лікування, полягали в необхідності корекції спотвореної депресивно-іпохондричної настанови щодо соматичних процесів та відчуттів шляхом призначення антидепресантів-трициклів та СІЗЗС, нормотимиків (карбамазепін) з вегетостабілізуючою, знеболюючою метою. Також враховували соматотропні побічні ефекти антипсихотиків з впливом на сечовидільну систему.

Таким чином, оптимізація терапії параноїдної шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту від призначення психотропних засобів, але і в мінімізації їх побічних ефектів і ризику ускладнень терапії, врахування їх соматотропних ефектів, а також особливостей фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії. Психопатологічні синдроми, що включаються у клінічну картину шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях різних систем організму, потребують комбінованого застосування антипсихотиків з психотропними засобами та інших основних груп (анксіолітики, антидепресанти, нормотиміки)

УДК: 616.898.29

Винник М. І., Мисула Ю. І.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського»

ПОРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Дослідження когнітивних особливостей у хворих на шизофренію є актуальним і з позиції феноменологічного підходу, з огляду на потребу оптимізації психофармакотерапії даного контингенту пацієнтів.

Мета дослідження: на основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних, клініко-динамічних характеристик пацієнтів дослідити закономірності когнітивних функцій, що включають пам'ять, увагу, навчання, виконавчі функції, оцінюються за допомогою набору стандартизованих тестів, які дозволяють судити про ступінь їх порушення і передбачувану локалізацію мозкових змін у пацієнтів з шизофренією. На основі отриманих даних оптимізувати підходи до психофармакологічного та психотерапевтичного лікування.

Для реалізації мети дослідження за період 2009—2012 років на базі Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні нами було обстежено 87 пацієнтів, що страждали на параноїдну шизофренію.

В плані порушення когнітивних функцій в усіх хворих спостерігались як суб'єктивні, так і об'єктивні ознаки. В усіх хворих спостерігалось невірне розпізнавання значення інформації у соціальному контексті, нездатність навіть короткочасно утримувати інформаційний матеріал, що частіше за все було спричинене низькою ініціативою та схильністю до зниження свідомої спрямованості уваги на корисні стимули, утрудненням відбору, що супроводжується зміщенням корисної і неістотної інформації. Також у майже всіх пацієнтів виявлені помилки у встановленні зв'язків між окремими елементами інформації, котра надходила, спостерігались труднощі в розмежуванні конкретного й абстрактного, частини і цілого, явних і прихованих значень, дотримання логічних правил. Помилкова переробка інформації супроводжувалася вибором неадекватних варіантів реагування на цю інформацію. Також спостерігалась неможливість ефективно об'єктивізувати зовнішні та внутрішні стимули, що часто позбавляло хворих можливості успішного особистісного регулювання окремих психічних процесів, переживань та поведінки. На рівні сприйняття характерним було порушення швидкого візуального сприйняття об'єму деталей складних конфігурацій та замаскованої інформації. Когнітивні відхилення відбивалися і на вербальній продукції хворих. Їхні дефініції були не завжди визначеними, часто замінювалися безліччю асоціацій, спостерігалася зміна вербального словника із зниженням питомої ваги слів, котрі використовуються для повноцінного забезпечення комунікативних функцій. Вони частіше використовували малозначимі, нестандартні властивості предметів і спостерігалось зменшення частоти використання стандартних, з практичного боку, більш значущих ознак. Когнітивні розлади у досліджуваних хворих також виявлялися в їх спілкуванні у вигляді нездатності суміщати фокус уваги із співбесідником, точно виражати свою думку, гнучко і точно вибирати прийоми комунікації. Також виявлялися достатньо типові когнітивні помилки в мисленні хворих, це — неправомірні узагальнення (використання логічно невиправданих паралелей для пояснення подій), вибіркове абстрагування (неправомірне використання частини для оцінки цілого), помилки в правильній атрибуції власної ролі в тому, що відбувається і своїй відповідальності, помилки в правильній побудові причинно-наслідкових ланцюгів подій, тенденції до «чорно-білих» оцінок. Також виявлялися виражені порушення усіх видів пам'яті (зорової, вербальної, короткострокової, робочої та асоціативної). Таким чином, когнітивна дисфункція при шизофренії має велике прогностичне значення. У зв'язку з цим вона повинна враховуватися під час оцінки клінічного стану та ефективності нових антипсихотичних засобів.

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

Височин Є. В., Рачкаускас Г. С., Погребняк Л. Л., Мулік Є. О.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

КОНЦЕНТРАЦІЯ ЦИКЛІЧНИХ НУКЛЕОТИДІВ (ЦАМФ ТА ЦГМФ) У КРОВІ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ, ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНАЦІЇ ЗОЛОФТУ ТА ІМУНОПЛЮСУ

Соматизовані депресивні розлади (СДР) підліткового віку характеризуються виникненням симптоматики, характерної для захворювань внутрішніх органів або нервової системи, що повторюється, та супроводжуються постійними вимогами медичного обстеження і лікування у лікарів-фахівців. За останні роки встановлено, що у розвитку синдрому «соматизації», одночасно з метаболічними зсувами суттєве значення мають також імунні показники. Тому метою нашої роботи стало вивчення концентрації циклічних нуклеотидів у крові підлітків, хворих на СДР, а також можливий вплив на них комбінації золофту та імуноплюсу.

Було обстежено 75 хворих (41 дівчина та 34 хлопця) віком від 12 до 18 років. Клінічні прояви хвороби відповідали рубрикам F 33.11 або F 32.11 згідно з критеріями МКХ-10. Усі хворі були поділені на основну групу (38 підлітків) та групу порівняння (37 підлітків) та отримували загальноприйняту терапію СДР. Хворі основної групи також додатково отримували комбінацію антидепресанту золофту по 1 таблетці (0,05 г) 1 раз на добу зранку протягом 28—35 діб поспіль та фітозасобу імуноплюсу по 1 таблетці (100 мг) 1 раз на добу внутрішньо протягом 20 діб поспіль. Крім загальноклінічного обстеження усіх хворих, які були під наглядом, також вивчали стан показників циклічних нуклеотидів — цАМФ, цГМФ в крові. Під час вивчення стану циклічних нуклеотидів було встановлено, що в обох групах хворих до початку лікування мали місце суттєві зсуви рівня цАМФ та цГМФ. Так, в основній групі підлітків, хворих на СДР, до початку лікування цАМФ складав (29,3 ± 0,7) нмоль/л, що було вище за норму в 2,42 рази ($P < 0,001$). цГМФ у осіб основної групи був збільшений до початку лікувальних заходів в середньому в 1,58 рази і дорівнював (8,2 ± 0,4) нмоль/л. Коефіцієнт цАМФ/цГМФ внаслідок такого підвищення показників був підвищеним в середньому в 1,58 рази та складав 3,6 ± 0,05 при нормі 2,3 ± 0,13. В групі порівняння до початку лікування показник цАМФ складав в середньому (30,1 ± 1,1) нмоль/л, що було вище норми в 2,49 рази ($P < 0,001$), цГМФ — в 1,61 рази і дорівнював (8,4 ± 0,45) нмоль/л ($P < 0,001$). Коефіцієнт цАМФ/цГМФ до початку проведення лікувальних заходів у осіб групи порівняння складав в середньому 3,6 ± 0,06, що перевищувало норму в 1,57 рази. Можна вважати, що отримані зміни в системі циклічних нуклеотидів стосовно їх рівня відображають певний ступінь порушення зрілості лімфоцитів. Після проведеного курсу лікування у хворих основної групи (які додатково отримували комбінацію золофту та імуноплюсу) відбувалася позитивна динаміка з боку вивчених нами показників. У хворих основної групи після проведеного лікування показник цАМФ знизився в 2 рази відносно вихідного показника та дорівнював в середньому (14,6 ± 0,35) нмоль/л, що вірогідно від норми не відрізнялося ($P > 0,1$). Показник цГМФ в цей період обстеження складав (5,4 ± 0,15) нмоль/л, що було нижчим за вихідний показник в 1,5 рази та також вірогідно від норми не відрізнялося. Внаслідок цього коефіцієнт цАМФ/цГМФ дорівнював 2,7 ± 0,08, знизившись у порівнянні з вихідним значенням в 1,33 рази. В групі порівняння показник цАМФ в динаміці лікування знизився в 1,42 рази відносно вихідного показника та складав (21,3 ± 0,9) нмоль/л, що було вище за норму в 1,46 рази ($P < 0,01$). Показник цГМФ у осіб групи порівняння, що отримували лише загальноприйняте лікування, дорівнював на момент завершення терапії (7,1 ± 0,18) нмоль/л, знизившись в 1,18 рази, але все ще був вірогідно вище за норму в 1,37 рази ($P < 0,01$). Коефіцієнт цАМФ/цГМФ внаслідок такого незначного зниження показників цАМФ та цГМФ також був вищим за норму в 1,3 рази та дорівнював 3,0 ± 0,07.

Таким чином, використання в комплексі лікування підлітків, хворих на СДР, сучасного антидепресанту золофт та імуноактивного препарату імуноплюс є патогенетично обґрунтованим, оскільки сприяє нормалізації цАМФ та цГМФ. Отже, отримані результати дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним застосування комбінації золофту та імуноплюсу в комплексі лікування підлітків, хворих на СДР.

УДК 159.9:378.1:614.23

Витенко И. С.*, Вьюн В. В.**
Центральный методический кабинет по высшему медицинскому образованию МЗ Украины (г. Киев), Харьковский национальный медицинский университет***

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ ПО ПРИНЦИПАМ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Здоровье и здравоохранение является важнейшим компонентом социально-экономической системы государства, влияющей на все стороны его деятельности. Как показывают зарубежный опыт и опыт развития отечественного здравоохранения, важнейшим условием построения рациональной системы первичной медико-санитарной помощи является разработка единых критериев профессиональной компетенции специалиста, оказывающего эту помощь.

Основное влияние на результативность профессиональной деятельности врача общей практики семейной медицины оказывает его адаптация к лечебной деятельности.

Проведенное нами комплексное обследования интернов — семейных врачей и врачей общей практики семейной медицины, имеющих стаж работы до 10 лет, показало широкую распространенность дезадаптивных реакций, структура которых была представлена пятью типами: астеническим (33,6 %), гиперестезическим (21,2 %), апатическим (15,8 %), депрессивным (17,5 %) и психосоматическим (11,9 %).

В ходе работы нами разработана и апробирована комплексная система психопрофилактической поддержки врача общей практики — семейного врача, которая включает в себя программы психологических и психосоциальных тренингов, а также систему психологического консультирования медицинских работников. Эта система включает в себя следующие тренинговые программы: *тренинг предупреждения развития стресс-реакции*, направленный на вскрытие патогенетической сути конфликта, определяющего запуск невротической реакции; активацию позитивных особенностей личности; коррекцию эмоциональных реакций; переработку стереотипа поведения, нормализацию системы эмоционально-волевого реагирования; изменение системы отношений. *Коммуникативный тренинг* направлен на регенерацию личностной активности и коррекцию неадекватных личностных отношений; на способность более точно понимать, принимать и вербализировать свои чувства; закрепление новых форм поведения и реагирования, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию, обучение способности выходить из конфликтных ситуаций путем поиска активных форм адаптивного поведения. *Когнитивный тренинг* направлен на повышение способности адекватно реагировать на проблемные ситуации и принимать конструктивные решения; на формирование адекватного самосознания, раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта; осознание связи между негативными эмоциями и появлением дезадаптивных состояний, особенностей своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, степень их адекватности и конструктивности; адекватность и реалистичность собственных потребностей, стремлений, мотивов, личностных установок; особенности формирования своей системы отношений.

Очень важным моментом психопрофилактической работы, по нашему мнению, является внедрение в учебный процесс в медицинских вузах дополнительных учебных курсов по основам конфликтологии, основам психоанализа, менеджмента в медицине.

Результаты катамнестического наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности предложенной системы психопрофилактической поддержки. При ее проведении достоверно реже наблюдались реакции дезадаптации у врачей, работающих по принципам семейной медицины.

УДК 616.89

К. А. Власова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ ЯК ПРЕМОРБІДНЕ ТЛО ДЛЯ РОЗВИТКУ ПОЄДНАНОЇ ІГРОВОЇ ТА АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

У рамках НДР «Розробити систему лікувально-профілактичних заходів щодо надання спеціалізованої медичної допомоги особам із хімічною та нехімічною адикціями (на моделі алкогольної та ігрової залежностей)» нами було вивчено особистісні риси, які беруть участь у формуванні залежностей та подальшому розвитку стану дезадаптації в осіб, що мають патологічний потяг до азартних ігор та алкоголю.

У 2011—2012 рр. проведено психодіагностичне дослідження 105 осіб з патологічним потягом до азартних ігор та залежністю від алкоголю. Серед обстежених переважали провідні риси акцентуацій характеру у вигляді демонстративності (16 %), збудливості (14 %), гіпертимності (17 %), циклотимності (15 %). Меншою мірою були виявлені такі акцентуації особистості: застрягання (13 %), тривожно-боязливість (14 %) та педантичність (13 %).

Отримані результати дослідження обстежених були узагальнені за методикою К. Леонгарда — Г. Шмішека, було враховано також і анамнез життя, що дало можливість зробити висновок, що досліджувані із високою вірогідністю акцентуації за демонстративним типом характеризувалися схильністю до прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, позерству, демонстрування емоційної лабільності. У 38,0 % досліджуваних встановлено схильність до конфліктності. У 59,0 % виявлено егоцентризм із неадекватною самооцінкою власних дій.

Обстежені з діагностованою акцентуацію за збудливим типом, характеризувалися слабкістю емоційного контролю. Такі досліджені проявляли підвищену імпульсивність (16,7 %), схильність до конфліктів (28,4 %), низьку мотивацію до праці (28,6 %), слабкість ставлення до власних зобов'язань (22,9 %).

Обстежені із акцентуацією за гіпертимним типом в цілому характеризувалися як такі, що мали недолік «почуття дистанції» у відносинах з іншими людьми (33,0 %), непередбачуваними вибухами гніву та підвищеною роздратованістю (34,1 %).

Обстежені із емотивним типом акцентуації характеризувалися зниженою здатністю до вираження мовними або мовленнєвими засобами відчуттів, настроїв, переживань (32,0 %), внутрішнім страхом щодо дій оточуючих (33,5 %).

Таким чином, нами було виявлено, що основними особистісними рисами, які беруть участь у формуванні залежностей та подальшому розвитку стану дезадаптації, є акцентуації характеру за демонстративним, збудливим, гіпертимним та циклотимним типом, що у майбутньому можуть стати несприятливим тлом для розвитку поєднаної ігрової та алкогольної залежностей.

УДК 616.89

Ю. А. Войтенко

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

ЗВ'ЯЗОК МІЖ ПАТОЛОГІЧНИМ ГЕМБЛІНГОМ ТА СУПУТНІМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Проблема азартних ігор є складною і часто поєднується з іншими психічними розладами. Патологічний гемблінг має широкий спектр негативного впливу як на саму особистість, так на сім'ю чи суспільство. Негативні наслідки включають в себе фінансові проблеми, подружні конфлікти, злочинну поведінку, елементи насильства в сім'ї, а також важкі емоційні та психічні проблеми зі здоров'ям. Особи, залежні від психоактивних речовин, мають підвищений ризик до ігрової залежності. Про це свідчать переконливі дані репрезентативних епідеміологічних досліджень, проведених за кордоном, зокрема, що патологічний гемблінг в 4 рази частіше спостерігається серед осіб з алкогольною залежністю, ніж у осіб без неї (Gerstein; Kessler; Petry; Welte). Проте в нашій країні такі дослідження не проводилися.

Метою даного дослідження було визначення поширеності супутніх психічних розладів серед осіб з ігровою залежністю. У вибірку були включені пацієнти з ігровою залежністю (n = 30), серед яких 27 чоловіків, та 3 жінки, віком 21,9 ± 4,7 р. Дослідження проводилося у першому півріччі 2012 року на базі Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Результати показали, що 63,3 % (n = 19) учасників протягом свого життя страждали на супутні психічні розлади. Найбільш поширеним серед коморбідних розладів є афективні порушення, розлади адаптації та розлади, викликанні вживанням психоактивних речовин. Патологічні гравці, у яких були супутні психічні розлади, мали значно серйознішу психопатологічну картину, нижчий рівень соціального функціонування та гірше піддавалися лікувальним заходам, у порівнянні з пацієнтами без супутніх порушень. Майже половину коморбідної патології складають розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, серед них зловживання алкоголю — 30,0 % (n = 9). Крім того, алкогольна залежність ускладнює перебіг ігрової аддикції.

Результати даного дослідження наводять на думку про подібність хімічної та нехімічної аддикцій і, можливо, вказують на їхню єдину етіологічну природу чи навіть на генетичний фактор схильності до девіантного типу поведінки. Таким чином, дане дослідження здатне зробити вагомий крок у розуміння поняття залежності, а також відкрити нові можливості профілактики та лікування ігроманії з урахуванням супутніх психічних розладів.

УДК: 616.831-001.34: 615.015.6

Волошина Д. Н.**/, Линский И. В.****

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), КЗОЗ «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3» (г. Харьков)***

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ УВЛЕЧЁННОСТИ ЧТЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Цель исследования: изучить частоту встречаемости различных степеней аддикции к чтению у пациентов с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой

травмы (ЧМТ) в сравнении с психически здоровыми лицами контрольной группы.

На базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 обследовано 29 пациентов мужского пола в возрасте 50 ± 15 лет с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы. Группу сравнения составили 29 здоровых добровольцев мужского пола в возрасте 45 ± 10 лет. В группах оценивали выраженность степеней зависимости от чтения при помощи READING-UDIT (Reading's Usage Disorders Identification Test) — теста для выявления расстройств, связанных с увлечённостью чтением (кроме учебной или профессиональной литературы) (№ 29601, 27.07.2009).

Количество набранных баллов в диапазоне от 0 до 7 классифицировали как увлечённость чтением, от 8 до 15 — как пристрастие к чтению, от 16 до 19 — пристрастие к чтению на этапе формирования зависимости, от 20 до 40 — сформировавшуюся зависимость. Обработку результатов проводили с помощью программного обеспечения Microsoft Office XL 2010 с расчётом процента (*P*) и его ошибки (*sp*).

В основной группе увлечённость чтением наблюдалась в 79 ± 7 %, пристрастие к чтению выявлено в 14 ± 6 %, пристрастие к чтению на этапе формирования зависимости не зарегистрировано, сформировавшаяся зависимость выявлена у 7 ± 4 % обследованных. В контрольной группе увлечённость чтением наблюдалась в 68 ± 8 %, пристрастие к чтению выявлено в 32 ± 6 % опрошенных; пристрастие к чтению на этапе формирования зависимости, как и сформировавшаяся зависимость, не зарегистрированы.

У пациентов с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы, по сравнению со здоровыми лицами контрольной группы, увлечённость чтением наблюдалось на 11 % чаще, сформировавшаяся зависимость зарегистрирована в 7 % случаях (в контрольной группе зависимость отсутствовала), в то время как пристрастие к чтению регистрировалось на 18 % реже.

Высокая частота встречаемости пациентов I зоны (0—7 баллов) легко объяснима психастенией, нарушением функции зрения и головной болью, которые часто сопровождают пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговых травм.

Наличие выраженных степеней зависимости по сравнению с отсутствием таковых в группе со здоровыми добровольцами свидетельствует о влиянии психопатологических последствий перенесенной черепно-мозговой травмы на аддиктивный статус пациентов.

УДК: 616.89:615.85:616.69-008.1-085.851

Гавенко В. Л., Георгиевская Н. В.

Харьковский национальный медицинский университет

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВРАСТЕНИЕЙ

Под нашим наблюдением находились две группы супружеских пар: I-ю составили 12 супружеских пар, в которых наблюдалось сочетание жен с половой акцентуацией полоролевого поведения по типу маскулинного поведения и мужей без половой акцентуации. II-ю — 8 супружеских пар, в которых наблюдалось сочетание жен с акцентуацией по типу маскулинного поведения и гипермаскулинных мужей. Нарушение стереотипа полоролевого поведения в виде гиперролевого поведения (у мужчин) во всех случаях квалифицировалось в рамках его непатологического варианта.

Анализ сексуального здоровья по критериям и составляющим позволил установить также наличие большого процента неблагоприятных сексуальных психотипических сочетаний: значительное число мужчин (60 ± 10 %) и все женщины принадлежали к агрессивным вариантам психосексуальных типов. У супругов, находившихся под нашим наблюдением, преобладал генитальный тип сексуальной мотивации, а доминирующим мотивом полового акта было получение оргазма. Половая конституция у супругов была в основном средней. Кроссполовая акцентуация наблюдалась у всех пациенток. У них же преобладали сочетанные асинхронии, тогда как у гиперролевых мужчин преобладали сложные асинхронии. В целом, динамика сексуального адаптогенеза в супружеских парах с неблагоприятными полоролевыми сочетаниями при неврастении характеризуется дезадаптивностью и регрессивностью: приспособительные процессы останавливаются на стадии первичной адаптации, и никогда не достигают стадии прогрессирующей адаптации; имеет место раннее формирование психосексуальной неудовлетворенности у брачных партнеров.

УДК 616.89-008.441.1:57.081.4

Гейко М. С.*, Гейко В. В.**

** Обласна психіатрична лікарня № 1,*

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

ВДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНОГО СТАТУСУ І ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ФОБІЙ

Наявність розвинутої емоційної пам'яті у щурів та їх високої здатності до вироблення обстановочних рефлексів може спотворювати або нівелювати об'єктивні прояви індивідуальних поведінкових характеристик у зв'язку зі згасанням «реакції на новизну», з урахуванням якої результати первинних етологічних тестувань можуть відрізнятися від наступних виразністю тривожно-фобічного компонента в поведінці, що зумовлює необхідність як мінімум 3-разового тестування з інтервалом 7—14 днів та визначення середніх показників.

Разом із сучасними уявленнями щодо етіології та патогенезу невротичних порушень, які відображають безперечну роль спадкоємної схильності, важливим фактором виникнення соціальних фобій у людини можуть бути дефекти виховання у вигляді гіпо- чи гіперопіки, що накладає неминучий психогенний імператив на психоемоційний розвиток.

Безумовно, відповідність експериментальних моделей до клінічних синдромів — облігатна умова прогресу у вивченні нейробіологічних механізмів соціогенних розладів. У випадковій популяції високий рівень тривожно-фобічного статусу властивий усього 19,6 ± 0,4 % самців, що створює певні труднощі при підборі тварин для досліджень фобічної поведінки. Підвищення ефективності моделювання фобій здійснюється на основі того, що індивідуальний розвиток щурят відбувається в зоосоціальних умовах за типом гіпоопіки через передчасне відлучення від матері з подальшим ізольованим утриманням тварин однієї статі до завершення пубертатного періоду онтогенезу. Скорочення терміну молочного вигодовування призводить до формування тривожно-фобічної поведінки у 59,6 ± 0,6 % тварин, що сприяє підвищенню ефективності створення репрезентативних груп порівняння при дослідженні патогенетичних механізмів страху і тривоги та при розробленні методів їх корекції.

УДК 616.832-004.2:599.323.4:618.3

Гейко В. В., Утевська С. В., Кириченко О. В.

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

ВПЛИВ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ НА ФОРМУВАННЯ І ПЕРЕБІГ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ У ЩУРІВ

Існують докази того, що розсіяний склероз (РС) не впливає на біологічну фертильність жінок, але може сприяти обмеженню планування народження дітей (Poser S. et al., 1979), а також збільшенню кількості медичних абортів, основаних на помилкових уявленнях щодо несприятливого впливу вагітності і пологів на подальший перебіг хвороби (Hutchinson M., 2001), проте принципових протипоказань для реалізації репродуктивної функції у пацієнток з РС немає.

З використанням 76 самок нелінійних білих щурів показано, що формування РС відбувається у 86 % імунізованих тварин, причому у 33 % — з летальним кінцем проти 65 % лише з 9-відсотковою загибеллю за умов моделювання демієлінізуючої патології у найближчі терміни післяпологового періоду, що відображає підвищену стійкість до розвитку аутоімунних процесів внаслідок фізіологічно завершеної вагітності та лактації. Розвиток РС у самок, що народили, характеризується значно вираженим послабленням тяжкості клінічних проявів неврологічних і трофологічних порушень: у 82 % випадків відзначається перебіг хвороби у легкій формі (від 0,5 до 1,68 бали за 6-бальною шкалою), тоді як у 44 % інтактних самок — тяжка (більше 3 балів) і дуже тяжка (від 4 до 6 балів) ступінь неврологічного дефіциту і лише у 28 % — легкий перебіг. Поряд з цим, формування РС у контролі вірогідно ($p < 0,001$) відрізняється бурним дебютом з маніфестацією грубих неврологічних порушень на 10—11 добу після імунізації енцефалітогенними тканинами з піком на 13—17 добу на відміну від моделювання після пологів, яке супроводжується плавним перебігом зі скороченням

як тривалості хвороби, так і піку клінічних проявів, у 3,6 рази нижчого за контрольний.

При порівняльному аналізі тяжкості неврологічних порушень у інтактних і вагітних самок, імунізованих на 1—4 добу після запліднення, показники захворюваності (83 %) і стійкості (17 %) практично відповідали контрольним, вагітність мала протективний вплив на формування клінічної симптоматики, що супроводжувалося тенденцією до збільшення латентного періоду і зменшення тривалості хвороби зі значним (у 2 рази) зниженням її кумулятивного індексу і піку. При цьому у 67 % вагітних самок, на відміну від 28 % у контролі, відзначався перебіг у легкій формі (1,3 ± 0,7 бали), що не надавало негативної дії на виношування щурят і природні пологи; у 17 % захворювання характеризувалося неврологічним дефіцитом середньої тяжкості (2,8 ± 0,5 бали за 6-бальною шкалою), що поєднувалося з патологічним перебігом вагітності у вигляді її спонтанного переривання на 17 добу на фоні різкого розвитку піку неврологічних проявів (4 бали) на 14 добу імунізації, після чого відзначався хвилеподібний перебіг захворювання з повторними екзацербаціями на 19—20 і 28—29 добу, тобто мало місце пролонгування моделі експериментального аутоімунного енцефаломієліту (ЕАЕ), зворотність якої до цього терміну є об'єктивним обмеженням її використання при дослідженнях РС.

Таким чином, зроблено висновок щодо стримуючого впливу вагітності та протективних ефектів пологів і лактації на розвиток і перебіг ЕАЕ як моделі демієлінізуючої патології у тварин, що свідчить про необхідність подальших досліджень нейробіологічних механізмів взаємовідносин вагітності і РС, тим більше, що у дійсний час актуальним є не тільки вишукування ефективних терапевтичних стратегій, але й обґрунтування можливостей забезпечення повноцінного особистого і соціального життя пацієнтів, бо хвороба дебютує у молодому віці, пов'язаному з природним бажанням мати дітей.

УДК 616.89: 616.33-008.41

Гетманчук Е. И.

«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОГЕННОЙ ГИПЕРФАГИИ НА ПРИМЕРЕ КОНТИНГЕНТА СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА 5 КУРСА ЗАПОРОЖСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Пищевое поведение человека продиктовано базовыми инстинктами, которые имеют гедонистическое значение, вследствие чего вызывает ощущение спокойствия и улучшает эмоциональное состояние за счет активации общих цепей центральной регуляции приема пищи и настроения — серотонин- и норадренергических нейротрансмиттерных систем ЦНС.

В случае нарушения механизмов осознания и идентификации собственных эмоций (наличие и уровень тревоги и депрессии) защитный механизм чрезмерного употребления пищи реализовывается бесконтрольно и склонен к закреплению. Так, патологические паттерны дигестивного поведения имеют особенную склонность к закреплению при условии наличия алекситимии, когда человек не способен осознать наличие и уровень своей тревоги, вследствие чего включается защитный механизм чрезмерного потребления пищи.

Цель: Оценить распространенность психогенной гиперфагии в студенческой популяции.

Было проведено анкетирование среди студентов 5 курса медицинского факультета ЗГМУ по опроснику, составленному на основе «Опросника компульсивного переедания» Американского Общества Анонимных Пищевых Зависимых, Краткого опросника для выявления анорексии, булимии и компульсивного переедания (EDDS) и Голландского Опросника «Типы нарушения пищевого поведения» (DEBQ). Общее количество опрошенных — 130 человек (50 мужчин и 80 женщин).

У 60 % опрошенных (78 человек) наблюдается эпизодическая гиперфагия, вызванная тревожно-депрессивными расстройствами, 30 % (39 человек) респондентов признают факт постоянной гиперфагии по причине тревоги, 10 % (13 человек) отрицают эпизоды переедания.

Таким образом проведенное исследование показало, что нарушения в эмоциональной сфере (тревога, страх, депрессивные эпизоды) провоцируют развитие психогенной гиперфагии, сопровождающейся накоплением избыточной массы тела, что позволяет отнести психогенное переедание к психосоматическим заболеваниям.

УДК 616.89-008.453

Гринь К. В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

НАЯВНІСТЬ ХРОНОБІОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЇХ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ГЛИБИНИ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕКУРЕНТНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери, особливо депресивних розладів. Незважаючи на значну кількість антидепресантів, проблема терапії депресивних розладів залишається не до кінця вирішеною, а лікарі потребують антидепресантів з новим механізмом дії для подолання терапевтичної резистентності, гарною переносимістю та мінімальною вираженістю побічних ефектів.

Метою дослідження було вивчення стану хронобіологічних ритмів у хворих на рекурентну депресію.

За умови отримання інформованої згоди було обстежено 130 хворих на рекурентний депресивний розлад, що перебували на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О. Ф. Мальцева у 2009 — 2011 рр. Всіх обстежених пацієнтів було поділено на три клініко-діагностичні групи за критерієм ступеня вираженості депресивного епізоду. При цьому керувалися як клінічною оцінкою поточного депресивного стану за критеріями МКХ-10, так і результатом первинного обстеження пацієнтів за шкалою Гамільтона для оцінки глибини депресії (HAMD-21). Також було проведено біоритмологічне обстеження (визначення індивідуального циркадіанного хронотипу та використання модифікованої для середньої смуги країн СНД анкети Естберга).

До I клінічної групи увійшли 40 (30,76 %) обстежених з легким ступенем депресивного епізоду (середній бал 15,2 за HAMD-21), до II групи — 50 (38,48 %) пацієнтів з депресію середнього ступеня вираженості (24,66 бали), до III клінічної групи увійшли 40 (30,76 %) обстежених з важким депресивним епізодом (33,77 бали за HAMD-21).

Під час вивчення об'єктивних біоритмологічних показників у обстежених пацієнтів було виявлено прояви внутрішнього десинхронозу, інверсії ритму, а також сполучення згаданих порушень. Крім того, мали місце й значні розбіжності в динаміці показників протягом 6 діб реєстрації.

Серед пацієнтів I клінічної групи внутрішній десинхроноз у вигляді зсуву акрофази зафіксовано в 40,00 % випадків, порівняно з представниками II групи — в 80,00 % ($p < 0,05$) і III групи — у 75,00 % госпіталізованих ($p < 0,05$). Зсув батіфази також виявив подібну міжгрупову динаміку: 35,00 % в I групі проти 74,00 % в II ($p < 0,01$) і 70,00 % в III ($p < 0,05$). Інверсія ритму спостерігалась у 25,00 % обстежених I групи, 64,00 % II і 40,00 % III, не виявляючи статистично достовірних міжгрупових відмінностей. Сполучені порушення циркадіанних ритмів розподілились таким чином: 40,00 % в I групі проти 78,00 % в II ($p < 0,01$) і 72,50 % в III ($p < 0,05$).

За загальною сумою виявлених типів внутрішнього десинхронозу найбільш високі показники отримано в обстежених II та III клінічних груп. Показники порушень циркадіанного ритму в усіх трьох групах обстежених пацієнтів достовірно відрізнялись від обстежених групи порівняння ($p < 0,01$), де прояви внутрішнього десинхронозу було виявлено у 5 (16,16 %) осіб. Розлади циркадіанного ритму у них були виражені зсувом акрофази та батіфази.

Результати проведених досліджень показали, що порушення циркадіанних ритмів залежить від глибини депресивного епізоду і більш виражене, чим глибша депресивна симптоматика. З цього виходить, що лікування та медикаментозна профілактика депресивних розладів повинні бути комплексними, з обов'язковим урахуванням стану циркадіанних ритмів хворого.

УДК 616.89:616.895.8:615.851.82

Л. Н. Гуменюк

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ДИНАМИКА АССОЦИАТИВНО-МНЕСТИЧЕСКОЙ ПРОДУКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПОЛИМОРФНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ С СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИНТЕРМОДАЛЬНОЙ АРТ-ТЕРАПИИ

Оказание помощи больным с первым психотическим эпизодом (ППЭ) на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных медико-социальных и клинико-психологических проблем. В международных исследованиях указывается, что

большим потенциалом обладает арт-терапия. Однако в современных работах не изучена терапевтическая эффективность арт-терапевтического воздействия на когнитивный дефицит больных с ППЭ.

Обследовано 150 пациентов с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении (F 23.1) в возрасте от 18 до 50 лет. Из них основную группу составили 75 человек, которым в традиционный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий была включена арт-терапия, контрольную — 75 больных, которым арт-терапию не проводили. Средний возраст исследованных составлял 27,8 ± 4,2 лет. Для изучения динамики опосредованного запоминания у исследованных использовали метод пиктограмм.

Изучение опосредованного запоминания с помощью метода пиктограмм позволило установить положительную динамику изменений ассоциативно-мнестической продуктивности у пациентов с ППЭ. На первом этапе исследования частота встречаемости адекватных образов (А) у обследованных в основной группе составила 72,1 ± 0,1 %, в контрольной — 73,2 ± 0,1 %; повышенное относительно нормативных показателей (1,2 ± 0,05 абс. ед.) использование количества геометрических символов (ГС) — 2,8 ± 0,06 и 2,7 ± 0,01 абс. ед., соответственно; частота встречаемости метафорических образов (М) у пациентов с ППЭ также превышала нормативный показатель (2,54 ± 0,09 абс. ед.): в основной группе он был равен 5,6 ± 0,06, в контрольной — 6,1 ± 0,01 абс. ед. По показателю «атрибутивные образы» (АТ) у обследованных наблюдалось его резкое снижение относительно стандартного значения (6,36 ± 0,06 абс. ед.) — 2,3 ± 0,06 абс. ед. и 2,2 ± 0,07 абс. ед., соответственно. На первом этапе исследования у пациентов с ППЭ регистрировалось повышенное использование конкретных образов (К) относительно нормативных показателей (4,96 ± 0,06 абс. ед.): в основной группе — 5,3 ± 0,05 абс. ед., в контрольной — 5,2 ± 0,01 абс. ед. Анализ индивидуально персонифицированных (ИП) и индивидуальных стимулов (С) показал, что во всех трех временных отрезках межгрупповые различия практически отсутствовали ($p > 0,05$), а показатели находились на уровне стандартов (ИП = 0,97 ± 0,05 абс. ед.; С = 1,16 ± 0,05 абс. ед.). У обследованных отмечалось снижение показателя стандартных образов (Ст) относительно нормативного значения (4,34 ± 0,06 абс. ед.): в основной группе — 1,52 ± 0,23 абс. ед., в контрольной — 1,61 ± 0,31 абс. ед. Показатель продуктивности (П) составил 11,12 ± 0,03 абс. ед. и 11,50 ± 0,07 абс. ед., соответственно (норма — 13,52 ± 0,07 абс. ед.). После завершения терапии у больных основной группы адекватные образы регистрировались в 91,0 ± 0,5 %, контрольной — в 84,3 ± 0,2 % случаев. Частота встречаемости адекватных образов возросла на 96,9 % и на 90,1 %, соответственно ($p = 0,001$). Отмечалось снижение использования ГС: в основной группе данный показатель составил 2,2 ± 0,02 абс. ед., в контрольной — 2,3 ± 0,02 абс. ед. ($p = 0,087$). Показатель М имел тенденцию к снижению и был равен в основной группе 2,6 ± 0,01 абс. ед., в контрольной — 3,1 ± 0,02 абс. ед. Частота встречаемости М снизилась на 89,9 % и на 85,7 %, соответственно ($p = 0,002$). Частота встречаемости АТ в основной группе относительно контрольной была значительно выше и составила 5,6 ± 0,06 и 4,3 ± 0,03 абс. ед. соответственно. Частота встречаемости АТ возросла на 95,6 % и на 90,9 %, соответственно. Установлены статистически значимые различия результатов между группами ($p = 0,003$). После завершения лечения у исследованных основной группы показатель К был равен 4,6 ± 0,05 абс. ед., в контрольной — 4,8 ± 0,04 абс. ед. Частота встречаемости К снизилась на 37,9 % и на 36,6 %, соответственно ($p = 0,174$). Показатель Ст в основной группе увеличился до 4,4 ± 0,24 абс. ед., в контрольной — до 4,1 ± 0,11 абс. ед. Частота встречаемости Ст возросла на 89,9 % и на 86,4 %, соответственно ($p = 0,001$). Показатель П увеличился до 14,15 ± 0,08 абс. ед. в основной группе и до 13,51 ± 0,04 абс. ед. в контрольной. Частота встречаемости П возросла на 76,6 % и на 75,2 %, соответственно. Установлены статистически значимые различия результатов между группами ($p = 0,003$).

Установлены преимущества арт-терапии в отношении влияния на когнитивный дефицит больных с ППЭ. Изучение опосредованного запоминания с помощью метода пиктограмм позволило установить положительную динамику изменений ассоциативно-мнестической продуктивности у пациентов с ППЭ: у больных основной группы адекватные образы регистрировались у 91,0 ± 0,5 %, контрольной — у 84,3 ± 0,2 % лиц. Частота встречаемости адекватных образов возросла на 96,9 % и на 90,1 %, соответственно ($p = 0,001$).

УДК 159.9: 316.625: 316.613.5

Гуменюк Л. Н., Баснаев У. И., Горелов И. И.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ НА ВЫБОР КОММУНИКАТИВНЫХ СРЕДСТВ

Развитие цивилизации требует постоянного обмена информацией между людьми. При этом могут возникать информационные барьеры, мешающие оптимальному протеканию информационных процессов (В. М. Глушков). Один из способов решения этой проблемы — переход к опосредованному виду коммуникации, либо использование сложных технических средств, таких как персональный компьютер (ПК) или мобильный телефон (МТ).

Цель работы: исследование влияния индивидуальных особенностей личности на выбор предпочтительного метода коммуникации и формирование стиля общения студентов.

В исследовании приняли участие 66 отечественных студентов 4 курса ГУ Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (из них 82 % составили девушки, 18 % — юноши), средний возраст опрошенных — 21 год. Индивидуально-личностные особенности определяли на основе опросника мини-мульт (MMPI) в адаптации Ф. Б. Березина и М. П. Мирошникова. Изучение предпочтительного метода коммуникации и формирование стиля общения студентов проводили с помощью специально разработанной анкеты, состоящей из 28 вопросов. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием прикладного пакета Medstat и программы Microsoft Excel.

В ходе анализа полученных данных установлено, что у большинства студентов (57,58 %) пик профиля личности приходился на шкалу гипомании (средний балл — 74,1Т). Для данной группы предпочтительным методом коммуникации являлось использование МТ как способа общения с друзьями и близкими и, как следствие, большее время телефонных разговоров (11,9 часов в неделю). Лично общались с друзьями и близкими в среднем 40,2 часа в неделю, работали за ПК 4,4 часа в сутки.

Студенты (17,9 %) с пиком профиля личности по шкале депрессии (средний балл 77,3Т) уделяли в 1,6 раза больше времени личному общению с друзьями и близкими (90 часов в неделю), проводили на 48 % больше времени за ПК (6 часов в сутки — при этом время для использования ПК в учебных целях на 46 % меньше, чем в выборке, и тратили на 12 % меньше времени на телефонные разговоры, чем выборка в целом (8,5 часов в неделю).

Исследованные (15,2 %) с наивысшими баллами по шкале психопатии (средний балл 72,6Т) отдавали предпочтение личному общению с друзьями и близкими (45,7 часов в неделю). На разговоры по МТ студенты данной выборки тратили в среднем 4,3 часа в неделю, работали за ПК 3,6 часа в сутки.

У лиц (9,1 %) с повышенным профилем по шкале психастении (70,9Т) предпочтительным методом коммуникации также являлось личное общение (55,3 часа в неделю). По МТ общались в среднем 1,5 часа в неделю, работали за ПК 4,3 часа в сутки.

Результаты исследования показали, что независимо от личностного профиля 60,6 % студентов отдают предпочтение личному общению, 39,4 % — телефонному. При этом наибольшее количество времени на личное общение затрачивали лица с повышенными значениями по шкале депрессии, наименьшее — исследованные с гипоманиакальными чертами; на телефонные разговоры — респонденты с повышенными значениями по шкале гипомании и депрессии. Обращает внимание значительный процент студентов, предпочитающих телефонное общение личному. Учитывая тот факт, что при телефонном разговоре поддерживается преимущественно вербальный контакт с человеком (без учёта всего комплекса невербальных феноменов), такой тип коммуникации сложно назвать полным взаимодействием.

УДК 159.942:616.62-03.7

Гуменюк Л. Н., Супруненко Д. В., Войдюк М. Ю.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Во многих странах мира, в том числе и в Украине, мочекаменная болезнь (МКБ) диагностируется в 35—40 % случаев всех урологических заболеваний и занимает второе место после инфекционно-воспалительных заболеваний. Наиболее часто МКБ выявляется у лиц трудоспособного возраста (20—55 лет).

На фоне данной патологии могут возникать психические и поведенческие нарушения, проявляющиеся трудностями в концентрации внимания и сосредоточенностью на тягостных переживаниях, ангедонией, общим беспокойством, раздражительностью, угнетением инстинктивной деятельности (понижением аппетита вплоть до анорексии или, наоборот, перееданием; снижением сексуальных влечений; самозащитных тенденций, появлением суицидальных мыслей и действий).

Вышеизложенное определило актуальность нашей работы, цель которой — изучение психоэмоциональных и поведенческих особенностей пациентов с мочекаменной болезнью.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии проведено комплексное обследование 55 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, страдающих мочекаменной болезнью, находившихся на стационарном лечении. Типологию отношения к болезни изучали с помощью личностного опросника Бехтеревского Института (ЛОБИ), основанного на принципе концепции «психологии отношений» и включающего в себя паттерны отношения к самой болезни, ее лечению, к врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (сон, аппетит, настроение, самочувствие). Для определения степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу выраженности депрессии Гамильтона (HAM-D), для оценки тревоги — клиническую шкалу тревоги Гамильтона (HAM-A). Для анализа поведенческих особенностей пациентов (частоты использования и выраженности копинг-стратегий) применяли методику «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (русскоязычная адаптация Крюковой Т. А., 2007).

В ходе проведенного исследования у пациентов установлены следующие типы отношения к болезни: эргопатический тип у 30 %, обессивно-фобический у 22 %, эйфорический у 18 %, анозогнозический у 17,5 % и гармонический тип у 10 %. У 80 % пациентов выявлены клинически очерченные, соответствующие диагностическим критериям МКБ-10, депрессивные расстройства непсихотического уровня. При объективизации психопатологической симптоматики с помощью шкалы Гамильтона у 78,2 % обследованных диагностирован легкий депрессивный эпизод (средний суммарный балл составил 13,6 ± 2,5), а у 21,8 — умеренный депрессивный эпизод (23,8 ± 3,5 балла). При верификации признаков тревожного расстройства у 90,1 % выявлено умеренное тревожное состояние (40,3 балла), у 9,9 — тяжелое (54,3 балла). У 58 % пациентов наблюдался копинг, ориентированный на избегание, у 33 % регистрировался копинг, ориентированный на решение проблем, у 8 % лиц — копинг, ориентированный на эмоции.

Полученные результаты исследования указывают на необходимость комплексного подхода в лечении пациентов, страдающих мочекаменной болезнью, с обязательным включением психотерапевтических интервенций, направленных на психопрофилактику и психокоррекцию нарушений психологического здоровья, которые позволят улучшить психическое и соматическое состояние, а также будут способствовать повышению уровня качества жизни данного контингента. При разработке психокоррекционных мероприятий необходимо учитывать отношение к болезни и лечению пациентов, психоэмоциональные и поведенческие особенности.

УДК 616.89:159.942:616-056.52-053.6

Л. Н. Гуменюк, И. Н. Кабатова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», Городское детское поликлиническое учреждение № 1 (г. Симферополь)

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

В настоящее время ожирение признано ВОЗ новой хронической неинфекционной «эпидемией». По данным ряда американских педиатров, один подросток из четырех (25 %) страдает ожирением различной этиологии (К. Мехта). Современные исследователи указывают, что данная проблема становится еще более актуальной в связи с низкой эффективностью существующих методов лечения. Наряду с необходимостью снижения массы тела, подросткам с ожирением необходима психологическая поддержка, способствующая коррекции психоэмоционального статуса и улучшению качества жизни.

Цель исследования. Изучение психоэмоциональных особенностей у подростков, страдающих ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов.

С соблюдением принципов этики и деонтологии осуществлено комплексное (клиническое, психодиагностическое и социодемографическое) обследование 56 подростков в возрасте от 14 до 16 лет с документированным диагнозом «ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов» (Е 66.0).

Квалификацию нарушений психологического здоровья определяли на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний МКБ-10 класс XVIII рубрика R 45. Для оценки уровня тревожности у обследованных использовали методику «Выявление уровня тревожности у подростков».

У 93,0 % исследованных установлены нарушения психологического здоровья, соответствующие классу XVIII рубрике R 45 МКБ-10 «Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию»: 30,3 % — нервозность (нервное напряжение) (R 45.0); 26,3 % — состояние тревоги в связи с неудачами и несчастьями (тревожное состояние) (R 45.2); 20,2 % — деморализация и апатия (R 45.3) и 19 16,2 % обследованных — раздражительность и озлобление (R 45.4). В ходе оценки уровня тревожности получены следующие результаты: по шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 7,0 % обследованных с R 45.0, у 2,0 % с R 45.2 и у 29,0 % человек с R 45.4, несколько повышенный — у 27,0 %, 6,0 % и 60,0 % исследованных, соответственно; высокий уровень — у 55,0 % обследованных с R 45.0 и у 64,0 % с R 45.2; очень высокий — у 11,0 % исследованных с R 45.0, у 34,0 % с R 45.2 и у 2,0 % человек с R 45.4; чрезмерное спокойствие отмечалось у 100,0 % обследованных с R 45.3 и у 9,0 % лиц с R 45.4. По шкале самооценки нормальный уровень не регистрировался; несколько повышенный зафиксирован у 31,0 % обследованных с R 45.0, у 19,0 % с R 45.2 и у 91,0 % человек с R 45.4; высокий уровень — у 45,0 % исследованных с R 45.0 и у 49,0 % с R 45.2; очень высокий — у 24,0 % обследованных с R 45.0, у 32,0 % с R 45.2 и у 9,0 % человек с R 45.4; чрезмерное спокойствие отмечалось у 100,0 % исследованных с R 45.3. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 13,0 % обследованных с R 45.4, несколько повышенный — у 42,0 % исследованных с R 45.0, у 11,0 % с R 45.2 и у 81,0 % человек с R 45.4; высокий уровень — у 41,0 % обследованных с R 45.0 и у 61,0 % с R 45.2; очень высокий — у 17,0 % лиц с R 45.0, у 28,0 % с R 45.2 и у 6,0 % человек с R 45.4; чрезмерное спокойствие отмечалось у 100,0 % исследованных с R 45.3. Очень высокий уровень общей тревожности был достоверно выше в группах больных, у которых диагностирована рубрика R 45.2 и R 45.4; чрезмерное спокойствие у пациентов с R 45.3.

На основании полученных результатов исследования была разработана программа психологической коррекции выявленных психоэмоциональных нарушений у подростков, страдающих ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов, включающая в себя групповую и индивидуальную формы работы.

УДК 159.942:616.5-006

Гуменюк Л. Н., Рычкова И. В.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ МЕЛАНОМОЦИТАРНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ

Крым является лидером по уровню распространенности меланомоцитарных новообразований кожи, каждый год регистрируется около 400 случаев заболеваемости. Современные исследователи указывают, что данная проблема становится еще более актуальной в связи с необходимостью разработки программы психологической поддержки данному контингенту, охватывающей все аспекты дерматологического заболевания и психоэмоциональных расстройств.

Цель исследования. Сравнительный анализ психоэмоционального состояния пациентов с невусом и меланомой кожи в пред- и послеоперационный периоды.

Осуществлено комплексное обследование 70 больных с доброкачественными меланомоцитарными новообразованиями кожи (из них 35 больных с невусами и 35 больных с меланомой). Для изучения степени выраженности депрессии использовали шкалу Бека, уровня выраженности личностной и ситуативной тревожности опросник Спилбергера — Ханина. Уровень социального функционирования (СФ) оценивали с помощью

опросника SF-36. Исследовательскую работу осуществляли в два этапа: в пред- и послеоперационный периоды.

Анализ социально-демографических показателей позволил установить, что среди пациентов с невусами преобладали больные в возрасте от 15 до 25 лет, с меланомой — от 66 до 75 лет. По гендерным особенностям исследованные распределились следующим образом: среди пациентов с невусами чаще регистрировались мужчины (77,1 %) среди больных с меланомой — женщины (74,3 %). Заболеваемость меланомоцитарными болезнями чаще встречалась у славянского этноса (в 94,3 % случаях), у лиц других национальностей лишь в 5,7 %. Среди сопутствующей патологии у пациентов с невусами отмечались заболевания органов желудочно-кишечного тракта, у больных с меланомой кожи — сердечно-сосудистая патология.

В ходе изучения психоэмоциональных особенностей пациентов с невусами и меланомой в предоперационном периоде получены следующие результаты: симптомы депрессивного расстройства отсутствовали у 45,7 % и у 25,7 %, соответственно; легкая степень выраженности депрессии по шкале Бека регистрировалась у 37,1 % обследованных с невусами и у 40,1 % с меланомой; умеренная — у17,1 % и 34,2 % исследованных, соответственно. По показателю «личная тревожность» достоверных различий между группами не регистрировалось (средний балл составил 37,1 и 38,5 соответственно), по показателю «ситуативная тревожность» у больных с невусами средний балл был равен 49,1, у пациентов с меланомой — 46,2 балла.

Физический компонент качества жизни (КЖ) в группе больных с невусами составлял 89,1 балла, с меланомами — 84,6; психический компонент КЖ — 84,4 и 76,7 балла, соответственно. При этом в обеих группах в наибольшей степени страдал показатель «эмоциональное состояние».

В послеоперационном периоде регистрировалось снижение степени выраженности депрессии как у больных с невусами, так и у пациентов с меланомами: симптомы депрессивного расстройства отсутствовали у 80,2 % и 40,1 % лиц, соответственно ($p < 0,05$); легкая степень выраженности депрессии наблюдалась у 17,1 % обследованных с невусами и у 51,4 % пациентов с меланомой ($p < 0,05$).

Более выраженное достоверно значимое уменьшение выраженности личностной и ситуативной тревожности отмечалось в группе исследованных с невусами (средний балл был равен 24,7 и 25,2, соответственно) в сравнении с больными меланомой кожи (средний балл составил 32,1 и 32,5, соответственно) ($p < 0,05$). Физический компонент КЖ в группе больных с невусами был равен 99,8 % балла, с меланомами — 95,5 %; психический компонент КЖ — 89,5 % и 88,9 балла, соответственно ($p < 0,05$).

На основании полученных результатов исследования нами разработан комплекс психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, направленный на нивелирование тревожной и депрессивной симптоматики, улучшение уровня социального функционирования у больных с доброкачественными меланомоцитарными новообразованиями кожи с учетом клинических особенностей основного заболевания и сопутствующей патологии.

УДК 159.98:616.31:614.25:316.3

Гуменюк Л. Н., Савчук Е. О., Ничипор Е. С., Табачная А. А.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ВРАЧЕБНОГО СТАЖА

Актуальной проблемой врачебной практики является феномен эмоционального выгорания. По данным исследований группы психологов из Манчестерского университета в шкале стрессов по 150 профессиям врачи-стоматологи заняли четвертое место (7,3 балла после шахтеров, полицейских, журналистов и строителей). Согласно другим исследованиям, стоматологи болеют в 2,5 раза больше невротическими расстройствами пограничного уровня, чем врачи других профессий. Высокий уровень стрессовых факторов, воздействующий на стоматолога, необходимость установления эмоционального контакта с каждым пациентом для достижения комплайенса, высокий уровень ответственности за выполненную работу являются факторами, предрасполагающими к возникновению эмоционального выгорания у врачей-стоматологов.

Целью нашего исследования было выявление врачей-стоматологов с синдромом эмоционального выгорания (СЭВ), определение его стадии, ведущего симптома, выявление депрессивных и близких к ним состояний с учетом гендерных особенностей и врачебного стажа.

В исследовании приняли участие 50 врачей-стоматологов, из них — 23 мужчины (22 %) и 27 женщин (78 %). Средний возраст обследованных составил 37,2 года. Характеристика выборки по врачебному стажу была следующей: 10 человек со стажем до 5 лет (20 %), 6 человек (12 %) — от 5 до 10 лет и 34 человека (68 %) со стажем более 10 лет.

Для выполнения поставленных целей мы использовали методику диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко и методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге в адаптации Т. И. Балашовой.

В результате исследования были выявлены симптомы эмоционального выгорания у 54 % респондентов, среди них 18 % мужчин (м) и 36 % женщин (ж). В фазе напряжения находилось 3,7 % с симптомом неудовлетворенности собой, в фазе резистенции находилось 92,6 % респондентов, а в стадии истощения — 3,7 % с симптомом деперсонализации. Фаза резистенции характеризовалась следующим распределением симптомов: симптом редукции выявился у 8 % (4 % — м, 4 % — ж), симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования у 72 % (28 % — м, 44 % — ж), симптом расширения сферы экономии эмоций у 4 % — ж, симптом эмоционально-нравственной дезориентации у 16 % (15 % — м 1 % — ж). В группе стоматологов со стажем до 5 лет эмоциональное выгорание было выявлено у 44,4 % респондентов, в группе со стажем 5—10 лет — у 71,4 %, а в группе со стажем более 10 лет — у 52,9 %.

Проведенное исследование выявило, что значительная часть врачей-стоматологов (54 %) находились на разных стадиях развития синдрома эмоционального выгорания. Соотношение женщин и мужчин с данным феноменом 2:1. Большинство врачей (92,6 %) были в стадии резистенции, среди них наиболее частым (72 %) являлся симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования.

Анализ распространенности СЭВ в зависимости от гендерных особенностей и врачебного стажа исследованных показал, что удельный вес распространенности данного феномена выше среди врачей-стоматологов женского пола и в группе лиц со стажем 5—10 лет. На основании полученных данных разработана система психокоррекции СЭВ у данного контингента с использованием рациональной индивидуальной психотерапии (Dubois P., 1905), аутогенной тренировки (J. Schultz, 1932), рационально-эмоциональной (A. Ellis, 2002), психодрамы стилевых механизмов психологических защит (Wolfgang, 1982), позитивной психотерапии (Nossrat Peseschkian, 1996), арт-терапии (Бурно М. Е., 2009; Копытин А. И., 2010, Гуменюк Л. Н., 2011).

УДК 616.89:159.942-053.5

Гуменюк Л. Н., Курт-Умерова Ф. Н., Эннанова Л. Д., Василькевич Ю. К., Мамбетова Ф. С.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ МЛАДШЕЙ ШКОЛЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕСИНХРОНИЗАЦИЕЙ РИТМОСТАЗА

Современными исследователями указывается, что перевод часов на летнее время оказывает «огромное влияние» на возникновение психических расстройств, в частности, повышение уровня депрессивных расстройств (Г. Симуткин, Н. Корнетов). По данным анкетного опроса населения, проведенного Новосибирским областным центром медицинской профилактики, 56 % населения отмечали выраженные негативные реакции при переводе часов. Т. Матковская отмечала ухудшение состояния детей в яслях и детских садах в течение первых 2—3 месяцев после перевода часов, почти все из них впадали в депрессивное состояние либо становились неуправляемыми. Исследования последствий десинхронизации вследствие перевода часов на летнее время у учащихся младшей школы приобретают особую актуальность, так как растущий организм наиболее чувствителен к повреждающим воздействиям и, в первую очередь, реагирует изменениями ритмостаза.

Цель исследования — изучить эмоциональные особенности у учащихся младших классов, обусловленные десинхронизацией ритмостаза.

В исследовании приняли участие 220 учащихся младших классов в возрасте от 7 до 9 лет. Основным методом исследования был психодиагностический.

С целью диагностики наличия депрессивного расстройства и оценки степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу CDRS-R для детей 6—12 лет. Для изучения уровня тревожности у обследованных использовали методику «Выявление уровня тревожности у подростков», включающую шкалу школьной, самооценочной и межличностной тревожности. Оценка эмоционального состояния осуществлялась в двух временных периодах: за семь дней до перевода часов на летнее время и через семь дней после.

До перевода часов на летнее время депрессивные расстройства регистрировались у 20,0 % исследованных. Ведущими клиническими симптомами были: подавленное настроение (100,0 %), чрезмерная утомляемость (100,0 %), ухудшение успеваемости (78,7 %), нарушение сна (78,1 %), раздражительность (77,9 %), нарушение аппетита (74,9 %). По шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 46,5 % обследованных, несколько повышенный — у 25,0 % исследованных, соответственно; высокий уровень — у 17,2 % обследованных; очень высокий — у 2,3 % исследованных и чрезмерное спокойствие отмечалось у 9,0 % обследованных. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 47,3 % обследованных, несколько повышенный — у 22,0 % исследованных, высокий уровень — у 11,7 % обследованных; очень высокий — у 7,9 % лиц; чрезмерное спокойствие отмечалось у 11,1 % исследованных.

После перевода часов на летнее время депрессивные расстройства зафиксированы у 31,2 % обследованных. В клинической картине преобладали: подавленное настроение (100,0 %), чрезмерная утомляемость (100,0 %), ухудшение успеваемости (91,2 %), нарушение сна (94,1 %), нарушение аппетита (89,9 %), раздражительность (88,4 %), жалобы на состояние здоровья (77,1 %), чрезмерная плаксивость (73,2 %), гипоактивность (68,9 %). По шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 8,5 % обследованных, несколько повышенный — у 45,2 % исследованных; высокий уровень — у 29,5 % обследованных; очень высокий — у 9,3 % исследованных и чрезмерное спокойствие отмечалось у 7,5 % обследованных. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 33,3 % обследованных, несколько повышенный — у 38,2 % исследованных, высокий уровень — у 13,7 % обследованных; очень высокий — у 8,2 % лиц; чрезмерное спокойствие отмечалось у 6,6 % исследованных.

Сравнительный анализ интенсивности депрессивной симптоматики и уровня выраженности общей тревожности на первом и втором этапах исследования показал их достоверно более высокую степень выраженности после перевода часов на летнее время ($p < 0,05$). Так, до перевода часов на летнее время высокая степень выраженности клинических симптомов регистрировалась у 15,4 % исследованных, умеренная — у 32,6 %; после перевода часов на летнее время — у 27,7 % и у 55,1 %, соответственно; средний балл по шкале общей тревожности до перевода часов на летнее время составлял 70,1 балла, что соответствовало несколько повышенному уровню, после перевода — 87,7 балла, что указывало на высокий уровень.

УДК 616.831-008.47:159.96:001.8

Даценко І. Б.

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ЇХ АБІЛІТАЦІЯ

На основі системного міждисциплінарного підходу до вивчення порушення формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією визначено його причини, умови й механізми розвитку.

Предметом багатофакторного аналізу стали матеріали обстеження й лікування 259 підлітків чоловічої статі з мозковою дисфункцією й емоційно-поведінковими розладами віком від 10 до 18 років.

Дослідження психічного стану підлітків із мозковою дисфункцією дало змогу виявити наявні в них порушення формування особистості і класифікувати їх у такий спосіб:

I. Типи порушення формування особистості збудливого кола (67 ± 3 %): 1) лабільний (42 ± 3 %); 2) агресивний (30 ± 3 %); 3) сексуально-фіксований (14 ± 3 %); 4) розгальмований (10 ± 3 %); 5) істероїдний (4 ± 2 %).

II. Типи порушення формування особистості гальмівного кола (33 ± 5 %): 1) апатичний (69 ± 6 %); 2) шизоїдний (18 ± 5 %); 3) параноїдний (13 ± 4 %).

Показано механізми трансформації акцентуацій характеру в розлади особистості за органічним типом, зв'язки особистісних відмінностей підлітків і наявних у них емоційно-поведінкових розладів із вихованням, яке вони здобувають у родині. Доведено взаємозв'язок психологічних, клініко-неврологічних, електроенцефалографічних та нейровізуалізаційних змін головного мозку у підлітків із мозковою дисфункцією за різних типів порушення формування особистості й визначено взаємозв'язок між наявними в підлітків психологічними та електроенцефалографічними змінами залежно від типу порушення формування особистості. Показано роль психогенних, соціогенних, негативних соціально-психологічних і соматогенних чинників у порушенні формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією.

Комплекс проведених досліджень дозволив виокремити у підлітків основні патогенетичні механізми розвитку порушення формування особистості за органічним типом та провести їх рівневу стратифікацію.

I. Нейробіологічний рівень детерміновано неспецифічною органічною переддиспозицією.

II. Соціальний рівень репрезентовано такими чинниками:
1) мікросоціальні:
— сім'я,
— інститут навчання та виховання,
— соціально-референтні групи;
2) макросоціальні.

III. Психологічний рівень містить:
1) індивідуально-психологічні характеристики,
2) емоційний стан,
3) ставлення до своєї хвороби,
4) характеристики полорольової поведінки,
5) особливості психосексуального розвитку.

Виявлені в проведеному дослідженні закономірності процесу формування в підлітків із мозковою дисфункцією розладу особистості та його проявів були покладені в основу системи абілітації хворих з даною патологією й були прогностичними критеріями ефективності його корекції. Ці заходи проводилися із урахуванням не тільки виявлених типів порушення формування особистості, але і встановлених механізмів їх розвитку.

УДК 616.895.8+616.89-008.1-056.83

Двирский А. А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

О БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ МАНЬЯНА — ГРЕТЕРА

При описании манифестных проявлений шизофрении в сочетании с алкогольным делирием В. А. Гиляровский (1935) отмечал, что эти случаи часто заканчиваются хорошей ремиссией. Автор указывал, что в 1909 году K. Graeter впервые описал особенности алкогольного делирия в дебюте шизофрении. В. А. Гиляровский (1935) предложил их обозначать как «алкогольные дебюты шизофрении». В последующем шизофрения, проявившаяся после алкогольного делирия, стала называться гретеровской шизофренией (В. М. Блейхер, 1984; Й. Стоименов и др., 2003).

Профессор Харьковского университета П. А. Бутковский (1834) при описании бешенства, соответствующего параноидной шизофрении, впервые указал на возможность его сочетания с «горячками от вина». В дальнейшем описывались клинические проявления алкогольного делирия и следующих после него бредовых психозов, соответствующих параноидной шизофрении (Ф. И. Герцог,1835; Moreau de Tours, 1859; B. Morel, 1859; 1860; Laborde, 1872; V. Magnan, 1874).

В 1874 году в монографии «Алкоголизм» В. Маньян выделил отдельную главу, в которой представил клинические особенности алкогольного делирия и хронического бреда с этапным течением, соответствующим параноидной прогредиентной шизофрении. В. Маньян (1874) первым указывал, что хроническая алкогольная интоксикация снижает сопротивляемость мозга и способствует выявлению помешательства. При исследовании хронического бреда с этапным течением В. Маньян (1893) отмечал, что трансформации бреда преследования в бред величия способствует ослабленный алкоголизмом интеллект.

Приведенные факты свидетельствуют о приоритете и значительном вкладе В. Маньяна (1874, 1893) в исследование проблемы шизофрении, сочетающейся с алкогольным делирием. Эти варианты шизофрении следует обозначать «шизофрения Маньяна — Гретера».

Целью исследования явилось изучение течения шизофрении, коморбидной с алкоголизмом, и у больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий

Начиная с первой половины XX века, ряд исследователей полагали, что сопутствующий алкоголизм оказывает благоприятное влияние на течение шизофрении (В. А. Гиляровский, 1935; И. В. Павлова, 1957; С. Г. Жислин, 1965; Г. М. Энтин, 2002). В последующем преобладали утверждения о неблагоприятном течение шизофрении в сочетании с алкоголизмом (V. Magnan, 1893; E. Bleuler, 1908: T. Kosten, 1997; Н. В. Лядков и др., 1997; В. Б. Альшулер,1999; К. Д. Малков, 2000; Г. А. Приб, 2008).

У 398 больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, в сравнении с 404 больными шизофренией без сопутствующего алкоголизма, обнаружено частое проявление заболевания в возрасте 20—24 лет (29,6 %), преобладание непрерывного течения (52,5 %) и простой формы (19,6 %) ($p < 0,001$).

У больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, В. А. Гиляровский (1935) первым отметил формирование высококачественной ремиссии. При описании двух таких пациентов А. Н. Молохов (1936), помимо благоприятного течения шизофрении, обнаружил у них онейроидные расстройства, которые назвал «шизофреническим делирием».

У 182 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, в сравнении с контролем, эндогенный процесс протекал доброкачественно. У них шизофрения преимущественно проявлялась в возрасте 35—54 лет (50,6 %), доминировала параноидная формы (97,3 %), часто обнаруживалось ремиттирующее течение (23,1 %) и онейроидные состояния (10,4 %) ($p < 0,001$).

Таким образом, впервые установлено, что шизофрения с перенесенным алкогольным делирием преимущественно проявляется в позднем возрасте параноидной формой и протекает доброкачественно, с частыми онейроидными расстройствами. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом, чаще проявляется в возрасте 20—24 лет, при ней преобладают простая форма и непрерывное течение.

УДК 616.895.8:612.6.05

Двирский А. Е.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОМОРФОЗА ШИЗОФРЕНИИ (по материалам эпидемиологических исследований с 20-летним интервалом)

Исследование современных тенденций видоизменений проявлений шизофрении, называемых патоморфозом, относятся к числу актуальных проблем психиатрии (ВОЗ,1995; Д. Д. Орловская и др., 2000; А. Е. Двирский, 2004). В последние годы отмечаются негативные проявления современного патоморфоза шизофрении (В. Б. Вильянов и др., 2005). Изучение патоморфоза шизофрении перспективно проводить на основе эпидемических исследований, которые, по утверждению Р. Флетчер и соавт. (1998), являются основой доказательной медицины и трансформировались в «доказательную психиатрию» (J. Frederick и др., 2001).

Целью исследования явилось сопоставление возраста начала и клинических проявлений шизофрении по материалам эпидемических исследований в одном регионе Крыма, проводимых с 20-летним интервалом, в 1985 и 2005 годах.

Проведено сопоставление возраста начала манифестных проявлений по 9 возрастным градациям, соотношения форм и типов течения шизофрении по материалам эпидемических исследований, проводимых в 2005 г. при обследовании 637 больных шизофренией, проживающих в двух районах г. Симферополя (А. А. Двирский и др., 2010) и в 1985 гг. у 1270 больных шизофренией, проживающих в этом городе (А. Е. Двирский, 1985). Отечественные и международные критерии диагностики шизофрении, ее форм и типов течения в отмеченные периоды не подвергались существенным изменениям.

Клинические проявления шизофрении современного периода, как и в период 20-летней давности, не обнаружили отличий в возрасте начала манифестных проявлений этого эндогенного психоза и в частоте непрерывного типа течения. В современном периоде преобладает в 2,2 раза частота ремиттирующего течения (12,5 %) в сравнении с 1985 г. (5,6 %) ($p < 0,001$). Это обусловлено снижением в 1,1 раза частоты приступообразного типа течения в изучаемом периоде (44,3 %) по отношению к сопоставляемому периоду (50,5 %) ($p < 0,05$). В настоящем периоде параноидная форма (88,1 %) в 1,1 раза чаще, а кататоническая (2,5 %) встречается 2,8 раза реже в сравнении с периодом 20-летней давности, где эти величины составляли 82,7 и 7,1 % ($p < 0,01$).

Современные клинические характеристики патоморфоза шизофрении имеют позитивную направленность, характеризующуюся повышением частоты ремиттирующего течения за счет снижением приступообразного течения, а увеличение параноидной формы обусловлено снижением частоты кататонической формы. Эти факты опровергают утверждение (В. Б. Вильянов и др., 2005) о негативном проявлении современного патоморфоза шизофрении, представленном увеличением частоты параноидной шизофрении с непрерывным течением.

Наиболее распространенная трактовка патоморфоза шизофрении как благоприятных изменений ее клинических проявлений в результате фармакотерапии не убедительна. Такие важные характеристики как возраст начала манифестных проявлений, их особенности, повышение частоты параноидной и снижение простой и кататонической форм определяются до начала фармакотерапии и не могут быть обусловлены ею.

Согласно клинико-генетической концепции патоморфоза шизофрении ее благоприятному течению способствовало изменение генетической характеристики популяции, обусловленной усилением миграционных процессов, увеличением частоты гетеролокальных межнациональных браков, обуславливающих повышение степени гетерозиготности и снижение количества генов в гомозиготном состоянии в шизофреническом генокомплексе. Этому также способствует применение фармакотерапии и реабилитационных мероприятий, повышение уровня жизни, образования, социально-культурные воздействия (А. Е. Двирский, 1981, 1985).

Таким образом, благоприятные изменения клинических проявлений шизофрении, называемые патоморфозом, обнаружены в 60-х годах 20 века и сохраняют позитивную направленность в современном периоде.

УДК 616.89

Дзюба А. Н., Орлова О. С.

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ (ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ. НОРМА И ПАТОЛОГИЯ)

Не менее половины пациентов, обращающихся за врачебной помощью, составляют лица пожилого и старческого возраста. Одной из самых распространенных жалоб, которые предъявляют пожилые пациенты, являются жалобы на снижение памяти и уменьшение умственной работоспособности. По статистике до 75 % лиц старше 65 лет не довольны своей памятью. Из них не менее чем у половины нарушения памяти и других когнитивных функций подтверждаются объективно, с помощью нейропсихологических методов исследования (Kral W. A.).

Абсолютно здоровый пожилой человек является сегодня исключением. Большинство тех, кому за 65, имеют одно или несколько хронических неврологических и соматических заболеваний. Тем не менее в нейрогериатрии существует представление о так называемом нормальном старении — закономерных инволютивных изменениях головного мозга, допустимых в пожилом возрасте и не являющихся основанием для какого-либо диагноза.

К нормальным возрастным изменениям относят небольшое ослабление памяти, внимания и других когнитивных функций. В наибольшей степени страдает быстрота реакции на внешние стимулы и способность длительное время концентрировать внимание. Поэтому мышление лиц пожилого возраста становится несколько замедленным. Пожилым лицам нужно больше времени для выполнения различных когнитивных заданий, они быстрее устают. С возрастом отмечается также уменьшение объема оперативной памяти, что снижает способность к обучению и усвоению новых знаний и навыков. Еще один типичный для пожилых лиц когнитивный симптом — трудности перехода с одного этапа когнитивной деятельности на следующий этап. В результате этого пожилые люди менее склонны менять стратегию своего поведения и, следовательно, они становятся более консервативными (Яхно Н. Н., Лавров А. Ю., Маньковский Н. Б., Минц А. Я., Ciocon J. O., Potter J. F.).

Концепция возрастных нарушений памяти неоднократно вызывала критику в связи с исключительным акцентом на мнестических расстройствах.

Таким образом, в мировой практике допускается, что естественные инволютивные изменения головного мозга могут быть причиной клинически значимых когнитивных нарушений.

Депрессия может быть причиной как субъективного ощущения снижения памяти, так и объективного нарушения

когнитивных функций, которое в некоторых случаях имитирует деменцию (так называемая псевдодеменция). При этом если когнитивные нарушения имеют вторичный характер по отношению к эмоциональным расстройствам, они регрессируют на фоне терапии антидепрессантами.

Для ранней диагностики прогрессирующих заболеваний головного мозга, которые могут приводить к деменции, очень важным является различение допустимых по возрасту изменений когнитивных функций и тех когнитивных симптомов, которые являются, безусловно, патологическими. С этой целью абсолютно необходимым является проведение нейропсихологического тестирования с количественной оценкой выраженности когнитивных расстройств.

Дальнейшее изучение ранней манифестации когнитивных и аффективных нарушений позволит оптимизировать оказание помощи данному контингенту пациентов, осуществив терапевтическое вмешательство на этапе еще возможного приостановления либо замедления патологического процесса.

УДК 616.89

Дзюба А. Н., Хаустова Е. А., Прохорова О. В.
Украинский научно-исследовательский институт судебной и социальной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Актуальность исследования депрессий, коморбидных с сосудистой патологией головного мозга, объясняется рядом факторов. Цереброваскулярная патология является одной из самых ведущих проблем в здравоохранении. Депрессию диагностируют у 22—33 % госпитализированных больных, среди них 47 % больных — с сосудистым поражением головного мозга, что ухудшает течение основного заболевания, задерживает выздоровление и увеличивает смертность. Следует также учитывать, что депрессии серьезно влияют на адаптационные возможности пациента и качество жизни (C. Li и соавт., 2002; F. Creed и соавт., 2002). Решающим условием успешной медицинской помощи при депрессиях является своевременная диагностика.

Понятие субкортикальной ишемической депрессии (васкулярной депрессии) основывается на выводах, что депрессия впервые возникает у пациентов в позднем возрасте (после 60 лет); она является вторичной по отношению к структурным повреждениям головного мозга, а в глубоких отделах белого вещества фронтальной области и скорлупы (Alexopoulis, J. Am. Ger. Soc., 2003, Krishman, Biol. Psychiatry, 2004) отмечаются более высокие показатели интенсивности сигнала на структурной МРТ по сравнению с пациентами с началом депрессии в более раннем возрасте. Таким образом лица с факторами риска (атеросклероз, гипертония, диабет, гиперлипидемия и др.) имеют более высокий риск развития сосудистой депрессии в пожилом возрасте. Патология сосудов может привести к структурным изменениям в веществе головного мозга, в частности кортикостриальных путей, которые играют ведущую роль в регулировании настроения, что создает предпосылки для развития депрессии в позднем возрасте, которая характеризуется дефицитом в способности к планированию своих действий.

Существуют доказательства того, что количество перивентрикулярных очагов сопоставимо между группой пациентов с поздней и ранней депрессией, но количество очагов в белом веществе головного мозга значительно больше у пациентов с началом депрессии в более позднем возрасте. В исследованиях de Groot et al. было обследовано 1077 пожилых пациентов без деменции и обнаружено, что у лиц с подкорковыми гиперинтенсивными очагами в головном мозге, но расположенными не перивентрикулярно, а в белом веществе передних отделов головного мозга было более вероятно развитие поздней депрессии. Как известно, префронтальная область головного мозга — область мозга с максимальной плотностью D4-рецепторов. Префронтальная область и связанные с ней подкорковые структуры (головка хвостатого ядра, медиодорсальное ядро таламуса) формируют префронтальную систему, отвечающую за сложные когнитивные и поведенческие функции. Гиперинтенсивные очаги могут быть расположены в белом веществе передних отделов головного мозга, где проходят передние субкортикальные пути, соединяющие дорсолатеральную префронтальную зону коры и переднюю поясную извилину с базальными ганглиями.

Таким образом, диагноз сосудистой депрессии предполагает не только наличие, но и конкретную локализацию очагов гиперинтенсивной плотности. Четких различий между депрессивными расстройствами в позднем возрасте и у более молодых пациентов нет, но по данным литературы среди пациентов с поздней депрессией отмечалась выраженная заторможенность или ажитация.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ДЕПРЕСІЯ ЯК НАСЛІДОК КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Захворювання серцево-судинної системи супроводжуються психічними порушеннями (депресивні, невротичні розлади), як за даними наукової медичної літератури (Смулевич А. Б., 2011), так і за нашими власними дослідженнями. Депресивні розлади, що виникають у пацієнтів до і після операції, статистично достовірно підвищують ризик смерті після кардіохірургічного втручання: у пацієнтів з депресією летальність сягає 12,5 %, тоді як при відсутності депресії лише 2,2 %. Ці факти дають можливість стверджувати, що депресію можна розглядати як негативний предиктор відновного лікування, яка суттєво погіршує комплайєнс до терапії серцево-судинної патології, знижуючи якість життя.

За умови інформованої згоди протягом двох років було обстежено 139 осіб: 78 пацієнтів кардіохірургічного профілю (чоловіків — 51, віком 48,6 ± 8,3; жінок — 27, віком 52,4 ± 4,8) до і після операції та контрольної групи — 61 особа (чоловіків — 30, віком 46,2 ± 6,2, жінок — 31, віком — 48,6 ± 4,9) з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії HADS. Результати проведеного тестування показали таке. Рівень депресії як у чоловіків, так і у жінок кардіохірургічного профілю в порівнянні з контрольною групою посилюється: у чоловіків з 7,4 до 11,3 балів, а у жінок з 8,1 до 11,8 балів. При порівняльному гендерному аналізі у жінок спостерігається більш високий рівень депресії, ніж у чоловіків.

При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих нами виявлено посилення депресивного фону як у чоловіків так і у жінок, що пов'язане з оперативним втручанням. На нашу думку, оперативне втручання є важким стресовим фактором, який призводить до психічних розладів, внаслідок чого знижується соціальна адаптація прооперованих кардіохірургічних хворих. Для відновлення цих порушень вкрай необхідно розробляти і впроваджувати в практику кардіохірургічних центрів комплекс психотерапевтичної допомоги на всіх етапах реабілітації. Застосування запропонованого нами «Алгоритму психологічної інтервенції у комплексній курації кардіохірургічних хворих», який знаходиться на стадії промислово-дослідної перевірки, виявило чіткі позитивні тенденції в психічному стані та якості життя кардіохірургічних пацієнтів.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Більше половини випадків захворювання серця, що призводять до оперативного втручання, пояснюються сьогодні психосоціальними і особистісними особливостями хворих, їх способом життя і поведінки, наявністю ситуації, що провокує хронічний психоемоційний стрес. Можливості хірургічного лікування ішемічної хвороби серця і використання психотерапевтичної допомоги дозволяють повернути працездатність багатьом пацієнтам, відновлюючи їх психоемоційний стан.

Протягом двох років нами було обстежено 139 осіб: 78 пацієнтів кардіохірургічного профілю (чоловіків — 51, віком 48,6 ± 8,3; жінок — 27, віком 52,4 ± 4,8) до і після операції та 61 особа контрольної групи (чоловіків — 30, віком 46,2 ± 6,2, жінок — 31, віком — 48,6 ± 4,9) за їх згодою з використанням шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна.

За шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна рівень особистісної тривожності у чоловіків збільшується з 40,4 до 44,7 балів, у жінок — з 40,6 до 40,7 балів; рівень реактивної тривожності посилюється з 39,7 до 45,7 балів у чоловіків, а у жінок — з 39,3 до 47,8 балів в порівнянні з контрольною групою.

Оперативне втручання є важким стресовим фактором, що призводить до психоемоційних розладів. При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих нами виявлено посилення особистісної та реактивної тривоги від помірної до високої, що свідчить про виражений психоемоційний стан пацієнтів, який потребує підвищеної уваги з боку не тільки лікарів-хірургів, але психіатрів і психотерапевтів для

відновлення та нормалізації емоційної сфери. Використання запропонованого нами «Алгоритму психологічної інтервенції у комплексній курації кардіохірургічних хворих», який знаходиться на кінцевій стадії апробації, веде до нормалізації психоемоційного стану, тим самим покращуючи соціальну адаптацію пацієнта.

УДК 616.89:362.141-008.05

Дьяченко Л. І., Кутіков О. Є.,**
Сергієнко О. В., Офіцерова Ю. В.***
** ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків), ** КЗ «Харківський міський психоневрологічний диспансер № 3» (м. Харків)*

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ МЕРЕЖІ

На даний час в Україні, як і в інших країнах, проводиться значна робота поетапного формування медичної допомоги з акцентом на розширення прав та обов'язків первинної медико-санітарної ланки. На тлі такої реорганізації будуть здійснені і розширені функції лікаря загальної практики /сімейного лікаря з надання медичної допомоги населенню, в т. ч. особам з вадами психічного здоров'я.

Нами було проведено анкетування 477 лікарів-психіатрів та лікарів загальної практики. На основі аналізу цих анкет пропонуємо шляхи реорганізації психіатричної допомоги на рівні первинної ланки медико-санітарної мережі.

При створенні якісно нової організаційно-функціональної системи надання медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я в рамках первинної ланки необхідно визначити такі пріоритетні напрями: охорона психічного здоров'я є невід'ємною частиною медичної допомоги усіх ланок; пріоритетним завданням є охорона психічного здоров'я дітей та підлітків; чітке визначення заходів інтеграції надання медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я в загальносоматичну мережу та первинну її ланку; визначення функцій та обов'язків лікарів загальної практики /сімейних лікарів з надання медичної допомоги особам та хворим з вадами психічного здоров'я; заходи зміни ставлення суспільства до осіб з вадами психічного здоров'я (стигматизація, дискримінація) та активізація роботи по соціальній інтеграції шляхом розширення прав пацієнтів та їх родичів; активізація санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань психічного здоров'я; розвиток взаємодій та співпраці різних міністерств, відомств, громадських організацій, асоціацій родичів, які причетні до надання допомоги особам з вадами психічного здоров'я.

На етапі інтеграції надання психіатричної допомоги на рівні первинної ланки медико-санітарної мережі вимогами до організаційно-функціональної системи передбачити її доступність, ефективність, професіоналізм, контактність, використання новітніх методів діагностики, лікування, реабілітації, соціально-правової допомоги.

На даному етапі реформування медичної допомоги населенню доцільно зберегти існуючу структуру надання медичної допомоги хворим на розлади психіки та поведінки з поступовим розширенням мережі психіатричних, психотерапевтичних кабінетів на базі територіальних поліклінік, розширення мережі психосоматичних та соматопсихічних відділень в багатопрофільних лікарнях, створення багатопрофільних бригад надання медичної допомоги. До функцій первинної ланки медичної допомоги особам з розладами психічного здоров'я на даному етапі включити: забезпечення доступності та безперервності медичної допомоги; надання термінової та невідкладної допомоги з вирішенням наступної стратегії медичної допомоги; первинну профілактику розладів психіки та поведінки; попередню діагностику розладів психічного здоров'я з наступною консультацією лікаря психіатра; корекцію та лікування розладів психічного здоров'я за рекомендацією лікаря-психіатра; здійснення профілактичної роботи, спрямованої на виявлення ранніх та маскованих форм захворювань; погодження з лікарем-психіатром питань лікувально-реабілітаційних, соціально-правових дій відносно хворого на психічний розлад; проведення санітарно-освітньої роботи, спрямованої на формування здорового способу життя, інформованості населення про фактори ризику та найбільш поширені симптоми погіршення стану психічного здоров'я; надання консультативної допомоги сім'ям, в яких є хворий на психічний розлад.

На наступних етапах реформування медичної допомоги удосконалювати і розширювати функціонально-організаційні обов'язки первинної ланки медико-санітарної мережі з одночасною спеціалізацією та диференціацією психіатричної допомоги та її мережі.

УДК 616.895.8:615.851

Завалко Ю. Н., Варшавский Я. С., Куликович А. Ю.
КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В клинической практике психотерапия психозов, в том числе шизофренического спектра, представляется зачастую довольно проблематичной и дискутабельной, поэтому любые положительные попытки в этом направлении заслуживают внимания. Это обусловлено тем, что «классический» психиатрический пациент «не укоренен в реальности». Особенно это касается больных с длительным течением психических расстройств, с преимущественно психотической симптоматикой.

На примере приведенного клинического случая показано изучение изменения психопатологической структуры личности больного в условиях шизофренического процесса вследствие нейролингвистического воздействия (в русле применения Эриксоновского подхода) как аспекта психотерапевтического взаимодействия.

Пациент Руслан Р., 39 лет, по специальности врач-терапевт. Впервые был госпитализирован в КУ «ДКПБ» ДОС в апреле 2007 г., когда впервые в своей врачебной деятельности на вскрытии умершего больного было выявлено расхождение диагнозов. Через некоторое время появилась тревога, нарушился сон, снизилось настроение, появились мысли, что «меня подставляют, хотят отравить, вызвать инсульт», считал себя «непорядочным», в связи с чем был госпитализирован в 31 отделение, где панически стал бояться «повешения», просил жену, чтобы «усыпили во время сонографии, чтобы больше не мучиться». Принимал зипрексу, трифтазин, сибазон, тизерцин, велаксин, миразеп. Госпитализация длилась до июля 2007 г., был выписан с диагнозом: расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции у личности, акцентуированной по тревожному типу. Психическое состояние было медикаментозно компенсировано, однако спустя 3 месяца уволился с работы по собственному желанию, т. к. не мог справляться с нагрузкой из-за психического расстройства, несмотря на регулярный приём медикаментов.

Несмотря на регулярный приём психофармакотерапевтических препаратов, психическое состояние продолжало прогрессивно ухудшаться вплоть до 05.04.2012 г., когда был госпитализирован в связи с суицидальной попыткой в 5 соматопсихиатрическое отделение КУ «ДКПБ» ДОС, где после необходимых хирургических мероприятий и психиатрической диагностики был установлен диагноз: шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, параноидный синдром. 13.04.2012 г. был переведен в 31 отделение, где принимал арип, галоприл, сибазон, циклодол, однако существенного улучшения психического состояния не отмечалось.

В связи с чем 20.04.2012 г. года в курс лечения было включено психотерапевтическое вмешательство, основанное на методиках краткосрочной психотерапии НЛП Р. Бендлера, Дж. Гриндера и Эриксоновского подхода.

Психотерапевтическое вмешательство состояло из следующих элементов терапевтической стратегии:

1. Установление глубокого раппорта с пациентом, основанного на эмпатии, понимании и поддержке;

2. Разъяснение пациенту возможностей выхода из сложившейся ситуации, убеждение его в реальности данных возможностей;

3. Непосредственное психотерапевтическое «сопровождение» пациента к уже понятному и желанному состоянию психической реконвалесценции.

Таким образом, к 14.05.12 г. психотерапевтическое вмешательство позволило достичь следующих результатов:

1. Пациент детально и полностью смог осознать собственное психическое состояние;

2. Научился самостоятельно находить выход из субъективно безвыходных жизненных ситуаций;

3. Принял необходимость и осмыслил пользу внутреннего локуса контроля;

4. Преодолел алекситимию как паттерн защитного реагирования;

5. Понял причины собственных деструктивных поведенческих паттернов;

6. Научился замечать и преодолевать стереотипные поведенческие шаблоны;

7. Изменил отношение к болезни — от «проклятия судьбы» — к «испытанию, которое необходимо преодолеть».

По рекомендации врачей и МСЭК, с целью психосоциальной реабилитации, была определена 3 группа инвалидности с трудовыми рекомендациями и назначена поддерживающая психофармакотерапия минимальными дозировками арипа и вальпрокома. Завершение психотерапевтического взаимодействия проявилось в конгруэнтной социальной интеграции, основанной на приобретённых в процессе психотерапии убеждениях.

УДК 616.89-175

Ю. Н. Завалко, В. З. Задорожный, И. Г. Дробот, О. И. Антофийчук, А. А. Хижняк

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

ОПЫТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИАТРА И ПСИХОЛОГА ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ

Проведен анализ обращений за помощью по телефону доверия в коммунальном учреждении «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» за период с февраля по июль 2012 года. Зафиксировано 128 обращений граждан по проблемам оказания психиатрической помощи и решения вопроса возможности ее выполнения. Мотивами обращений были следующие: невозможность самостоятельно решить проблему ввиду отсутствия социальных и других возможностей; сохранение конфиденциальности при разрешении проблемы; отсутствие уверенности в решении проблемы официальным путем при письменном согласии на оказание психиатрической помощи.

В начале каждого обращения консультант определял цель обращения и возможность незамедлительного реагирования для решения вопроса. После общих вопросов относительно возраста, места рождения, семьи, образования, семейного положения консультант подходил к получению более важной информации с обязательным уточнением соматического состоянии больного, при этом преследовав основную цель беседы — создать символический союз с обратившимся и при этом сохранить нейтральную позицию. В ходе беседы консультант поощрял обратившегося за помощью, сохраняя дружелюбный тон, и в то же время сохранял чувство дистанции. Интервью было свободным по своей форме и без ограничений временными рамками. С начала беседы консультант акцентировал, что беседа будет длиться столько, сколько это потребуется для решения проблемы. При изменении темы и появлении новых вопросов не обрывал обратившегося, а терпеливо выслушивал. В конце интервью консультант обязательно делился своими соображениями, излагая приблизительный план своих действий. Нами исследованы гендерные различия обратившихся, при которых имеется существенная разница, когда количество лиц женского пола превышало количество обратившихся мужчин (63 % — 37 %). Также отмечена превалирующая доля лиц старше 50 лет, обращения которых отличались вычурностью и причудливостью проблем. При их консультировании был затруднителен сбор анамнеза, и при желании консультанта получить дополнительную информацию из других источников — со стороны близких, родных — ответная реакция была негативной, так как это желание истолковывалось превратно.

Из общего количества проанализированных обращений 57 были повторными (более 3 раз), как по содержанию предыдущих обращений, так и по продолжительности самого обращения; 28 обращений касались оказания консультативной помощи при аффективных расстройствах (25 %), при первичных или вторичных в ответ на изменение соматического состояния; 25 % имели причину оказания помощи при деменциях и делириях; 20 % обращений было связано с расстройством адаптации (дезадаптивное поведение на определенные стрессовые ситуации, включая соматические заболевания) и по 15 % обращений были обусловлены тревожными и фобическими расстройствами.

При выполнении рекомендаций консультантов огромное значение имели его личностные качества, которые можно представить формулой «ободрить — выслушать — направить», что преследовало в результате общения способность и желание эмпатировать обратившегося и вызвать положительную мотивацию при оказании психолого-психиатрической помощи. Данные результаты могут быть учтены при составлении направленных превентивных диагностических и лечебных программ в оказании психиатрической помощи в амбулаторно-поликлинической сети.

УДК 616.89-051(477)

Ю. Н. Завалко, В. З. Задорожный, А. А. Хижняк

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Психиатрическая помощь жителям Днепропетровской области доступна на всей ее территории. Количество психиатрических кабинетов достаточно для осуществления консультативной помощи, но недостаточно для оказания лечебно-диагностической помощи и психосоциальной реабилитации больных с тяжелыми психическими расстройствами. В области остается недостаточным кадровое обеспечение врачами-психиатрами. Остается низким показатель аттестации врачей психиатров и психотерапевтов — 85,0 % и 88 % соответственно. Показатель заболеваемости психическими расстройствами на протяжении 3 последних лет остается ниже, чем показатели по Украине (в 2011 году область — 204,5, Украина в 2010 году — 234,6). Распространенность психических расстройств имеет тенденцию к ежегодному снижению (с 2564,7 в 2007 г. до 2493,9 в 2011 году по области, 2552,8 по Украине на 100 тыс. населения в 2010 году) при возрастании удельного веса непсихотических психических расстройств. Остается недостаточным финансирование в амбулаторной сети. Неразвитость внебольничных служб увеличивает нагрузку на стационарное обслуживание. Ограничение доступности к методам нейровизуализации не дает возможности объективизировать болезнь Альцгеймера, Пика и другие органические психические расстройства. Наблюдается рост первичной инвалидности больных с психическими расстройствами вследствие черепно-мозговых травм за счет недостаточного реабилитационного и восстановительного лечения. Остается высоким уровень инвалидности больных шизофренией. Превенция суицидов недостаточна. Остаются единичные случаи нарушения правовых норм оказания психиатрической помощи. В 28 % учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, не соблюдается выполнение клинических протоколов по специальности «Психиатрия».

Предложениями по улучшению оказания психиатрической помощи могут быть следующие векторы ее организации: интеграция психиатрии в сеть первичной медико-санитарной помощи путем информационного обеспечения; подготовка врачей семейной практики, врачей терапевтического направления по основам диагностики легких депрессивных состояний и психосоматических расстройств; систематический контроль за проведением амбулаторного принудительного лечения больных в рамках принудительных мер медицинского характера; анализ случаев непрофильной госпитализации больных на психиатрическую койку; организация отделений первичного психотического эпизода в психиатрических стационарах областного финансирования путем реорганизации имеющегося коечного фонда; семинар-тренинг с сотрудниками кафедр психиатрии Днепропетровской медицинской академии по актуальным вопросам лечения и диагностики расстройств психики и поведения; систематическая профилактика общественно опасных действий психически больных; в рамках проведения пилотного проекта реформирования психиатрической помощи проведение инициатив перед органами местного самоуправления по вопросам выделения средств на льготное амбулаторное лечение больных с тяжелыми психическими расстройствами; увеличение количества патронажных сестер в амбулаторной сети для посещения детей-инвалидов, возобновление и организация работы лечебно-трудовых мастерских и подсобного хозяйства в составе психиатрических больниц; подготовка социальных работников со средним специальным образованием (по уходу, навыкам социального ухода); организовать производства для больных с умственной отсталостью (цеха) по типу производств для глухонемых.

УДК 616.89-02-021

Н. И. Завгородняя

Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) в настоящее время остается важнейшей медико-социальной проблемой вследствие сохраняющейся высокой распространенности, смертности и инвалидизации населения наиболее активного трудоспособного возраста. ЧМТ представляет собой классическую психотравмирующую ситуацию, воздействие которой на организм часто приводит к развитию психогенных (реактивных) психозов, в частности реактивных депрессий.

Цель исследования: оптимизация диагностики и лечебной тактики непсихотических депрессивных расстройств у лиц в остром периоде ЧМТ.

Для решения поставленной цели было проведено комплексное обследование 40 больных обоего пола в возрасте 19—55 лет, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ХГКБСНМП с диагнозом ЧМТ.

На основе клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери — Асберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 47,8 % случаев, неврастенический в 36,9 % и тревожно-тоскливый в 15,3 % случаев.

Для клинической картины были характерны: подавленность, чувство безысходности, слезливость, бессонница, различные вегетативные расстройства. Доминировали подавленность настроения (79,5 %), аффект тоски (44,6 %) и тревожные проявления (68,9 %). В большинстве случаев (84 %) больные были полностью сосредоточены на событиях случившейся с ними беды, всех ее обстоятельств, при этом 43 % пострадавших высказывали идеи самообвинения в случившемся. Витальные проявления нами обнаруживались не четко, что возможно, объясняется тяжестью состояния основного заболевания.

Депрессивные расстройства чаще возникали у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своем состоянии. В их жалобах, кроме обусловленных основным заболеванием, присутствовали многие невротические: на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за свое состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. У таких больных отмечались также различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Особенно ярко подобная клиническая картина проявлялась у лиц, имеющих в анамнезе гипертоническую болезнь и ишемическую болезнь сердца.

Коррекцию непсихотических расстройств осуществляли на фоне основной терапии с помощью снотворных препаратов, транквилизаторов, антидепрессантов.

Базируясь на полученных в ходе работы данных мы разработали систему коррекции депрессивных расстройств при ЧМТ, включающую применение комплексных психотерапевтических методов: рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, а также введение социальных адаптирующих приемов.

УДК 159.923.3:616.89-008.441.44:159.947.5

Заворотный В. И.*, Хаджинов О. А.**, Паламарь А. Д.**, Розанов В. А.***

Военно-медицинский клинический центр Северного региона (г. Харьков), Военно-медицинский клинический центр Южного региона (г. Одесса)**, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова****

ЛИЧНОСТНЫЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ СОЛДАТ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

Настоящее исследование базируется на результатах масштабного проекта по изучению психосоциальных, личностных и биологических факторов самоповреждающего поведения, проведенного в ряде городов Украины в 2001—2007 гг. Лиц, совершивших суицидальные попытки, опрашивали по комплексной схеме, включающей социодемографические характеристики и описание обстоятельств попытки. Из числа психологических инструментов использовали личностный опросник NEO PIR, шкалы депрессии и безнадежности Бека, шкалу характеристик гнева Спилбергера, шкалу склонности к насильственным действиям Плутчика. Респонденты также отвечали на вопросы относительно случившихся с ними в жизни неприятностей (негативных событий жизни) и на вопросы Шкалы благополучия ВОЗ. Психиатрический диагноз выявляли с использованием структурированного диагностического опросника CIDI 2.1.

В базе данных, содержащей сведения о 1200 суицидентах, был выявлен 51 случай суицидальной попытки у военнослужащих срочной службы, по поводу чего они были госпитализированы в психиатрическое отделение военного госпиталя. К этой группе была подобрана из той же базы данных группа сравнения из числа суицидентов, не имеющих отношения к службе в армии, соответствующая по полу и возрасту (41 случай), а также контрольная группа здоровых добровольцев, также соответствующая по полу и возрасту, не имевших суицидальной попытки в анамнезе (132 случая). Сравнительный анализ осуществляли с использованием стандартных методов вариационной статистики (критерий Фишера — Стьюдента).

Молодые мужчины, совершившие суицидальные попытки, как солдаты, так и гражданские лица, существенно отличались от здоровых добровольцев. Эти различия заключались в значительно большей выраженности депрессии, сниженном благополучии, большем накопленном жизненном стрессе, большей частоте такого проявления пессимизма как безнадежность. В плане личностных особенностей наблюдался высокий, по сравнению со здоровыми добровольцами, показатель нейротизма, сниженный показатель экстраверсии, открытости опыту, амбициозности и чувства долга. В то же время выявлены достоверные отличия солдат-суицидентов от лиц, совершивших попытки суицида вне армейской среды. Тяжесть попыток и разнообразие методов было ниже у солдат. Значительная часть попыток связана с конфликтными ситуациями в армейских коллективах, в то время как спектр психосоциальных проблем у гражданских лиц был намного шире. У солдат выявились более высокие показатели депрессии, более низкие показатели психосоциального благополучия и некоторые личностные особенности. В частности, наблюдалась тенденция к еще большей интроверсии. В то же время у них выявлены более высокие показатели таких черт характера как дружелюбие (сотрудничество) с его компонентами (честность, альтруизм, уступчивость, чуткость) и добросовестность с ее составляющими, такими как чувство долга и самодисциплина.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что молодые солдаты, совершающие суицидальные попытки, представляют собой своеобразный контингент, отличающийся по личностным и психосоциальным характеристикам и суицидальному поведению от суицидентов, не связанных с военной службой. Это может быть следствием их предиспозиционных черт или результатом влияния новых условий жизни. Можно предположить, что их поведение представляет собой регрессивную реакцию лиц с определенными личностными особенностями в условиях жесткой армейской среды. Возможно, такие черты как дружелюбие и добросовестность воспринимаются как проявления слабости у основной массы солдатского коллектива и его неформальных лидеров, что способствует конфликтам и виктимизации, следствием чего становятся попытки суицида. Они могут быть в связи с этим расценены как поиск выхода из невыносимой ситуации, возможности смены коллектива, временного ухода в условия госпиталя и т. д. В то же время, не следует расценивать все попытки однозначно с этих позиций. Полученные данные являются обоснованием необходимости углубленного анализа обстоятельств попыток, который, как мы полагаем, позволит уточнить их мотивы.

УДК 616.853-052

Завязкіна Н. В.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка (м. Київ)

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Агресивна поведінка, значний ступінь її поширеності серед психічно хворих, неухильне збільшення кількості небезпечних дій проти життя та здоров'я особи, міцний зв'язок з суспільно небезпечними діями обумовлюють підвищення інтересу до даної проблеми. Багато авторів надають великого значення оцінці соціальних, психологічних, демографічних і клінічних факторів у прогнозі ризику вчинення правопорушень психічно хворими. Для обґрунтування заходів попередження агресивної поведінки необхідний аналіз як психопатологічних, так і мотиваційних,

особистісних, когнітивних сторін суб'єкта, макро- і мікросоціальних факторів, що впливають на його суспільно небезпечне діяння (Дмітриєва Т. Б., Шостакович Б. В., 2002).

Одним з аспектів даної проблеми є взаємозв'язок агресивних форм поведінки та епілепсії. Частота агресивних форм поведінки в осіб, які страждають на епілепсію, за даними різних авторів, коливається в широкому діапазоні — від 4,8 % (Rodin L., 1973) до 47 % (Castaut F., 1955). Необхідність багатостороннього вивчення агресивної поведінки у хворих на епілепсію пов'язана з переважанням серед правопорушень деліктів проти особистості.

В роботі проаналізовані дані, отримані під час обстеження 27 підекспертних чоловічої статі, що страждають на епілепсією, які проходили експертизу в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2006 по 2011 рік. У хворих, які найбільш часто скоювали суспільно небезпечне діяння, відзначалися прогностичні ознаки потенційної небезпеки: підвищена поведінкова активність (найчастіше на тлі психопатоподібних проявів), емоційно-вольовий, інтелектуальний дефект; морально-етичне зниження; егоцентризм; розгальмованість; схильність до зловживання психоактивними речовинами.

Аналіз проводили за такими чинниками: здатність/нездатність усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними; соціально-демографічні показники (вік, освіта, сімейний стан, втрата працездатності); клініко-динамічні характеристики (аналіз перебігу хвороби, наявність в підлітковому віці девіантних форм поведінки і психопатоподібних порушень); психологічні особливості (особливості особистості і когнітивної сфери обстежуваних, ціннісно-смислової сфери, мотиваційної сфери); кримінальна активність (переважання серед всіх деліктів правопорушень проти особи).

Недостатня диференційованість емоційної сфери хворих, дисфоричні стани, особливості особистості (мстивість, злостивість, злопам'ятність та ін.), ригідність розумових процесів, застійність афективних переживань, недостатня пластичність психіки визначали переважання негнучких форм поведінки і призводили до спалаху люті, агресії, імпульсивності вчинків, які були нерозмірні з приводом, що спричинив їх. В силу наявних у випробовуваних особистісних особливостей, властивих епілепсії, вони не могли повною мірою осмислити кримінальну ситуацію, оцінити свою роль в ній, вибрати адекватну поведінку, конкретний спосіб вирішення проблем, пов'язаних із ситуацією. Структура та характер кримінальних дій у хворих на епілепсію значною мірою визначалися пароксизмальними і непароксизмальними психічними розладами, особистісними особливостями, психотичною симптоматикою, недоумством.

Грамотна комплексна первинна діагностика з урахуванням проведеного аналізу, врахування схильності даного контингенту хворих до систематичного повторення деліктів, дозволить запобігти здійсненню суспільно небезпечних діянь хворими на епілепсію.

УДК 616.899-071

В. З. Задорожный, В. Д. Кетков, И. Г. Дробот, О. И. Антофийчук
КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета», КУ «Специализированный Дом ребенка № 1» Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

МОДЕЛЬ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Проведен анализ 75 консультаций семьям, имеющим ребенка с расстройством психики и поведения в возрасте от 3 до 5 лет. Консультации проводились в Днепропетровской областной клинической психиатрической больнице и специализированном Доме ребенка № 1 Днепропетровского облсовета. Возраст родителей — от 20 до 35 лет. Консультации проводились семейным парам с целью составления модели оптимального консультирования и выработки алгоритма психиатрического и психотерапевтического направления. Проводимая работа осуществлялась в формате краткосрочной терапии от одной до 10 встреч. Во всех случаях консультанты обеспечивали психологическую поддержку, которая отсутствовала или имела искаженные формы проявления существующих на момент обращения семейных отношений. Консультант выступал в роли посредника содействия восстановлению нарушенных семейных связей. Развивались навыки общения, различные приемы саморегуляции и самопознания. Психиатр и психолог помогали развитию основных социальных умений и навыков (навыки внимательного отношения друг к другу, понимание нужд окружающих, выражать искренно свои чувства и замечать чувства супруга). Предлагалось семье и всем ее членам дидактическое изложение информации о психическом здоровье и нездоровье, понятие нормы психического здоровья и возможных ее вариантов. Оказывались следующие виды психологической помощи: информирование, индивидуальное психологическое консультирование (психотерапия), групповое и семейное консультирование с использованием психотерапевтических методик. В результате нами предлагается модель консультирования семейных пар, имеющих ребенка с проблемами психического развития, имеющая следующие составные разделы:

— выявление представления каждого члена семьи о характере переживаемых трудностей, возникающих в воспитании больного ребенка;

— выявление фактов семейной жизни и особенностей ее динамики с составлением анализа семейной истории для адекватного понимания сложившейся ситуации с больным ребенком;

— обратная связь от психиатра ко всей семье, которая включает понимание проблемы и желание получить психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь;

— определение проблемного поля в семье с определением причин возникших трудностей, механизмов их возникновения и развития с итоговым решением о согласованных действиях консультанта и членов семьи по преодолению проблем с установкой реальных планов и целей их осуществления;

— установление альтернативных решений проблем без навязывания решений со стороны консультанта;

— планирование выбранных альтернатив в отношении их реалистичности с точки зрения предыдущего опыта, актуальности и возможности перемен с проверкой выбранного решения в форме ролевых игр, «репетиций», действий;

— реализация плана решения проблем семьи с обязательной поддержкой консультанта всех членов семьи.

Данная модель консультирования предполагает большую возможность для семейных психологов, психотерапевтов и психиатров умело и гибко использовать и изменять содержание этапов оказания данной помощи, учитывая специфику каждой конкретной семьи.

УДК 616.85-008.64-08

А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, И. Н. Кононенко, Н. Г. Боброва, Н. Е. Матеева, В. И. Кучерявая, Е. В. Медведева, Д. А. Мицук
Донецкий областной наркологический диспансер

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОКСАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ АРГИПНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Современное состояние социального развития Украины характеризуется чрезвычайно высоким уровнем психосоматической напряженности населения, что приводит к существенному ухудшению уровня психического здоровья в популяции из-за злоупотребления алкогольными напитками. Структура изменения заболеваемости свидетельствует о том, что в Украине в последние годы отмечается увеличение психогенных по происхождению, соматизированных, психосоматических заболеваний с хроническим течением.

В связи с этим наше внимание привлек новый лекарственный препарат — вальдоксан (агомелатин). В последние два года мы проводили исследования, в том числе плацебо контролируемые, в которых была показана его эффективность. Оценка динамики психопатологического состояния больных путем клинико-психопатологического метода показала следующее: у пациентов, получавших вальдоксан, уже с 3-го дня исследования наблюдалось существенное улучшение субъективного спектра ощущений, повышались настроение и активность, нормализовался сон. К 14-му дню терапии было отмечено выраженное снижение астенической, тревожной и депрессивной симптоматики, в частности, витальных компонентов депрессии и тревоги, утомляемости, слезливости, раздражительности, гиперестезий, беспричинных страхов или конкретных опасений о состоянии своего здоровья. У большинства больных купировались диссомнические расстройства, антивитальные переживания. К концу 4-недельного курса применения вальдоксана практически полностью исчезли соматизированные проявления депрессии: купировались болевые ощущения и соматовегетативные дисфункции. Постепенная отмена препарата в течение следующих 3-х месяцев с постепенным снижением дозы при катамнестическом наблюдении обнаружили устойчивость полученных результатов.

Объективная оценка динамики психопатологических расстройств в процессе терапии препаратом вальдоксан, согласно

шкале Гамильтона, обнаружила достоверное существенное снижение уровня тревожно-депрессивных агрипнических расстройств уже к 14-му дню по всем критериям. К концу курса (к 30-му дню исследования) уровень депрессивного настроения снизился на 79 %, чувство вины — на 85 %; антивитальные переживания — на 83 %; соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта — на 95 %, соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы на 89 %.

УДК: 615.851+159.9]:616-07.001

Заседа Ю. И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Под психофеноменологическим профилем мы понимаем своеобразие клинико-психофеноменологических особенностей пациента с позиций психотерапии; фактически — это совокупность нормальных и клинических психотерапевтических феноменов и их пропорция. Целью определения психофеноменологического профиля является определение индивидуальных акцепторных особенностей пациента, которые выступают в качестве своеобразного маркера для адекватного подбора специфического, индивидуализированного арсенала средств и методов психотерапии. Очевидно, что это понятие касается преимущественно феноменов первого класса (феномены «со стороны пациента»), но также, в меньшей степени, феноменов третьего (трансперсональные), четвёртого (групповые) и пятого (конформные, или индукционные) классов.

Особенности такого профиля крайне индивидуальны и находятся в зависимости от совокупности конституциональных, персонологических, патопсихологических характеристик, присущих индивиду. Также на структуру психофеноменологического профиля могут влиять и имеющиеся у данного пациента соматические болезни, возможно, предопределяющие склонность к наличию некоторых психотерапевтических феноменов «со стороны пациента».

В данном исследовании с использованием методов научного поиска, моделирования, индукции, анализа, синтеза мы выявили наиболее часто встречающиеся у пациентов, страдающих некоторыми, преимущественно хроническими, соматическими заболеваниями саногенные и дефензивные феномены. Это объясняется выраженным патопластическим влиянием длительно протекающей, субъективно тягостно переносимой соматической патологии на психику, создающей как органическую, так и психогенную почву для появления характерных особенностей такой психофеноменологической пропорции. Выбор подклассов соматически больных для исследования обусловлен их исключительной важностью, как в плане выбора психотерапевтических инструментов и индивидуализации терапии, так и в плане прогнозирования возможных сложностей и исхода психотерапевтического вмешательства.

В подавляющем большинстве у исследуемых лиц, страдающих тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, определяется повышенный уровень тревожности, склонность к депрессии, низкие уровни самооценки и удовлетворенности качеством жизни. Однако для того, чтобы подобрать оптимальные методы психотерапевтических вмешательств для конкретного пациента, необходимым шагом становится более подробное клинико-психофеноменологическое обследование, результаты которого мы и предлагаем представлять в виде психофеноменологического профиля.

Исследовано несколько групп пациентов, объединенных по признаку наличия соматического заболевания и факту психотерапевтического вмешательства: пациенты, страдающие язвенной болезнью (ЯБ) желудка / двенадцатиперстной кишки, в количестве 25 человек, подвергавшиеся групповой краткосрочной терапии; 20 пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), посетивших курс групповой психотерапии; 25 пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ); 27 человек, страдающих сердечной недостаточностью (СН), которым была предложена когнитивно-бихевиоральная психотерапия; 30 онкологических больных, прошедших курс групповой психотерапии.

С учётом клинической ситуации в ходе психодиагностического (в контексте психотерапии) и собственно психотерапевтического процессов для каждого из обследованных контингентов были выявлены описанные ниже особенности психофеноменологического профиля. У пациентов, страдающих ЯБ, среди саногенных феноменов доминировали подкрепление, катарсис, групповая динамика, тогда как из дефензивных удалось выделить агрессию, проекцию, конверсию. Саногенными феноменами, типичными для лиц с СД, явились групповая динамика, катарсис, инсайт; дефензивными — изоляция, конверсия, подавление. Пациенты, перенесшие ИМ, обнаруживали внушаемость, убеждаемость, подкрепление — в качестве саногенных и идентификацию, конверсию — в качестве дефензивных феноменов. Для лиц с СН характерно присутствие феноменов подкрепления, убеждаемости, научения — в качестве саногенных, а также конверсия, регрессия, проекция — в качестве дефензивных. У страдающих онклогическими заболеваниями чаще выявляются акцепция, научение, катарсис как саногенные, и перенос, агрессия, изоляция — как дефензивные феномены.

В проводимой нами работе поднимается вопрос о месте психофеноменологического профиля в структуре психотерапевтического диагноза. По нашему мнению, введение соответствующего раздела диагноза в значительной мере способствовало бы адекватному сопоставлению соответствующих саногенных феноменов и психотерапевтических методов, а также позволило бы отражать ассоциированные с ними наличествующие клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

УДК 616.89.02 613.86.70

Зеленська К. О.
Харківський національний медичний університет

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З ДЕПРЕСІЯМИ МОЛОДОГО ВІКУ

Психічне здоров'я населення є показником рівня розвитку суспільства. За даними ВООЗ психічні розлади становлять 8,1 % від загальної захворюваності. При цьому встановлено, що саме депресивні розлади стають все більш поширеною патологією, випереджаючи зростання серцево-судинних і онкологічних розладів.

У сучасних дослідженнях підкреслюється, що депресії в осіб молодого віку часто супроводжуються різними формами суїцидальної поведінки, що ускладнює лікування і суттєво впливає на якість життя цих пацієнтів

Мета дослідження: вивчити особливості формування суїцидальної поведінки в осіб молодого віку з депресивними розладами

Для вирішення поставленої мети нами з дотриманням принципів біоетики і деонтології буде проведено комплексне обстеження 100 хворих, обох статей, у віці 18—35 років, з депресивними розладами (F 32.1, F 33.1, F 41.2, F 43. 21), в структурі яких виявлені різні форми суїцидальної поведінки.

Отримані в ході аналізу клініко-анамнестичного дослідження дані дозволили нам виокремити основні психотравмуючі ситуації, що призводили до розвитку суїцидальної поведінки в рамках гострої реакції на стрес у осіб молодого віку: ситуації втрати; серйозні фінансові утруднення, несподіваний майновий крах; крах кар'єри; вимушена різка зміна життєвого стереотипу; конфлікти сімейних відносин; конфлікти сексуальних взаємин; переживання, пов'язані з нерозділеною любов'ю.

Результати проведеного нами аналізу властивостей особистості осіб молодого віку, що скоїли суїцидальні спроби, за шкалами СБОО (Скорочений багатофакторний опитувальник особистості) показав, що в обстежених хворих переважають піки за шкалою депресії (D), що свідчить про наявність зниженого настрою, морального дискомфорту — найвищі показники виявлені як у жінок, так і в чоловіків (60,45 і 59,62 відповідно); за шкалою істерії (Ну), що виявляє особистості, схильні до використання симптомів соматичного захворювання як засобу вирішення конфліктних ситуацій — найвище значення спостерігається у жінок (50,68), у чоловіків даний показник складає 42,56; за шкалою психопатії (Pd), що відбиває імпульсивність, реалізацію емоційної напруженості в безпосередній поведінці, найвищі показники цієї шкали виявлено у чоловіків — 61,38, а у жінок цей результат дорівнює 55,57 балам.

Згідно з даними клініко-психопатологічного дослідження, для осіб молодого віку, що скоїли суїцидальну спробу, найбільш типовими є такі особистісні риси: низька комунікативність, замкнутість, тривожна мстивість, яскраво виражене почуття провини, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, неврівноваженість, підвищена чутливість, вразливість, домагання особливої уваги, визнання.

Вищенаведені дані дозволили нам розробити патогенетично обґрунтовану комплексну систему корекції депресивних розладів, які супроводжуються суїцидальною поведінкою, що включає до себе комплексне застосування медикаментозного, психотерапевтичного та психоосвітнього впливу.

УДК616.89-008.441.13

Зильберблат Г. М., Войтюк Г. И.
КУ «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение» (Киевская область, Васильковский р-н, пгт. Глеваха)

К ВОПРОСУ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБ

В свете начавшейся реформы здравоохранения с особой актуальностью звучит проблема интеграции двух специальностей: психиатрии и наркологии, которые сейчас искусственно разделены, а в некоторых случаях, по отношению друг к другу, проявляют антагонизм.

Во всем мире (за исключение Албании и Португалии) специализированную врачебную помощь наркобольным оказывают психиатры, с 1985 года в странах бывшего СССР — врач-психиатр-нарколог. Только в Украине с 1997 года базовое обозначение специальности «психиатр» исчезло и появилась специальность «нарколог». Это в то время, когда во всех действовавших международных классификаторах болезни (МКБ), действующей МКБ-10, подготовленной МКБ-11 наркологические заболевания входят в психиатрический раздел.

Искусственный разрыв наркологии и психиатрии привел к большим организационным сложностям в вопросах оказания помощи наркобольным, дестабилизации функционирования института районного нарколога, особенно в сельской местности, к ухудшению условий труда среднего и младшего персонала.

В Киевской области (1 711 870 чел.), с учетом ее особенностей (отсутствие областного центра с многосоттысячным населением, отсутствие областного психиатрического диспансера) за последние 14 лет удалось максимально нивелировать тот «водораздел», который образовался между «психиатрией» и «наркологией»

С 1998 году на базе Киевской областной психбольницы № 1 (800 коек) и Киевского областного наркодиспансера (365 коек) было создано Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение.

В 2006 году в г. Белая Церковь (202,2 тыс. чел.) на базе психоневрологического диспансера создано городское территориальное психонаркологическое медицинское объединение.

В 2008 году в структуре Сквирской ЦРБ (сельский район с 41,06 тыс. населения) на базе психиатрического, наркологического кабинетов и психосоматического отделения (15 коек) создан психонаркологический центр.

В 2009 году на базе психиатрического и наркологического кабинетов Ирпенской (73,6 тыс. чел. населения) городской поликлиники создано психонаркологическое отделение.

Нам удалось интегрировать психиатрические и наркологические подразделения не только на областном и городском уровнях, но и на уровне ЦРБ, что очень важно.

За годы интеграции психиатрии и наркологии в Киевской области улучшились и стали стабильными практически все показатели работы.

К сожалению, остаются не решенными вопросы участия в военно-призывных комиссиях, где мог бы работать один специалист (психиатр или нарколог); оплаты за категорию, при замене отсутствующих работников психиатрических (наркологических) кабинетов; уход на пенсию среднего и младшего персонала наркологических кабинетов и др.

Восстановление приставки «психиатр» к специальности «нарколог» поможет решить многие проблемы, негативно сказывающиеся на организации оказания наркологической помощи, а также позитивно скажется на организации психиатрической помощи населению Украины.

УДК-616.893:616-08:614.2.

Г. М. Зильберблат, Е. А. Ершова, Тимен М. Е.
КУ «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение» (пгт. Глеваха)

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Проблема первых психотических эпизодов в последние годы приобрела особую значимость. Можно выделить две основные причины этого: актуальность в клинико-прогностическом отношении для эффективного оказания психиатрической помощи при условии раннего терапевтического вмешательства и важность данной проблемы в научно-исследовательском плане.

Риск для личности заболевшего и его социального функционирования заключается в ограничении общественных связей, стигматизирующем влиянии психиатрического диагноза, формировании нейрокогнитивного дефицита, снижении качества жизни.

Особую актуальность приобретает вопрос организации и совершенствования работы отделения первичного психотического эпизода (ППЭ).

В структуре Киевского «ОПНМО» с января 2012 г. открылись два отделения ППЭ (мужское — 50 коек, женское — 40 коек).

Анализируя работу отделений ППЭ за первые 6 месяцев мы должны отметить целый ряд проблем: организационные — отсутствие утвержденных штатов; профессиональные — «анозогнозия» коллег из других общепсихиатрических отделений; необходимость пересмотра существующих критериев регламентации показаний для госпитализации больных с ППЭ.

Решение кадрового вопроса, на наш взгляд, было простым: 2 отделения (мужское и женское) с лучшей материальной базой, наиболее подготовленными заведующими и персоналом, правильно понимающими поставленные перед ними задачи. Штаты были укомплектованы по ведомости замены (соответствовали 60—70 коечным общепсихиатрическим отделениям), с обязательным участием психолога, соц. работника, труд. инструктора.

Для преодоления «анозогнозии» коллег, необходимы постоянная демонстрация сложных больных с ППЭ, высокие показатели работы отделения ППЭ.

Проанализировав 407 случаев госпитализации больных — в мужском (197) и женском (230) отделениях, мы считаем, что кроме кратности приступов (3 приступа), длительности заболевания (5 лет), важным показателем отбора больных для госпитализации в отделение ППЭ является степень глубины дефекта, личностная сохранность и социальная адаптированность пациента.

Мы расширили показания к лечению без акцента на количество обострений и длительность заболевания: F 20—F 29, F 30—F 33, F 10.5 — F 19.5 (1x.50-1x.56), комбинированные адекватные расстройства — F 20 — F 29, F 30—F 33/F 10 — F 19 до декомпенсации с психотическими проявлениями на фоне расстройств личности.

Противопоказаниями были: наличие выраженного эндогенного дефекта, социальная опасность пациента и принудительные меры медицинского характера.

В своей работе мы столкнулись с «ложным» первичным психотическим эпизодом, т. е. пациентами, перенесшими ранее психотические эпизоды, которые не были своевременно диагностированы, пролечены и поступили в отделение с нарастающим дефектом.

Создание отделений ППЭ является важной необходимой составляющей в повышении качества оказания помощи психически больным.

УДК 616.89-008.47.008.041(-202)

Зінченко О. М.
Міністерство охорони здоров'я України (м. Київ)

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ГРОМАДСЬКОГО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Повне фізичне, психічне і соціальне благополуччя Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила як здоров'я, роблячи акцент на тому, що під «здоров'ям» не можна розуміти лише відсутність хвороб або фізичних вад. Рівень психічного здоров'я популяції, ступінь поширеності в ній психічних захворювань, алкоголізму та наркоманії, розумової відсталості, суїцидів об'єднані в запропоноване ВООЗ поняття «громадське здоров'я».

Проблеми в сфері громадського психічного здоров'я чинять негативний вплив на здоров'я населення в цілому, на формування якості інтелектуального, трудового та людського потенціалу, викликають величезні соціально-економічні втрати, сприяють наростанню у суспільстві напруженості. На думку експертів ВООЗ, масштаб проблеми дає підстави розглядати психічні хвороби, включаючи алкоголізм і наркоманію, як основну загрозу здоров'ю та продуктивності нації. На психічні та поведінкові розлади страждає протягом життя більше 25 % населення світу.

У зв'язку з цим виникає необхідність вивчення основних сучасних тенденцій громадського психічного здоров'я сільського населення України з метою наукового обґрунтування та

розробки управлінських рішень, спрямованих на збереження якості людського потенціалу.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, впродовж 2010 р. за психіатричною допомогою звернулося 368 543 сільських жителів, а показник загальної захворюваності (поширеності) психічних та поведінкових розладів склав 2 539,3 на 100 тис. сільського населення.

У структурі контингенту зареєстрованих хворих у 2010 р. переважали хворі з непсихотичними психічними розладами (41,6 %), на другому ранговому місці були хворі на розумову відсталість (35,3 %), на третьому — хворі на розлади психіки психотичного характеру (23,1 %).

Ще одним з важливих індикаторів громадського психічного здоров'я, соціального благополуччя і якості життя населення є показник самогубств. Згідно зі шкалою оцінки ВООЗ виділяється три рівні частоти самогубств:

• низький — до 10 випадків на 100 тис. населення;
• середній — від 10 до 20 випадків на 100 тис. населення;
• високий або «критичний» — понад 20 випадків на 100 тис. населення.

За даними 2010 року показник поширеності суїцидів у сільського населення складав 28,46 на 100 тис. населення. Сільські жителі в 1,8 рази частіше скоюють самогубства, ніж міські. Серед чинників, що потенціюють суїцидальний ризик, першорядне значення має зловживання алкоголем і його сурогатами.

У структурі психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у сільського населення перше рангове місце займають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю.

Так, у 2010 році захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у жителів села становила 102,08 на 100 тис. сільського населення. Показник поширеності на хронічні алкогольні синдроми у сільського населення мав тенденцію до збільшення і у 2010 році складав 1504,14 на 100 тис. населення. Показник захворюваності психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання наркотичних речовин у сільського населення у 2010 році складав 4,87 на 100 тис. населення, а показник поширеності 41,95 на 100 тис. населення. Протягом 2008—2010 рр. має місце збільшення як показника захворюваності так і поширеності психічних та поведінкових розладів внаслідок токсикоманії у сільського населення.

Результати проведеного аналізу свідчать про необхідність подальших досліджень, спрямованих на вивчення чинників і особливостей поширення психічних розладів, наркоманії, алкоголізму, суїцидів та пошук шляхів зміцнення й охорони громадського психічного здоров'я у сільського населення України.

УДК 616.895.4-072.8-08:615.851

Киреева Е. Н.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПРЕДИКТОРОВ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Увеличение числа депрессий, отмечающееся в последнее время, большая часть из которых представлена рекуррентным депрессивным расстройством, представляет серьезную и актуальную медицинскую проблему. Повторение депрессивного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства в большинстве случаев является прогнозированным, особенно в случае продолжительного периода заболевания. Однако, несмотря на прогнозируемость повторения депрессивного эпизода, он обычно оказывается диагностирован врачами только в период развернутых клинических проявлений, что приносит немало страданий больному и представляет угрозу для его жизни из-за вероятности самоубийства. Более того, лечение развернутой депрессии наносит больших материальных и социальных убытков и требует большего времени для лечения, чем если бы купирование эпизода происходило на начальной стадии или еще лучше — в продромальном периоде, периоде предвестников, и, по сути, было направлено на недопущение развития развернутого депрессивного эпизода.

Так, ранняя диагностика и своевременное выявление депрессий — до развития картины развернутых клинических проявлений — должно быть задачей современной клинической психиатрии. Однако целостных представлений о предвестниках депрессивного эпизода, предшествующих семиотических знаков развернутой картины болезни, которые были бы способны помочь в ранней диагностике заболевания, до сих пор не сформировано.

Цель исследования: на основании изучения психоанамнестических данных, клинико-психопатологических и медико-психологических характеристик больных с рекуррентным депрессивным расстройством в анамнезе выявить, проанализировать и разработать диагностические критерии ранних прогностических признаков (предикторов) возникновения очередного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства.

Согласно поставленных задач на базе Коммунального лечебно-профилактического учреждения «Городская психоневрологическая больница № 2» (г. Донецк), мужское психиатрическое отделение № 4 нами было обследовано 100 пациентов с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» в анамнезе. Все больные были в возрасте 35—65 (± 0,62) лет.

Методы исследования: психопатологический, патопсихологический, системный и клинико-статистический анализ, контент-анализ.

Результаты исследования показали, что у 95,00 % пациентов проявлялись симптомы, которые мы трактуем как предвестники депрессивного эпизода при рекуррентном депрессивном расстройстве, которые не соответствовали критериям депрессии, и часто предшествовали возникновению повторного депрессивного эпизода, частично редуцируясь на фоне развернутой клинической картины депрессии или разворачивались в клинические симптомы депрессии. Существующие предвестники было возможно разделить на следующие категории: аффективные, соматические, мотивационно-волевые, когнитивные, нарушение мышления и восприятия, среди которых выделялись психосенсорные, гиперестезивные, сенестопатические предвестники.

Проведенное исследование позволяет усовершенствовать раннюю диагностику рекуррентного депрессивного расстройства, улучшить качество и своевременность выявления рассматриваемой патологии.

УДК 159.922:614.253-071-082.6

В. А. Кожевнікова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РОЛЬОВИХ ПОЗИЦІЙ ПАЦІЄНТА В РАМКАХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ

Однією з найбільш актуальних проблем в сучасній медичній психології є проблема дослідження терапевтичного альянсу (ТА), що складається між лікарем і пацієнтом в ході лікувально-реабілітаційного процесу. Ми розглядали ТА як складну динамічну систему взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. Основними змістовними компонентами ТА виступають рольові позиції лікаря (РПЛ) та пацієнта (РПП), які становлять індивідуальний стиль реалізації їхніх соціальних ролей.

В дослідженні взяли участь 119 хворих на основні неврологічні (НР) та психічні (ПР) розлади. Вік обстежуваних складав: менше 30 років — 30 осіб (25,12 %), 30—50 років — 47 хворих (39,49 %), старше 50 років — 42 особи (35,39 %). Застосовували психодіагностичні методики, спрямовані на вивчення взаємин в системі «лікар — пацієнт» (з позиції хворих). Було виявлено такі форми рольових позицій пацієнтів як «Міжособистісна залежність», «Функціональне співробітництво», «Пасивність», «Партнерство», «Псевдопартнерство», «Неадекватність», «Дистанціювання» та змішана форма. Досліджено особливості РПП в залежності від віку хворих. У пацієнтів з НР молодого віку домінуючою формою РПП є «Функціональне співробітництво» (10,52 ± 2,71); у хворих середнього віку — «Партнерство» (10,16 ± 2,58), «Функціональне співробітництво» (9,75 ± 2,06) та «Міжособистісна залежність» (8,19 ± 1,56); у пацієнтів старшої вікової категорії — «Міжособистісна залежність» (15,58 ± 2,47) та «Пасивність» (10,02 ± 2,34). У хворих на ПР молодшого віку домінують риси псевдопартнерства у взаєминах з лікарем (11,45 ± 2,41); у пацієнтів середньої вікової категорії — риси псевдопартнерства (10,23 ± 2,54) та неадекватності (8,45 ± 2,56); у хворих старшої вікової категорії — риси неадекватності (10,87 ± 2,73) та дистанціювання (8,93 ± 2,13). У хворих на НР старшої вікової категорії, на відміну від молодших пацієнтів, відзначається більша схильність до міжособистісної залежності (7,48 ± 2,32 та 15,58 ± 2,47 відповідно, $p < 0,05$) та пасивної позиції (5,23 ± 1,41 та 10,02 ± 2,34 відповідно, $p < 0,05$) у відносинах з лікарем і менша спрямованість на формування функціонального співробітництва з медичним спеціалістом (10,52 ± 2,71 та 5,73 ± 1,02 відповідно, $p < 0,05$). У пацієнтів з ПР з віком збільшується вираженість рис неадекватності

(7,78 ± 1,66 та 10,87 ± 2,73 відповідно, $p < 0,05$) та дистанціювання (5,34 ± 1,91 та 8,93 ± 2,13 відповідно, $p < 0,05$) при взаємодії з лікарем та зменшується представленість партнерської позиції (5,18 ± 1,63 та 3,74 ± 1,23, $p < 0,05$), функціонального співробітництва (5,23 ± 1,65 та 3,95 ± 1,56 відповідно, $p < 0,05$) та псевдопартнерства (11,45 ± 2,41 та 5,79 ± 2,45 відповідно, $p < 0,05$).

Таким чином, з віком у хворих на НР відзначається збільшення схильності до міжособистісної залежності та пасивної позиції у взаєминах з лікарем і зменшення спрямованості на формування функціонального співробітництва з ним; у пацієнтів з ПР збільшується вираженість рис неадекватності та дистанціювання та зменшується представленість партнерської позиції при взаємодії з лікарем.

Отримані результати можуть бути використані для створення психокорекційних програм, спрямованих на оптимізацію терапевтичного альянсу з лікарем у хворих на неврологічні та психічні розлади.

УДК: 616.89

Кожина А. М., Коростий В. И., Кришталь В. Е., Сухоиванова Е. И., Литвиненко В. В., Кольцова Г. Г.
Харьковский национальный медицинский университет

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психическое здоровье и психическое благополучие являются важнейшими составляющими высокого уровня качества жизни, позволяющие человеку считать свою жизнь полноценной, быть активным и творческим членом общества.

Реабилитация психически больных не ограничивается устранением психопатологической симптоматики и должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышения качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности — в современных условиях эта проблема приобретает особую важность. Именно поэтому психообразовательная работа является одним и приоритетов, как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации.

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. Его главная цель — дестигматизировать психическое расстройство и психиатрическую помощь, добиться понимания обществом ежедневных бытовых, материальных и духовных потребностей потребителей психиатрической помощи и членов их семей.

На наш взгляд, наиболее оптимальной является комплексная бифокальная (ориентированная как на пациента, так и на членов его семьи) модель психообразовательной работы, включающая в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых воздействий, проблемно ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию.

Как показывают результаты нашей работы, комплексный подход в терапии психических заболеваний, включающей в себя современную психофармакотерапию в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Что в свою очередь свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.

УДК616.89-008.44/.47-053.81/.85:616.1/.4

Г. М. Кожина*, І. А. Григорова*, В. І. Коростій*, О. Л. Товажнянська*, Ю. К. Резуненко**, В. Б. Михайлов**, А. В. Паровіна**, Є. Е. Літвін**, С. В. Ісаєнко*
Харківський національний медичний університет, Науково-практичний медичний центр ХНМУ** (м. Харків)*

КЛІНІЧНІ, ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ТА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕГКИХ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У сучасному світі спостерігається збільшення поширеності серед населення когнітивних порушень, уже в середньому, працездатному віці. Згідно з Концепцією наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України у 2012 році, вивчення медико-демографічних характеристик, тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення є основою для розробки ефективної науково обґрунтованої системи збереження і зміцнення здоров'я населення працездатного віку.

Метою дослідження було вивчення клінічних, психодіагностичних та психофізіологічних особливостей когнітивних розладів серед хворих працездатного віку з соматичними захворюваннями.

Для досягнення зазначеної мети проведене комплексне дослідження 60 хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок цереброваскулярних та серцево-судинних захворювань (30 хворих, які перенесли інфаркт міокарду, та 30 — ішемічний мозковий інсульт) та 344 хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок ендокринних захворювань (63 хворих з цукровим діабетом 2 типу та 281 — з первинним гіпотиреозом).

Визначена динаміка когнітивних розладів у хворих з ішемічним інсультом головного мозку та інфарктом міокарду у гострому та відновному періодах хвороби. Дослідження динаміки психічного стану хворих, які перенесли інфаркт міокарду, показало, що в гострому періоді у пацієнтів, які перенесли ІМ, виявлена закономірність збільшення частоти помірних когнітивних порушень від 6,6 % пацієнтів у гострому періоді до 10,0 % на етапі відновлення та 13,3 % на етапі реабілітації. У хворих з цукровим діабетом органічні психічні порушення з когнітивними розладами легкого ступеня виявлялися у 95 %. Нейропсихологічне дослідження виявило зниження загальної когнітивної продуктивності за Адденбрукською шкалою оцінки пізнавальних здібностей до 78 ± 7 балів (при нормі 100 балів). Реєстрація когнітивних викликаних потенціалів виявила збільшення латентності піка Р300 до 359 ± 13 мс відносно контролю (320 ± 18 мс). У хворих з первинним гіпотиреозом органічні психічні порушення з когнітивними розладами легкого та помірного ступеня виявлялися в 79,4 % випадків. Нейропсихологічне дослідження виявило зниження загальної когнітивної продуктивності та залежність від стадії дисметаболічної енцефалопатії (ДМЕ): субкомпенсовані когнітивні порушення (27—25 балів за MMSE) при першій стадії ДМЕ, легкі та помірні когнітивні порушення (24—21 бали за MMSE) при другій стадії, при третій стадії ДМЕ показники інтелектуальної продуктивності відповідали рівню помірного когнітивного порушення (22—17 балів). У 36,5 % хворих на цій стадії діагностовано деменція. Вивчення показників когнітивних викликаних потенціалів хворих з первинним гіпотиреозом виявило збільшення латентності піка Р300 до 369 ± 21 мс відносно контролю (320 ± 18 мс) та згладжування результуючої хвилі.

На основі одержаних результатів розроблені психодіагностичні критерії легких когнітивних розладів у хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок соматичних захворювань, систематизовані фактори ризику для їхньої ранньої діагностики та профілактики.

УДК616.85-039.31-008.19-073.97

Колядко С. П.
ГУ «Институт неврологии психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РОЛИ ГИППОКАМПАЛЬНО-НЕОКОРТИКАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В МЕХАНИЗМАХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ МОЗГА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Пароксизмальная активность (ПА) и пароксизмальные состояния (ПС) — особые феномены роботы мозга, имеющие сигнально-адаптивное значение в переходных процессах от нормы к патологии. Оценочным аппаратом выступают эмоциогенные структуры гипоталамуса, гиппокампа, лобной, теменной и затылочной коры. Это требовало исследования особенностей ЭЭГ на основе их ауто- и кросскорреляционных функций. Регистрацию ЭЭГ у больных с невротическими расстройствами осуществляли с помощью электроэнцефалографа EEG8S фирмы «Медикор» с введением информации в компьютер в реальном режиме времени. Учитывая тот факт, что ЭЭГ мозга отражает его функциональное состояние, а спектральные характеристики показывают принадлежность определенных структур к этому процессу, проводили качественно-визуальный анализ частотного спектра ЭЭГ и корреляционный анализ с учетом пейсмекерной

роли отдельных структур мозга в генезе электрической активности мозга. В качестве функциональной нагрузки были взяты эмоционально значимые слова. Исследование проведено на 56 больных с невротическими расстройствами.

При проведении записи ЭЭГ больным с невротическими расстройствами и дачи первой функциональной нагрузки на ЭЭГ возникала десинхронизация. К 10-й минуте после дачи функциональной нагрузки на ЭЭГ возникал гиппокампальный θ-ритм, сменяющийся разрядами ПА, разобщением межцентральных взаимосвязей: значение коэффициента корреляции уменьшилось до [R > 0,126] в сравнении с [R > 0,170] в исходном фоне. На 40-й минуте после возникновения ПА в лобных отведениях возникают высокоамплитудные α-, β-ритмы. Θ-ритм в теменно-височных (гиппокампальных) и лобных отведениях сопровождался усилением его согласованности с другими структурами. Увеличение подвижности систем электрогенеза с появлением выраженных компонентов ПА свидетельствовало о переходных процессах. После второй функциональной стресс-нагрузки показатели жестких функциональных взаимоотношений снизились, возросла гибкость, ослабились межцентральные взаимодействия в системах электрогенеза, усилились связи с механизмами гиппокампа (теменно-височные отделы). Повышение гибкости в изучаемых структурах мозга отражало перестройку его функциональной активности. Стимуляция ПА разной структуры в гиппокампе и лобной коре отражала усиление отношений общей ритмичности биопотенциалов ЭЭГ с другими структурами. Утрата лобной корой доминирующего влияния приводила к устойчивой реверберации по замкнутому кругу. Увеличение аутокорреляционных функций — есть усиление общей ритмичности. Увеличение гибкости в системах электрогенеза в этот момент сменялось формированием ПА с усилением жесткости в различных системах, структуры образовывали замкнутый цикл на фоне изменения кривых аутокорреляционных функций. Стимуляция гиппокампа следовыми процессами после действия эмоционально значимых функциональных нагрузок активировала подвижность системы электрогенеза, появление в ней компонентов, характерных для переходных процессов. Повышение гибкости связей в системах электрогенеза — процесс перестройки функциональной активности мозга в ответ на эмоционально-функциональное воздействие. Увеличение жесткости системы электрогенеза формирует замкнутый ревербационный цикл взаимодействия гиппокампа (ПА), лобной коры, латерального гипоталамуса (эмоциогенного), изменяет аутокорреляционные функции, отражающие усиление общей синхронности (ПС), определяет переходные процессы в системах электрогенеза мозга.

Динамика формирования ПА, ПС доказательно изучена при разных формах невротических расстройств, при этом прослежено сохранение функций сигнально-адаптивного значения этих феноменов деятельности мозга при переходных процессах.

УДК 616.33-002.44+616.12-008.331.1+616.248]:616.895.4

Коростій В. І.*, Гайчук Л. М.*, Соколова І. М.*, Тимченко О. В.**, Бровко Т. П.**

Харківський національний медичний університет, Науково-практичний медичний центр ХНМУ***

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ Й МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ ТА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Соматичні за основними своїми проявами, класичні психосоматичні захворювання на всіх етапах свого розвитку міцно пов'язані зі змінами психічного стану пацієнтів, особливо в емоційній сфері.

Нами запропонована комплексна система психотерапевтичної корекції та медико-психологічної реабілітації емоційних та когнітивних розладів в осіб молодого віку з психосоматичними захворюваннями. В дослідження включені 510 пацієнтів, які були рандомізовані на дві групи: досліджувану (260 осіб) та контрольну (250 осіб). Пацієнти досліджуваної групи поряд з лікуванням у відповідності зі стандартами медичної допомоги при даному захворюванні брали участь у реалізації заходів системи психотерапевтичної корекції й медико-психологічної реабілітації, пацієнти контрольної групи одержували тільки стандартне лікування.

Запропонована система базується на ранньому втручанні на етапі функціональних психосоматичних порушень, діагностиці субсиндромальних й донозологічних проявів депресії й тривоги, ідентифікації етіопатогенетично значущих чинників у розвитку психосоматичних захворювань. Патогенетично обґрунтований вибір форм і методів психотерапії з урахуванням виявлених закономірностей формування емоційних розладів і застосування принципу етапності залучення хворих із психосоматичних захворювань в психотерапевтичний процес дозволив підвищити ефективність психотерапевтичного лікування, підтверджену даними катамнестичного спостереження.

УДК: 616.89

Коростій В. І., Хмаїн С. Х.

Харківський національний медичний університет

ПРИНЦИПИ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З РЕКУРЕНТНИМ ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ

Арт-терапія є одним із сучасних методів психотерапевтичного впливу який використовує можливості образотворчого мистецтва в поєднанні з лікувальними факторами, пов'язаними з відносинами пацієнта з фахівцем і групою. Однак в сучасних комплексних дослідженнях не вивчена терапевтична ефективність арт-терапевтичного впливу в комплексному лікуванні хворих з рекурентним депресивним розладом.

Незважаючи на суттєві успіхи в розвитку психофамакотерапії депресивних розладів, труднощі в досягненні швидкої редукції депресивної симптоматики і стабільної ремісії у хворих з рекурентним депресивним розладом зумовлюють необхідність пошуку нових підходів до лікування цієї патології. Одним із шляхів підвищення ефективності терапії депресивного розладу є застосування в його комплексному лікуванні психотерапевтичних методів, з яких арт-терапія належить до найменш вивчених.

Метою нашого дослідження було розробити принципи та оцінити ефективність арт-терапії у хворих на рекурентний депресивний розлад на основі комплексного аналізу динаміки клініко-психопатологічних і психодіагностичних особливостей даного контингенту хворих в процесі лікування.

Для досягнення зазначеної мети були застосовані клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи (клінічні шкали тривоги та депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптовані до МКХ-10 (Г. П. Пантелєєва, 1988); опитувальник виразності психопатологічної симптоматики Derogatis (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R), (за Н. В. Тарабріною, 2001); шкали оцінки якості життя Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) (Ruiperez, Liu & Yoon, 1999). Арт-терапію проводили з використанням рисункових та рухових технік в індивідуальній та груповій формах, сеансами по 1,5 години 2 рази на тиждень протягом двох місяців.

Обстежено 60 пацієнтів обох статей у віці 18—45 років з діагнозом рекурентний депресивний розлад з депресивним епізодом легкого або середнього ступеня тяжкості в період лікування в стаціонарних чи амбулаторних умовах (40 — основна група та 20 — група порівняння).

Принципами проведення арт-терапії є дотримання індивідуалізованого соціотерапевтичного підходу, що дозволяє поряд з фармакотерапією основного захворювання оптимізувати психокорекційну роботу з хворим на рекурентний депресивний розлад, спрямування на досягнення максимально можливої в кожному конкретному випадку клінічної та соціальної компенсації.

В результаті дослідження виявлено, що у 36 пацієнтів (90 % від загальної кількості) трактування змісту малюнка відповідало їх суб'єктивним переживанням; у 28 (70 %) знизився рівень тривоги; у 30 (75 %) хворих відзначалося поліпшення настрою між сеансами; у 77 % хворих підвищилася самооцінка, у 80 % хворих відзначалася стійка ремісія, і у 68 % — позитивний погляд на майбутнє. Редукція депресивної симптоматики була більш вираженою в основній групі, але відмінність не досягала вірогідного рівня. Динаміка відновлення якості життя була достовірно вищою в основній групі з першого тижня лікування.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило ефективність арт-терапії в досягненні швидкої редукції депресивної симптоматики і стабільної ремісії у хворих з рекурентним депресивним розладом. Сформульовані принципи проведення арт-терапії у комплексному лікуванні хворих на рекурентний депресивний розлад.

УДК 159.23:616.89+616-006.6]-036-07-08-084

Є. В. Кришталь, М. В. Маркова*, Т. П. Яворська*,***
Харківська медична академія післядипломної освіти,*
*Харківська обласна клінічна лікарня** (м. Харків)*

ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ СКЛАДОВИХ ПСИХОЛОГІЧНОГО АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО АДАПТАЦІЙНОГО ПРОГНОЗУ ОНКОХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ, В АСПЕКТІ ЗАХОДІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вплив онкологічного захворювання на особистість обумовлений поєднанням соматичного та психогенного факторів, інтенсивність дії яких визначається у кожному випадку індивідуально та залежить від нозології, стадії процесу, компенсаторних фізичних та психічних можливостей організму. Соматичний дистрес, який переживає онкологічний хворий, включає як наслідки захворювання (ураження органів та систем), так і лікування хвороби (напр., інвалідизація, косметичні дефекти після оперативного втручання, «хіміотерапевтичний мозок» та ін.), тоді як психічний дистрес виражається в широкою гаммою психологічних реакцій або клінічно окреслених психічних розладів.

Хірургічне лікування є одним з основних методів лікування онкологічних пацієнтів з колоректальним раком (КРР). Оперативне втручання з приводу КРР з формуванням стоми стає стресовою подією для хворого та супроводжується високим рівнем фізичного дискомфорту, інтенсивними психоемоційними переживаннями, несприятливим впливом на соціальне життя. Хворі вкрай важко переживають стан наявності стоми, особливо це виразно у перші тижні після оперативного втручання. Зміна образу тіла часто сприймається як потворність, призводить до відчуття фізичної і психологічної неповноцінності, формування заниженої самооцінки, високого ступеня незадоволеності життям.

Вплив оперативного етапу надання онкологічної допомоги на стан психологічної адаптації стомованого хворого є вагомим фактором, тому що саме в цьому періоді започатковуються основні уявлення про хворобу, формується внутрішня картина хвороби, мобілізуються резервні можливості особистості. Відкидання або ігнорування психологічних проблем пацієнтів і відсутність медико-психологічної допомоги веде до підвищення ризику формування психічної дезадаптації або розвитку її патологічних форм як у передопераційному, так і в ранньому і віддаленому післяопераційному періодах.

Враховуючи світову тенденцію зростання 5-річної виживаності онкологічних пацієнтів, в тому числі із КРР, зорієнтованість сучасної медицини на підтримання високої якості життя пацієнтів з хронічними захворюваннями (до яких зараховують і онкопатологію) важливими стають завдання забезпечення подовження тривалості життя після хвороби у поєднанні з якістю життя, «вільних від хвороби інтервалів» та «*quality-adjusted life years*» («роки життя з високим рівнем адаптації та якості життя»), що, на думку спеціалістів в галузі онкологічної допомоги та психоонкології зокрема, нерозривно пов'язано з необхідністю лікування не тільки захворювання, але і асоційованих з ним порушень станів та чинників, а саме, питань медичної реабілітації, орієнтованої на відновлення фізичної функції, психореабілітації, психологічного консультування чи психологічного супроводу для поновлення психоемоційної рівноваги, повернення до активного соціального життя.

Метою роботи було визначення психологічного адаптаційного потенціалу (ПАПТ) та прогнозу (ПАПР) онкологічних пацієнтів, яким була проведена хірургічна операція з приводу онкопатології товстого кишечнику з накладенням кишкової стоми, в аспекті сприяючих і перешкоджаючих успішній психологічній адаптації до «післяопераційного статусу» факторів у площині індивідуально-психологічних та психосоціальних патернів. Ідентифікація складових ПАПТ і ПАПР та диференціація їх на сприятливі та перешкоджаючі, було необхідною умовою побудови індивідуальної програми медико-психологічної допомоги на етапі перебування у стаціонарі.

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди та з дотриманням принципів медичної етики та деонтології на базі Харківського обласного клінічного онкологічного центру протягом 2010—2012 років проведено анкетування, інтерв'ювання та психодіагностичне обстеження 120 онкологічних пацієнтів (62 чоловіки та 58 жінок), яким проведена хірургічна операція з приводу КРР з накладенням кишкової стоми.

На нашу думку, ПАПТ — це комплекс психологічних характеристик людини, а також психосоціальних факторів, які дозволяють у різному ступені реалізувати її потенційні можливості, сукупність збережених особистісних особливостей психіки, які необхідно підтримувати та розвивати у процесі заходів психологічної допомоги чи психореабілітації. Між тим, ПАПР — вірогідність відновлення чи оборотність психічних порушень і психосоціальних ускладнень, ступінь реалізації адаптаційного потенціалу.

Аналіз соціально-демографічних даних, анкетування, інтерв'ювання, психодіагностичного обстеження був використаний для визначення критеріїв оцінки ПАПТ та ПАПР. У оцінці ПАПТ та ПАПР враховували актуальний психоемоційний стан та його зміна у процесі медико-психологічної допомоги, інтрапсихічні та поведінкові патерни в аспекті їх потенційного впливу на психологічну адаптацію, психосоціальний ресурс, що було покладено в основу побудови диференційованих та індивідуалізованих заходів МПД на етапі перебування у стаціонарі (табл.).

Індивідуально-психологічні та психосоціальні фактори — складові психологічного адаптаційного потенціалу та психологічного адаптаційного ресурсу онкохворих пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формування кишкової стоми

Параметри	Перешкоджаючі фактори	Сприятливі фактори
Рівень особистісної тривожності	Високий	Середній, низький
Рівень ситуативної тривожності	Високий, низький	Середній
Зміна ситуативної тривожності під час МПД	Повільне або незначне зниження показників	Суттєве зниження показників
Рівень депресивних проявів	Високий	Середній (ситуативно обумовлений)
Тип акцентуації характеру	Застряга ючий*, збудливий*, педантичний*, демонстративний	Емотивний та гіпертимний*
Індекс життєвого стилю	Диспозиція психопатії, пасивна та агресивна	Диспозиція манії*
Стратегія стресдолаючої поведінки	Орієнтована на уникнення, емоційне відреагування	Орієнтована на рішення, соціальне відволікання
Соціальна підтримка	Оцінка як несприятливої, задовільної	Оцінка як досить сприятливої або сприятливої
Якість життя	Низькі показники фізичного та психічного компонентів здоров'я	Високі показники фізичного та психічного компонентів здоров'я

Примітка: * — у чоловіків

Діагностування та інтегральна оцінка індивідуально-психологічних та психосоціальних ресурсів ПАПТ і ПАПР дозволить прогнозувати ризик розвитку дезадаптивних станів та комплексно оцінювати адаптаційний потенціал та прогноз особистості, проводити психопрофілактику, планувати та організовувати заходи медико-психологічної допомоги та психореабілітації онкохворим пацієнтам, що перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

УДК 616.89:616.24-002.5-039.1]-07-085.851+ 159.923

Є. В. Кришталь, Д. О. Кашуба**, **
Харківська медична академія післядипломної освіти, Міжрайонна фтизіатрична медико-соціальна експертна комісія Харківського обласного центру медико-соціальної експертизи** (м. Харків)*

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ СУПРОВОДЖЕННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Туберкульоз легенів (ТЛ) на сьогоднішній день є одним з найбільш розповсюджених інфекційних захворювань (R. Framer et al., 1996; Г. Л. Ридер, 2001; K. Styblo, 2001; М. И. Перельман, В. А. Корякин, И. В. Богадельникова, 2004). Збільшення рівня цієї патології зберігається в масштабах усього світу (H. L. Rieder, J. M. Watson 1998). Не є винятком і Україна, де за поточне десятиріччя захворюваність на ТЛ збільшилася вдвічі, а смертність — у 2,5 рази (Ю. І. Фещенко, 2005). Звертає на себе увагу той факт, що серед верств населення, які страждають на туберкульозну інфекцію, в сучасний період значну питому вагу складають соціально благополучні особи (переважно молодого й працездатного віку), кількість яких збільшується з кожним роком (В. С. Козакова, А. В. Євдокимов, 1997; Е. Н. Лукашова и др., 2002; Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, 2004).

В свою чергу, літературні дані щодо психологічних особливостей хворих на вперше діагностований ТЛ є досить суперечливими. Психологічний стан у зазначеного контингенту хворих має низку особливостей і потребує детального дослідження у зв'язку з різноманіттям етіологічних чинників та патогенетичних механізмів, а його прогноз значною мірою визначається ефективністю антибактеріальної терапії й рівнем якості життя (ЯЖ) пацієнтів (M. T. Fullilove**,** 1993; Р. Ш. Валієв, 1999; М. Г. Бобро, Л. М. Юр'єва, 2005). Остання, як підкреслює низка авторів (P. W. Jones, 1999; Є. І. Шмельов, Г. М. Кукліна, 2001; М. Є. Гурилева та ін., 2005), значною мірою залежить від доведеної кореляції між наявним психологічним станом та клінічною динамікою ТЛ, його прогресуванням (у деяких випадках), зниженням рівня функціональних можливостей організму. Слід зазначити, що факт первинної діагностики ТЛ у переважної частини хворих супроводжується відчуттям повного життєвого краху, страхів, постійних хвилювань, нав'язливої турботи про наслідки захворювання.

Останнім часом окремі вчені (Е. Н. Лукашова, 2002; Е. В. Гнездилова, 2002; В. М. Сухов, 2002) намагаються вивчати психологічні особливості хворих на туберкульоз та проводити їх корекцію. Проте й на сьогодні є не вивченою психологія хворого на ТЛ та членів його родини як в ситуації лікування пацієнта, так і при відмові хворого від терапії. Це потребує наукового обґрунтування та розроблення технології попередження і психологічної корекції відмов від лікування у хворих на туберкульоз і поліпшення якості їх життя, а також соціальної реадаптації членів родин хворих.

Проте, на даний час в Україні вказані питання перебувають поза увагою науковців та клініцистів через переважання у фтизіатрії нозоцентричного специфічного біологічно-орієнтованого підходу до лікування ТЛ згідно з стандартизованою програмою його терапії, яка не передбачає участі лікаря-психолога при наданні медичної допомоги таким пацієнтам. Це зумовлює практично відсутність досліджень щодо психологічного стану соціально благополучних осіб, що страждають на ТЛ, та способів його поліпшення (існує лише декілька окремих повідомлень щодо самостійних спостережень лікарів-фтизіатрів) (В. Г. Макієва та ін., 1999; Н. А. Долгих, 2000).

У свою чергу, створення оптимальних умов для одужання від туберкульозу (зокрема, досягнення комплайєнсу) є неможливим без урахування психологічних та психосоціальних особливостей функціонування, оцінки сфер якості життя зазначеного контингенту, а також розроблення й впровадження на цій основі заходів їх медико-психологічного супроводження.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

Є. В. Кришталь, К. В. Шкода

*Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)***,** *Харківський обласний психоневрологічний диспансер (м. Харків)*

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ СІМЕЙ З ПСИХІЧНО ХВОРИМ РОДИЧЕМ

Згідно з даними сучасних досліджень, кожна четверта родина у світі має одного члена, який страждає на психічний розлад (Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, 2007). Психічний розлад (зокрема, шизофренія або захворювання шизофренічного спектра) — серйозний психосоціальний стрес для хворого та його родини. Не викликає сумніву, що родина, в якій хтось із її членів психічно хворий, страждає від становища свого родича.

Наприклад, С. Я. Бронін (1998) відзначає, що «совместное проживание с душевнобольными и лицами с грубой психической патологией является уделом и важным невротизирующим фактором большой части населения». На його думку, психічна дезадаптація членів родини психічно хворого обумовлена низкою чинників: а) хронічним стресом у членів родини, що пов'язаний з тягарем співмешкання з хворим родичем та догляду за ним; б) почуттям провини щодо хворого; в) тенденцією до захисту від зовнішнього оточення шляхом соціальної ізоляції.

Наявні в науковій літературі дані свідчать про високу частоту емоційного стресу і невротичних станів у родичів хворих з психозами, зокрема шизофренією (M. R. Salleh, 1994; D. I. Ukpong, R. O. Makanjuola, 2003; K. L. Subotnik, R. F. Asarnow, K. H. Nuechterlein, 2005). Це, вочевидь, пояснюється високою мірою психологічного і фізичного навантаження, від якого потерпають особи, що піклуються про хворого (Т. А. Солохіна, 2003). Дослідниками доведено, що члени сім'ї психічно хворого страждають від емоційного виснаження, відчувають тривогу і гнів, а в деяких випадках характеризують себе як «повністю знищених» (S. Noh, R. J. Turner, 1987; S. Brown, J. Wistle, 1998). Серед батьків психічно хворих превалюють відчуття дистресу, втрати, страху і провини, а сибси нерідко відчувають збентеження і сум (L. M. Gerace, D. Camilleri, L. Ayres, 1993; M. Ferriter, N. Huband, 2003).

За даними Schultz зі співавторами (1995), більш ніж третина осіб, що опікають своїх родичів з деменцією, відчувають надмірне напруження, страждають від депресії або іншого психічного розладу непсихотичного регістру.

У шведському дослідженні M. Ostman, L. Kjellin (2002), в якому брали участь 162 родичів психічно хворих, встановлено, що серед членів сім'ї психічно хворої людини 40 % обстежених вважали, що психічне захворювання у їх родича привело до психічних порушень у них самих, у 30 % спостерігалися суїцидальні думки, а у 26 % інколи виникали думки, що краще б помер психічно хворий член родини.

На ступінь суб'єктивного навантаження членів сім'ї хворого на шизофренію впливають багато чинників, серед яких D. G. Dyck, R. Short, P. P. Vitaliano (1999) особливо виділено такі, як вираженість у хворого на шизофренію негативних симптомів, схильність родича стримувати свій гнів і звинувачувати себе в тому, що відбувається, а також рівень соціальної підтримки сім'ї.

В багатьох випадках члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку психічно хворому родичу, притому що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Так, зміна звичайних характеристик колишніх взаємовідносин може бути або недовготривалою (під час гострого приступу психічного розладу), чи тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли важке захворювання приходить до родини, в ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта мають важливе значення. Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів за рахунок упередження членів сім'ї, їх стигмою, амбівалентністю, неправильним відношенням. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини.

Створення системи заходів психосоціальної підтримки для сімей з психічно хворим родичем є необхідною умовою нівелювання негативного впливу психологічних факторів, пов'язаних зі стигматизацією та психогеніями у членів сімей осіб, які страждають на психічні розлади.

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

І. Р. Кужель

Київський міський клінічний онкологічний центр (м. Київ)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНІ ОНКОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО НА ЕТАПІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Встановлення діагнозу раку спричиняє «коливальний ефект» у родині хворого, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміну звичного укладу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження. Переживаючи наявність онкологічного захворювання у одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дезадаптацію навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах.

Вивчення динаміки психологічного реагування на онкологічне захворювання, процесу адаптації сімейної системи до ситуації захворювання одного з членів родини, факторів, що сприяють чи перешкоджають пристосуванню на всіх етапах розвитку хвороби не лише пацієнта, але і членів його родини, є пріоритетними завданнями сучасної психоонкології у світовій практиці.

Метою дослідження було на основі ідентифікації психопатологічних, психологічних і психосоціальних причин формування дездаптивних станів у родичів інкурабельних онкохворих розробити систему медико-психологічної допомоги членам сім'ї, які здійснюють догляд в умовах паліативної медицини.

На основі інформованої згоди з дотриманням медичної етики та деонтології на базі відділення паліативної медицини Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2009—2011 рр. було проведено психологічне обстеження 150 родичів інкурабельних онкологічних хворих.

Так, були встановлені особливості психоемоційного стану та дистресу родичів інкурабельних онкохворих, ідентифіковані «пускові чинники» дезадаптації членів родини, визначені деструктивні та стабілізуючі інтрапсихічні та поведінкові патерни

інкурабельних онкохворих і членів родини, та їх взаємозв'язок в аспекті формування дезадаптації у родича. Встановлено, що патогенетичними факторами порушення адаптації родини є характер зв'язку між членами родини та міра мінливості сімейної системи під впливом стресору. Виявлено, що домінуючою причиною психологічної травматизації членів сім'ї було неадекватне почуття провини на етапі стаціонарного лікування і «після втрати», що в подальшому ускладнювало процес горювання.

Була проведена типологізація взаємодії у системі «хворий — родич — медпрацівник — медичний психолог» в аспекті впливу на надання медичної та медико-психологічної допомоги хворому і його родині. Визначено зміст психоед'юкації для родини, яка була орієнтована на підвищення рівня знань з психології інкурабельного онкохворого та його сім'ї. Запропоновано алгоритм медико-психологічної допомоги, зокрема, психокорекції для родини інкурабельного онкохворого (індивідуальна програма психокорекції з оцінкою ризику дезадаптації, визначенням мішеней, оцінкою умов та факторів впливу на процес проведення психокорекції та власне її реалізація на етапі стаціонару та «після втрати»).

Впровадження системи медико-психологічної допомоги особам, які здійснюють догляд в умовах паліативної медицини, довело її ефективність та дозволило для родини хворого зменшити психоемоційне напруження, покращити міжособистісні відносини та гармонізувати стосунки у родині, наблизити зміст та характер переживань до рамок «нормальної реакції горя». Вищевказана система впроваджена в практику роботи профільних (онкологічних) відділень, отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі закладів післядипломної освіти та підвищення кваліфікації лікарів.

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485

Курило В. А.
«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУПРУГОВ ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В СЕМЬЯХ С СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Семья является важным социальным институтом, правильное функционирование которого напрямую зависит от психического здоровья ее членов. Нередки ситуации, когда семейная дисфункция вызвана не психическим заболеванием одного из супругов, а сама является первопричиной возникновения или поддержания ряда психических расстройств членов семьи, часто таких как расстройства невротического регистра или декомпенсация расстройства личности.

На наш взгляд, наличие невротических расстройств (НР) и расстройств личности (РЛ) у одного из членов семьи непременно коррелирует с семейной дезадаптацией и дальнейшей семейной дисфункцией, определяя вышеперечисленные нарушения как факторы, провоцирующие или поддерживающие взаимные проявления, поэтому вышеупомянутые патологические состояния следует рассматривать как коморбидные и взаимодополняющие.

Однако вопрос коморбидности НР и РЛ и семейной дезадапации до сих пор не раскрыт, как и не изучено психопатологическое состояние супругов, партнеры которых страдают НР либо РЛ. Указанные обстоятельства обусловливают актуальность проведения данного научного исследования.

Целью работы стало изучить психопатологические характеристики супругов, партнеры которых страдают НР либо РЛ в семьях с семейной дезадаптацией.

Было обследовано 260 семейных пар (СП) (520 человек), среди них 210 семейных пар с семейной дезадаптацией (СД) (420 человек) и 50 гармоничных семейных пар (100 человек).

Первую клиническую группу составили 80 СП с СД (160 человек), где один из супругов страдал РЛ (40 мужчин с РЛ со здоровыми супругами и 40 женщин с РЛ со здоровыми супругами).

Вторую клиническую группу составили 80 СП с СД (160 человек), где один из супругов страдал НР (40 мужчин с НР со здоровыми супругами и 40 женщин с НР со здоровыми мужьями).

Третью клиническую группу составили 50 СП с СД (100 супругов), где не отмечалось ни РЛ, ни НР у одного из супругов.

Четвёртую контрольную группу составили 50 гармоничных СП (100 человек).

Методы исследования: клинико-психопатологический, катамнестический, контент-анализ, системный и клинико-статистический анализ.

Клинико-психопатологическое исследование контингента позволило выявить формирование вторичной невротизации у другого супруга, а также закрепление поведенческих паттернов неадекватного эмоционального реагирования и тревожности в структуре сложных межличностных конфликтов, специфических проявлений депрессивных состояний во всех клинических группах.

Выделены доминирующие варианты невротических проявлений у обследованных условно здоровых супругов, которые расценены нами как элементы вторичной невротизации; проведена их корреляция с вариантами РЛ и НР у супругов. Установлено, что у супругов, чьи партнеры страдали эмоционально-неустойчивым РЛ, выявлялись *депрессивно-истерический* (37,50 %) и *эксплозивно-сенестопатический* (62,50 %) варианты невротических проявлений; у супругов, чьи партнеры страдали демонстративным РЛ, выявлялся преимущественно *сенесто-неврастенический* вариант нарушений, у супругов, чьи партнеры страдали зависимым РЛ, выявлялся преимущественно *дисфоро-истерический* вариант нарушений.

У супругов, чьи партнеры страдали НР, выявлялись два варианта нарушений: *депрессивно-фобический* (45,00 %), наблюдавшийся преимущественно у обследованных, супруги которых страдали соматизированным, обсессивно-компульсивным расстройством, неврастенией, и *гипостеноипохондрический* (55,00 %), наблюдающийся преимущественно у супругов пациентов, страдающих невротической депрессией и тревожно-фобическим расстройством.

У условно здоровых пациентов группы 3 выявлялся преимущественно *тревожно-субдепрессивный* вариант нарушений.

Таким образом, результаты исследования позволили выявить и установить психопатологические проявления у супругов, чьи партнеры страдали НР, РЛ, а также в семьях с изолированной семейной дезадаптацией; провести корреляцию психопатологических вариантов нарушений у условно здоровых супругов с вариантами НР или РЛ у партнеров, что способно улучшить дифференциальную диагностику и терапию рассматриваемых контингентов.

УДК: 159.922.76:392.3

Г. В. Кукуруза
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (м. Харків)

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ ЯК СИСТЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РОДИН, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

Концепція раннього втручання — це система поглядів на зміст, технологію та організацію допомоги в розвитку дітям раннього віку з психомоторними порушеннями.

Сутність раннього втручання становить комплексний супровід родин з дітьми раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком їх виникнення, який на відміну від корекційної концепції роботи з дитиною розглядає розвиток дитини раннього віку в контексті взаємовідносин з близькими, ставить за основну мету нормалізацію життя родини, яка виховує дитину з порушеннями, та створення таким чином оптимальних умов для її розвитку.

Раннє втручання є міждисциплінарною моделлю допомоги, яка має значну психологічну складову, що реалізується кожним членом команди.

Системний підхід становить методологічну основу раннього втручання, забезпечує цілісний погляд на розвиток дитини з порушенням та розглядає можливості і потенціал розвитку дитини в контексті сімейних та більш широких соціальних відносин.

Виходячи з системних позицій, нами були виділені характеристики, які змістовно описують раннє втручання як системне явище. Раннє втручання є соціальною, комплексною, ціннісно-орієнтованою та цілісною організаційною системою, що здатна до саморозвитку та саморегуляції та передбачає систему паритетних відносин.

Соціальний характер раннього втручання визначається тим, що його зміст та структура виходять з біопсихосоціальної моделі інвалідності, яка дозволяє враховувати всі складові функціонування людини з особливими потребами в суспільстві та розглядає неповноспроможність як одну з багатьох ознак, що розрізняє людей. Комплексність базується на холістичному погляді на дитину, в тому числі і з неповноспроможністю, як на особистість, яка має біологічні, психологічні, соціальні, духовні та інші потреби. Функціонування системи раннього втручання як системи комплексної, пов'язано із збалансованим сполученням

вузькопрофесійної та міждисциплінарної діяльності в контексті цілісного розвитку дитини. Експертна модель взаємодії фахівців та батьків змінюється на модель співробітництва з родиною та побудови з нею партнерських відносин.

Визнання цінності сімейного виховання дитини та вирішального впливу дитячо-батьківських відносин на розвиток дитини становить ціннісні засади раннього втручання. Суб'єктом в ранньому втручанні є родина, а якість дитячо-батьківських відносин виступає передумовою та запорукою оптимального розвитку дитини.

На цей час одним з основних в системі раннього втручання є принцип сімейно-центрованості. Оскільки для дитини раннього віку саме родина є вирішальним ресурсом розвитку, завдання раннього втручання полягає в підвищенні компетентності батьків, розвитку їх можливостей вбудовувати розвиваючі та допомагаючі стратегії в повсякденне життя родини.

Таким чином, основна спрямованість раннього втручання — це системний пошук, побудова та використання внутрішніх та зовнішніх ресурсів родини та дитини. Саме такий «ресурсний» підхід і дозволяє розглядати раннє втручання як систему психологічного супроводу сімей, які виховують дітей раннього віку з психомоторними порушеннями. Основними завданнями супроводу в ранньому втручанні емоційна підтримка,

УДК 616.5-002-085.26

Кутасевич Я. Ф., Олейник И. А., Маштакова И. А.
ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К КУПИРОВАНИЮ ЗУДА

Изучение специфических эффектов эндоканнабиноидной системы кожи — одно из направлений фундаментальных исследований, дающее возможность разработки новых биомолекулярных топических противозудных препаратов. Разработан инновационный крем, содержащий в своем составе две биомолекулы натурального происхождения: PEA (эндоканнабиноид) и ДМС (дерма-мембранная структура) из смеси растительных липидов. PEA связывает свободные радикалы и предупреждает процессы дегрануляции тканевых базофилов, а также развитие воспалительного процесса. ДМС восстанавливает барьерные функции кожи за счет гидратации и восстановления липидной мантии. В клинике ГУ «ИДВ НАМН Украины» проводилось изучение терапевтической эффективности инновационного крема физиогель A.I. Под наблюдением находились 23 пациента в возрасте от 18 до 87 лет, из них 13 женщин и 10 мужчин, в том числе с атопическим дерматитом — 5, узловатой почесухой — 4, истинной экземой — 9, ограниченным нейродермитом Видаля — 5. Крем наносили 2 раза в сутки на пораженные участки в течение 6 недель. Основные симптомы заболевания — зуд, эритему, сухость кожи — оценивали на 3—7-й день и на 6-й неделе лечения. Отмечена положительная динамика всех симптомов у 62 % пациентов, облегчение наступало на 1—2-й день лечения. На 7-й день лечения интенсивность зуда снизилась на 47,5 %, после 6 недель — на 65 %. Качество сна улучшилось к концу лечения у 69 % пациентов. У 65,2 % пациентов отмечалось полное купирование зуда. У 30,4 % уменьшение зуда на 50—60 %. У 37,2 % пациентов, получавших топические стероиды, стало возможной полная их отмена в процессе лечения физиогелем. Таким образом, физиогель A.I. может широко применяться для купирования различного вида зуда.

УДК 616.89-008.441.13-08-036.66

Кутько И. И.[1]***, Рачкаускас Г. С.***[2]***, Фролов В. М.***[2]
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)[1]*, Луганский государственный медицинский университет (г. Луганск)*[2]

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАМБЕРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С НАЛИЧИЕМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К НЕЙРОЛЕПТИКАМ

В настоящее время параноидная шизофрения (ПШ) с наличием терапевтической резистентности (ТР) к нейролептикам является одной из самых важных проблем клинической психиатрии. При разработке патогенетически обоснованных подходов к лечению ПШ с наличием ТР наше внимание привлекла возможность использования метаболически активного препарата реамберина. Целью настоящей работы была оценка эффективности метаболически активного средства реамберина при лечении больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам.

Обследовано 160 больных ПШ в возрасте от 19 до 52 лет, в том числе 92 мужчины (57,5 %) и 68 женщин (42,5 %), которые были госпитализированы в специализированный психоневрологический стационар по поводу обострения (рецидива) заболевания. У всех наблюдавшихся больных были изучены психиатрический и соматический анамнез, проведено общепринятое клинико-психопатологическое обследование, проанализирован характер течения заболевания. Наличие ТР к нейролептикам констатировалась в тех случаях, когда на протяжении 2 месяцев и более при проведении адекватно подобранной психофармакотерапии с применением современных нейролептиков полностью отсутствовал либо отмечалось крайне незначительный клинически видимый терапевтический эффект проводимого лечения. Пациенты были распределены на две группы — основную (90 пациентов) и группу сопоставления (70 больных), рандомизированных по полу, возрасту, варианту клинического течения шизофрении (F 20.00 или F 20.01 согласно МКБ-10) и общей продолжительности заболевания. Всем пациентам в обеих группах назначали общепринятое согласно клиническому диагнозу лечение в среднетерапевтических дозах. Кроме того, пациенты основной группы дополнительно получали реамберин. Клинические наблюдения показали, что в основной группе больных ПШ с наличием ТР (получавшей реамберин) позитивный эффект нередко проявлялся уже к концу первой — началу второй недели проводимой терапии. Показательно, что введение реамберина больным ПШ с выраженной астенизацией, депрессивным состоянием обеспечивало улучшение общего самочувствия пациентов, существенно улучшался из психоэмоциональный статус, повышался жизненный тонус, возрастал интерес к окружающему, они начинали интересоваться родственниками, знакомыми, значительно расширялся круг их интересов в повседневной жизни. При проведении лабораторных исследований было установлено, что до начала лечения в обеих группах больных ПШ с наличием ТР отмечалось существенное повышение уровня «средних молекул» (СМ): в основной группе в среднем в 4,21 раза по отношению к норме ($P < 0,001$), составляя (2,19 ± 0,03) г/л; в группе сопоставления — в 4,15 раза ($P < 0,001$), равняясь (2,16 ± 0,05) г/л. Уже после 7 дней лечения в основной группе больных уровень СМ снизился в среднем в 2,04 раза по сравнению с исходным значением данного показателя ($P < 0,001$), тогда как за этот период в группе сопоставления кратность снижения концентрации СМ составила 1,23 раза (P = 0,05). Соответственно этому концентрация СМ на 7-й день лечения в основной группе была в среднем в 2,06 раза выше нормы, а в группе сопоставления — в 3,38 раза ($P < 0,01$). На 14-й день лечения уровень СМ в крови больных основной группы снизился в среднем в 2,8 раза по отношению к их исходной концентрации в крови, а содержание СМ в крови больных группы сопоставления за указанный период снизилось всего лишь в среднем в 1,51 раза ($P < 0,01$). На 21-й день с момента начала лечения уровень СМ в крови больных основной группы снизился в среднем в 3,5 раза по сравнению с исходным показателем, а в группе сопоставления — в 1,93 раза. На 30-й день проводимой терапии у пациентов основной группы концентрация СМ в сыворотке крови снизилась до верхней границы нормы, в то время как в группе сопоставления данный показатель был в этот период обследования в 1,98 раза превышал соответствующий показатель нормы ($P < 0,001$) и был в 1,87 раза выше, чем в основной группе ($P < 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют о патогенетически целесообразном применении современного детоксицирующего средства реамберина при лечении больных ПШ с наличием ТР.

УДК 616.895.87:615.214.2-08

Кутько И. И.[1]***, Рачкаускас Г. С.***[2]***, Фролов В. М.***[2]***, Пересадин Н. А.***[2]
[1] *ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков),* [2] *Луганский государственный медицинский университет (г. Луганск)*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЦИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Авторы настоящего сообщения являются пионерами применения препаратов группы энтеросорбентов в лечении и медицинской реабилитации больных психиатрического и наркологического профиля. В ходе клинических исследований патогенетически обосновано применение энтеросорбентов у больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью и при фебрильной шизофрении, что позволило существенно сократить продолжительность сохранения

синдрома эндогенной «метаболической» интоксикации (СЭМИ) и повысить энергообеспеченность организма пациентов. В клиническом плане это обусловило существенное сокращение продолжительности применения психотропных препаратов и их курсовой дозировки. Использование современных кремнеземных энтеросорбентов, действующим началом которых является активированный диоксид кремния, в патогенетическом плане обеспечивает существенное снижение свободнорадикального окисления и уровня продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови больных, повышение активности ферментов системы антиоксидантной защиты (АОЗ), нормализацию соотношения ПОЛ/АОЗ. Показано, что применение кремнеземных энтеросорбентов, в частности, аэросила, который известен под коммерческим названием «Белый уголь», наряду с улучшением клинического состояния больных психиатрического и наркологического профиля способствует повышению функциональной активности печени, в том числе ее антитоксической функции, что особенно перспективно при лечении больных с алкогольными гепатопатиями — острым алкогольным гепатитом, хроническими алкогольными гепатитами и циррозами печени (ЦП). В специально проведенных исследованиях доказаны преимущества применения «Белого угля» по сравнению с пористыми энтеросорбентами при лечении и медицинской реабилитации больных ЦП алкогольной и смешанной вирусно-алкогольной этиологии.

Патогенетическими механизмами позитивных эффектов применения «Белого угля» у больных психиатрического и наркологического профиля являются: поглощение сорбентом разнообразных токсических веществ, попадающих в желудочно-кишечный тракт извне, а также выделяющихся с пищеварительными соками, либо образующихся непосредственно в кишечном канале вследствие действия патологически изменённой в результате дисбиоза микрофлоры (индол, скатол и др.), обволакивающий и цитопротекторный эффект, модификация химического состава кишечного содержимого, неблагоприятная для размножения патогенной и условно-патогенной микрофлоры, что существенно снижает уровень эндотоксинемии; избирательное поглощение желчных пигментов — дериватов билирубина, холестерина, желчных кислот, способствующих уменьшению выраженности синдрома внутрипечёночного холестаза, что особенно важно для пациентов с алкогольными поражениями печени.

Показательно, что энтеросорбент «Белый уголь» даже при значительной курсовой дозировке не оказывает побочных эффектов, в связи с тем, что он не всасывается из кишечника и не имеет собственной фармакодинамики. При этом он обеспечивает быстрое выведение токсических веществ, в том числе среднемолекулярных пептидов из крови, в результате чего снижается интоксикация, возникающая в ходе извращенных биохимических реакций, что и лежит в основе СЭМИ в его классической трактовке проф. Л. Л. Громашевской.

Таким образом, данные, полученные в результате наших многолетних исследований и клинических наблюдений, позволяют считать, что современные кремнеземные энтеросорбенты на основе активированного SiO_2, в частности, аэросил (коммерческое название «Белый уголь») обладают высокой эффективностью в лечении и медицинской реабилитации больных с патологией психиатрического и наркологического профиля и должны более широко применяться в практике клинической психиатрии и наркологии.

УДК 616.895.4:615.214:612.017.1

Кутько И. И.[1], ***Фролов В. М.***[2], ***Пересадин Н. А.***[2]
[1] *ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»(г. Харьков),* [2] *Луганский государственный медицинский университет (г. Луганск)*

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОГО ИММУНОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТА ЦИКЛОФЕРОНА НА ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В настоящее время проблемы соматизированных депрессивных расстройств (СДР) требуют междисциплинарного обсуждения. Раньше было установлено, что у больных СДР наряду с нарушениями психоэмоционального фона с наличием соматических проявлений оказываются также существенные нарушения со стороны иммунной системы, которые способствуют ухудшению состояния таких пациентов и более длительному и тяжелому течению заболевания. Поэтому наше внимание привлекла возможность применения в комплексе лечения современного иммуноактивного препарата циклоферона с целью коррекции иммунологических нарушений, а именно восстановления цитокинового профиля крови (ЦПК) больных СДР.

Было обследовано 69 больных (42 женщины и 27 мужчин) в возрасте от 12 до 18 лет. Клинические проявления заболевания соответствовали рубрикам F 33.11 или F 32.11 согласно критериев МКБ-10. Больные, находившиеся под наблюдением, были распределены на 2 группы: основную (36 пациентов) и группу сопоставления (33 пациента). Все обследованные получали общепринятую терапию СДР, а больные основной группы — дополнительно современный иммуноактивный препарат циклоферон. Наряду с общеклиническими исследованиями, у обследованных больных СДР в динамике изучали содержание в крови провоспалительных цитокинов (ЦК), а именно IL-1β, ФНОα и IL-6 и противовоспалительных ЦК — IL-4, IL-10.

До начала проведения лечения у обследованных больных СДР наблюдался дисбаланс ЦПК, заключающийся в повышении уровня провоспалительных ЦК на фоне незначительного увеличения концентрации противовоспалительных ЦК. Так, концентрация ФНОα у больных СДР обеих групп на момент начала лечения превышала норму в среднем в 2,7 раза ($P < 0,001$), уровень провоспалительного IL-1β — в 2,8 раза ($P < 0,001$), концентрация IL-6 в сыворотке крови в 1,91 раза превышала норму ($P < 0,001$). Концентрация противовоспалительных ЦК до начала лечения изменялась менее значительно — уровень IL-4 превышал норму в 1,36 раза, уровень IL-10 — в среднем в 1,34 раза относительно нормы. Коэффициенты, которые отображают соотношение ЦК в крови с провоспалительной и противовоспалительной активностью, были повышенными. Так, кратность увеличения ФНОα/IL-10 относительно нормы составила 2,1 раза, IL-1β/IL-10 — 2,2 раза. Таким образом, у больных СДР до начала лечения отмечается существенное преобладание провоспалительных свойств крови над противовоспалительными.

При повторном проведении иммунологического обследования после завершения лечения больных СДР было установлено, что у больных основной группы, которые дополнительно получали современный иммуноактивный препарат циклоферон, наблюдалась почти полная нормализация изученных показателей ЦПК, в то время как у пациентов группы сопоставления сохранялись изменения уровня ЦК, а также коэффициентов, характеризующих соотношение ЦК с провоспалительной и противовоспалительной активностью. Так, концентрация ФНОα в группе сопоставления оставалась в 2,17 раза выше нормы ($P < 0,01$), содержание IL-1β — в 1,81 раза выше нормы ($P < 0,01$), уровень IL-6 — в 1,57 раза ($P < 0,05$). Концентрация IL-4 у пациентов группы сопоставления оставалась выше значений нормы в 1,2 раза ($P = 0,05$), содержание IL-10 — в 1,15 раза относительно нормы ($P < 0,05$). Коэффициенты, которые отображают соотношение ЦК в крови с провоспалительной и противовоспалительной активностью, у больных СДР также оставались достоверно повышенными относительно нормы: ФНОα/IL-10 — в 1,87 раза, IL-1β/IL-10 — в 1,58 раза относительно нормы.

Исходя из полученных данных, можно считать патогенетически обоснованным, целесообразным и клинически перспективным включение современного иммуноактивного препарата циклоферона в комплекс терапии больных СДР.

УДК 616.821-07-08-003.96-036

Лавкай І. Ю., Бучок Ю. С.
Ужгородський Національний університет **(***м. Ужгород)***

ДЕВІАНТНІ ФОРМИ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КАТАСТРОФІЧНІ ПОВЕНІ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Першочергову соціальну проблему серед осіб молодого віку становлять адиктивні та девіантні форми поведінки, які, на наше припущення, могли бути спровоковані або посилені перенесеними в дитинстві стресовими навантаженнями і є віддаленими клініко-психопатологічними проявами посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Жителі Закарпатської обл., особливо молодого (19—25 р.) віку, що в минулому пережили дві катастрофічні повені (1998 та 2001 рр.), привертають дослідницький інтерес як соціальна група, в якій прогнозовано розвинулися та достатньо широко поширені поліморфні прояви симптоматики ПТСР.

Згідно із статистичними даними, ПТСР розвивається у 25—80 % осіб, що постраждали внаслідок психотравмуючих надзвичайних подій, а тривалість їх проявів може бути від кількох тижнів до десятків років. Також загальноприйнятні висновки про статеві, етнокультуральні, вікові, професійні та інші особливості формування, перебігу та редукції віддалених наслідків ПТСР.

Дослідження проводилося серед 385 осіб педагогічно організованої молоді (учні та студенти), 127 з яких в минулому пережили однократний ((32,28 %) та двохкратний (67,71 %) травматичний вплив катастрофічних повеней. Поширеність розладів психічного здоров'я у даної групи у вигляді повного варіанту ПТСР (12 %) та деяких його окремих ознак (47 %) значно відрізнялося від показників групи осіб, які не зазнали впливу надзвичайних подій.

В групі, що перенесли безпосередній вплив повеней, проводили клінічне та патопсихологічне дослідження на основі нині існуючих скарг та симптомів, які порівнювали з аналогічними проявами в минулому. Усього до лікарів загальномедичної практики за час, що минув після стресового впливу, зверталися 97 (76,4 %) обстежених, а до психіатрів звернулося 4 (3,14 %). В структурі психопатологічної симптоматики домінували розлади сну (14,2 %), депресивно-фобічні (3,93 %), астено-депресивні (5,51 %), обсесивно-компульсивні (1,57 %) та неврастенічні (11,0 %). Поведінкові розлади спостерігалися у 9 (7,08 %) осіб, з них 4 особи вживали психоактивні речовини та мали ознаки ігрової залежності. Переважна більшість (62,2 %) відзначають часті напади дратівливості, підвищену втомлюваність та не різко виражену тривожність, які посилюються у весняно-осінній час (проекції на час катастрофічних повеней). Майже у всіх обстежених за час, що минув після повені, відзначалися з різною частотою нав'язливі спогади про травмуючі події, кошмарні сновидіння відповідного змісту, неадекватне емоційне реагування на ситуації, асоціативно пов'язані з попереднім психотравмуючим досвідом. Описані порушення в однаковій мірі були характерними як для осіб, що продовжують проживати на територіях, небезпечних в плані повторних повеней, так і для осіб, що переселені в більш безпечні місця.

Серед соматичної симптоматики переважали симптоми простудних захворювань, часті головні болі, стани загальної слабості та підвищеної втомлюваності. Крім того, були також встановлені гендерні особливості проявів поведінкових девіацій: інтенсивність і частота віддалених проявів ПТСР вище у дівчат. Можна вважати, що досить низький рівень девіантних форм поведінки в групі постраждалих зумовлений застосуванням первинних заходів ранньої профілактики ПТСР, отримуванням психотерапевтичної допомоги.

УДК 616.831-005-008.64-02-082

Левченко А. Д., Гуща С. Г., Гуща С. И.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

По определению Всемирной организации здравоохранения (1970) вертебрально-базилярная недостаточность (ВБН) — это «обратимое нарушение функции мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями». В МКБ-10 данная патология входит в рубрику G45.0 (синдром вертебробазилярной артериальной системы). Причины возникновения ВБН можно условно разделить на две группы — это невертеброгенные и вертеброгенные причины, влияющие на кровообращение в позвоночных артериях.

Материалом для написания данной работы послужили результаты обследования и лечения больных, находившихся в Днепропетровской клинической психиатрической больнице. За последние 3,5 года удельный вес больных с ВБН занимал в нашей клинике от 25 до 30 % из всех больных с цереброваскулярной патологией:

Нозология	2009	2010	2011	2012 1 п/год
Цереброваскулярные болезни	320	294	305	149
Синдром вертебробазилярной артериальной системы	52	86	93	44

У поступавших больных поражения в вертебробазилярной системе проявлялись в виде головокружения, головной боли, вестибуло-атактических нарушений, тошноты, рвоты, преходящими фотопсиями и вегетативными симптомами. Обследование больных проводили по 5 критериям: клинический осмотр, компьютерная или МРТ диагностика, допплерографическое сканирование позвоночных артерий, рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника, ангиографическое обследование.

Основным допплерографическим показателем при нарушении кровотока в вертебробазилярной системе является снижение скорости кровотока в позвоночных артериях при проведении функциональной пробы. При признаках стенозирования или выраженной компрессии проводилось ангиографическое обследование. Лечение таких больных было направлено на скорейшую нормализацию адекватного кровообращения в позвоночных артериях, устранение или уменьшение причины, вызывающие спазм сосудов. Выявленные хирургические изменения потребовали оперативного лечения: в 2009 г. — 37, в 2010 г. — 36, в 2011 г. — 30 и в 1п/год 2012 г. — 18 больных. Проводимые операции заключались в десимпатизации и устранении деформаций позвоночных артерий.

В остальных случаях применяли медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, лазеротерапию, щадящие методики мануальной терапии, лечебную физкультуру и гипербарическую оксигенацию. Медикаментозное лечение заключалось в проведении сосудистой, нейропротекторной, реологической и противоотечной терапии. В некоторых случаях при длительном течении заболевания и наличии в клинической картине астено-депрессивных расстройств назначали антидепрессанты. Использование шины-воротника Шанца для мягкой фиксации шейного отдела позвоночного столба способствовало уменьшению головной и шейной боли, головокружения и тем самым быстрому выздоровлению.

В нашей клинике проводится эффективное лечение пациентов с синдромом позвоночной артерии и симптомами вертебробазилярной недостаточности. Обследование проводится частично амбулаторно, лечение — стационарно. Использование комплексных методов позволяет быстро устранить основные симптомы заболевания и тем самым добиться излечения больных или облегчения их состояния.

УДК: 616.89-055

Лещина І. В.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО ПРОФІЛЮ У СТУДЕНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Широка поширеність психічних та поведінкових розладів серед молоді ставить до числа пріоритетних проблеми їх ранньої діагностики, профілактики й корекції.

Мета дослідження: розробити систему психопрофілактики та корекції непсихотичних психічних розладів (НПР) у студентів-медиків.

Протягом 2007—2011 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології, проведено комплексне обстеження 832 студентів на базі Харківського національного медичного університету. В роботі були використані такі методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та методи математичної статистики. Серед дослідженого контингенту НПР були виявлені у 251 особи (30,17 %), в структурі яких найбільша питома вага належала невротичним, пов'язаним зі стресом та соматоформним розладам.

Аналіз особистісних особливостей у студентів з НПР виявив, що середні значення показників шкал стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості (СБМДО) були помірно підвищеними (до 60 Т) та мали гендерні відмінності. Студенткам з психічними розладами, що супроводжувались зниженим настроєм, притаманне помірне підвищення за шкалою індивідуалістичності (Sc), що вказувало на відособлено-споглядальну позицію, схильність до роздумів, що превалюють над активністю. При усіх невротичних, пов'язаних зі стресом розладах, особливо розладах адаптації, жінкам був властивим надконтроль (Hs), що проявлявся фрагментарними ознаками соціальної дезадаптації та десоціалізації у вигляді відгородженості, відчуженості, емоційній скупості у сполученні з афективною напруженістю, роздратованістю, які суперечливо поєднувалися зі стриманістю. Риси підвищеної боязливості, конституційно обумовленої тривожності, невпевненості, зниженої самооцінки були притаманні студенткам з соматоформними розладами та неврастенією за рахунок помірного підйому за шкалою тривожності (Pt).

Якщо у жінок спостерігали окремі піки за шкалами СБМДО, то у чоловіків відзначали їх сполучення за діагностичними категоріями. Так, при органічних, включно симптоматичних психічних розладах (F 07.2), афективних розладах настрою (F 3)

помірно підвищеними були показники за шкалами ригідності (Pa) та індивідуалістичності (Sc), що визначало наявність ризику агресивної поведінки (але в деякій залежності від середовищних впливів через помірне підвищення), яка поєднувалася з переконаннями в несправедливому ставленні, ворожості оточуючих, а також схильності до внутрішнього локус-контролю, нехтування точкою зору інших людей. Такі особистісні характеристики були прогностично несприятливими ознаками щодо успішності психопрофілактичних та психокорекційних заходів. При гіпотимії, тривожно-фобічних, обсесивно-компульсивних розладах «додавалась» шкала песимістичності (D), яка привносила гіпостенічний, гальмуючий компонент. Підвищенням по шкалам емоційної лабільності (Ну) та песимістичності (D) у профілі чоловіків з соматоформними розладами та неврастенією визначали риси емоційного дискомфорту, внутрішньої дисгармонії, напруженості, невпевненості у собі, занижену самооцінку, що обумовлювало труднощі з адаптацією невротичного рівню. Проте помірний підйом за цією шкалою зазвичай свідчить про гарний комплайєнс та ефективність індивідуальної й групової психотерапії.

При побудові системи психопрофілактичних та корекційних заходів вплив спрямовували як на корекцію відхилених від норми особливостей особистості студентів, так і на підвищення їх професійно значущих властивостей з використанням як стандарт усереднених балів за шкалами СБМДО практично здорових осіб.

УДК 614.253.83:614.253.89

Лиманкин О. В.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко» (г. Санкт-Петербург, Россия)

ОБ УЧАСТИИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Последние три десятилетия характеризуются развитием общественного движения в психиатрии. Организации пациентов и их родственников все более активно участвуют в развитии системы психиатрической помощи, координации работы в области охраны психического здоровья между правительственными и негосударственными организациями (Rutz W., 2001; Saraceno B., 2004).

По мнению большинства исследователей, патернализм уже не является адекватной моделью отношений между врачами и пациентами, и включение организаций пользователей в процесс совершенствования помощи позволяет сделать психиатрические службы более приемлемыми и восприимчивыми к потребностям пациентов, сформировать в обществе адекватное представление о психиатрии, добиться большего понимания нужд отрасли со стороны органов власти и улучшения ее финансирования (Crawford M., 2004; Казаковцев Б. А., 2009).

Однако, несмотря на провозглашенные принципы партнерства, отношение профессионалов к деятельности общественных организаций пользователей остается сдержанным. Нередко высказываются сомнения относительно «компетенции» пользователей, мотивированности и реалистичности их запросов. Дискуссионным остается вопрос, насколько корректно действуют лица, представляющие интересы пользователей, насколько репрезентативны данные о потребностях, как отдельных пользователей, так и их организаций (Энтони В. и соавт., 2001; Campbell P., 2001).

Прошедший в Санкт-Петербурге опрос 600 специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, ставил целью сопоставить мнения профессионалов и пользователей о состоянии психиатрической помощи и перспективах ее развития. Один из разделов анкет касался этических и правовых вопросов, взаимоотношений медицинского персонала и пациентов.

Большая часть респондентов, врачей и руководителей психиатрических учреждений, в качестве приемлемой назвали партнерскую модель (больной и врач — партнеры) — 56 %, еще 15 % выбрали клиентскую модель (пациент — клиент, а врач — эксперт, работающий по заказу), однако 22 % респондентов подтвердили приверженность патерналистской модели (больной следует указаниям врача) и 7 % — затруднились с ответом.

На вопрос о том, должны ли пациенты и их родственники принимать участие в решении вопросов, связанных с качеством помощи и организацией психиатрических служб, положительно ответили 63 % респондентов, отрицательно — 25 %, затруднились с ответом — 12 %. Участие общественных организаций пользователей в оказании отдельных видов помощи считают целесообразным подавляющее большинство респондентов (85 %), лишь 9 % с этим не согласились, остальные затруднились с ответом. Примечательно, что профессионалы в целом приветствуют привлечение общественных организаций к участию в оказании помощи, но в гораздо меньшей степени готовы поделиться с ними правом определять задачи и приоритеты развития служб.

Данные опроса свидетельствуют о достаточно осторожном отношении врачей и руководителей психиатрических учреждений к деятельности существующих общественных организаций пользователей. Только 13 % респондентов оценили ее положительно, 43 % дали нейтральную оценку, 22 % — отрицательную, а 22 % — затруднились дать какую-либо оценку.

Построение эффективной модели психиатрической помощи, повышение ее качества требуют развития холистического подхода, активного вовлечения организаций пользователей в процесс планирования и развития психиатрических служб, преодоления негативных стереотипов в отношении профессионалов к деятельности общественных объединений в психиатрии.

УДК 159.922.7/.8(075.8)

Л. І. Лобойко

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

НАПРЯМКИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ В СИСТЕМІ «МАТИ — ДИТИНА» В УМОВАХ ШТУЧНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

Різноманітність відносин людини до навколишнього світу, до себе, їх формування в динамічну систему, що становить, згідно з концепцією В. М. М'ясищева, суть особистості людини, визначаються патернами, що поступово виникають на підставі досвіду найперших людських взаємин в діаді «мати — дитина».

Питання впливу матері на стан психічного здоров'я дитини стало пильно вивчатися з 20-х років нашого століття. Відомі класичні роботи R. A. Spitz 30—40-х років, де описано виникнення важкої депресії у немовлят через розлуку з матір'ю; дослідження J. Bowlby, присвячені вивченню наслідків материнської депривації для формування характеру й особистості дитини; роботи M. Rutter про різні аспекти материнсько-дитячих зв'язків та багато інших. До теперішнього часу в зарубіжній спеціалізованій науковій літературі тема «мати — дитя» є однією з найбільш пріоритетних. Встановленим фактом вважається, що адекватне материнське ставлення є запорукою емоційної врівноваженості дитини, створення у неї почуття безпеки і довіри до оточуючих людей і до світу в цілому, що є основою для нормального психічного розвитку та функціонування.

У вітчизняній дитячій психіатрії вже в перші роки її становлення також приділялася увага розробці цієї проблеми. Однак, починаючи з кінця 30-х років, вивчення питань цього кола потрапляє під офіційну заборону, оскільки в них вбачали прямий зв'язок з психоаналізом.

Можливість розгляду ролі сім'ї та батьків, у тому числі матері, в походженні психічних розладів у дітей реально з'являється лише в 60—70-х роках. У першу чергу в цьому аспекті досліджувалися поведінкові відхилення в препубертатному і пубертатному віці, що часто є найбільш яскравим результатом негативного сімейного впливу. Надалі порушений сімейний фактор всебічно вивчався як одна з основних патогенетичних ланок багатьох пограничних, в тому числі психосоматичних, порушень у дітей.

Разом з тим, у сучасному науковому медико-психологічному просторі та, тим більше, в реальній клінічній практиці залишається не розробленою проблема взаємовідносин в системі «мати — дитина» та їх роль в етіопатогенезі психічних порушень у дітей перших років життя. Тільки в останнє десятиліття стало приділятися безпосереднє увагу вивченню діади «мати — дитина» в періоді раннього дитинства; цей фактор став виділятися як провідний у ґенезі багатьох психічних порушень, переважно пограничного кола.

Враховуючи домінуючу роль матері в житті маленької дитини, а також важливість раннього етапу онтогенезу для нормального психічного розвитку і здоров'я дитини в майбутньому, адекватне функціонування системи «мати — дитина» в перші роки життя набуває особливого значення. З одного боку, спотворення материнсько-дитячих взаємин може виявитися пусковим або ускладнюють фактором психопатологічних розладів, що виникають безпосередньо в самому ранньому дитинстві. Поряд з цим, порушення діадичної взаємодії в ранньому віці можна розглядати і як сприяючий чинник психічних відхилень в більш старшому віці.

Однією з важливих складових формування ефективних діадних відносин «мати — дитина» є процес вигодовування дитини першого року життя, в якому безперечним пріоритетом

є природне годування, т. я. особливе значення у формуванні раннього діалогу між матір'ю і дитиною має годування груддю. У ситуації годування грудьми частково відновлюється єднання фізичних кордонів матері і дитини, тому що при цьому деяким чином імітується те, що відбувалося під час внутрішньоутробного періоду, у дитини знижується сепарація та базальна тривога. Саме виходячи з вищесказаного, багато сучасних авторів особливу увагу приділяють необхідності навчання матері взаємодії з дитиною в ситуації годування грудьми (Г. Г. Філіпова, 1996—2010, Є. М. Фатєєва, Ж. В. Цареградская, 2000; Н. И. Мельченко, Р. Н. Калашнікова, 2009; І. В. Добряков, 2010).

У ранній період життя, вважає Е. Еріксон, розвивається параметр соціальної взаємодії, позитивний полюс якого формує базова довіра до людей. Ступінь довіри, з якою дитина переймається до навколишнього світу, інших людей і самому себе, значною мірою залежить від турботи, що виявляється щодо нього. Мати, що відмовляється від грудного вигодовування, позбавляє дитину тілесного контакту, сприяє формуванню у нього тривожних рис характеру, нарцисизму, порушень особистісної ідентичності. Між тим, природне вигодовуванню немовляти є основою профілактики порушень психіки дитини, пов'язаних з ранньою деривацією (Е. Еріксон, 2001).

В світлі сказаного, завдання первинної профілактики бачаться в якомога більш ранньому виявленні порушення взаємовідносин в діаді «мати — дитина» в першу чергу, в психодіагностиці ставлення жінки до вигодовування немовляти, що є основою профілактики порушень психіки дитини, пов'язаних з ранньою деривацією, та його корекції.

До завдань вторинної профілактики повинна входити комплексна реабілітація (медична, психологічна, педагогічна, соціальна) виявлених діадних відхилень вже за наявності у дитини психопатологічних/психологічних розладів з метою зменшення ризику віддалених наслідків. При цьому необхідно дотримуватися принципу комплексного підходу до проведення психопрофілактичної роботи, здійснюючи її як з дитиною, так і з його матір'ю, як з єдиною взаємодіючою системою.

УДК 616-003.96-053.5:615.851

Лобунец А. Ю., Алиева Т. А. Остапенко Е. С., Вашките И. Д.
Харьковская медицинская академия последипломного образования

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У УЧАЩИХСЯ

Проблема здоровья лиц молодого возраста названа одним из приоритетных направлений деятельности ВОЗ в XXI веке. Негативные тенденции ухудшения здоровья студенческой молодежи обусловлены влиянием медико-социальных, генеалогических, психологических и других факторов. Объективное исследование механизмов этиологии и патогенеза психосоматических заболеваний возможно только с учетом многомерности изучаемых явлений.

Современный этап социально-политического развития, экономической нестабильности в Украине характеризуется повышением психоэмоциональной нагрузки, что приводит к возникновению психосоциальных проблем в обществе, отрицательно влияя на разные слои студенческой молодежи, а особенно на студентов-инвалидов.

Одной из важнейших педагогических задач любого вуза является работа со студентами, направленная на более быструю и успешную их адаптацию к новым системам обучения и социальных отношений, на освоение ими новой роли — студентов.

В последние годы в Украине все большее значение приобретает проблема нарушения адаптации у обучающейся молодежи и ее медико-психологическая коррекция. Общие показатели заболеваемости расстройств психики и поведения выросли с 248 в 1999 году до 276,4 в 2006 году на 100 тыс. населения, показатели распространенности с 2271 до 2632,1 соответственно. Актуальность исследования психофизиологических основ предупреждения нарушения адаптации школьников и студентов обусловлена тем, что первые годы обучения считают особенно напряженными, процесс обучения происходит в условиях информационного и эмоционального стресса, значительного психического и физического напряжения. Ухудшение физического и психического здоровья учащихся констатируется в последнее время снижением стрессоустойчивости и когнитивных функций. Период адаптации данного контингента, связанный с ломкой прежних стереотипов, на начальном периоде может обусловить низкую успеваемость и затруднения в общении. Эти проявления, установленные как определенный относительно специфический фактор для школьной/студенческой среды, могут усугубляться и трансформироваться под влиянием дополнительных психогенных механизмов, характерных для них.

Сближение методологических подходов теоретических и профильных прикладных клинических дисциплин открывает перспективы решения проблемных вопросов первичной и вторичной профилактики, стратификации риска, диагностики и медико-психологической коррекции студентов-инвалидов Расстройства адаптации возникают в условиях переживаемого микросоциального конфликта и являются результатом взаимодействия средовых и личностных факторов. Комплекс психотерапевтических мероприятий должен быть направлен, прежде всего, на повышение самооценки, изменение неадекватного уровня притязаний, устранение искаженного образа «Я» у лиц молодого возраста. В основе психотерапевтической коррекции лежит мультидисциплинарный подход, включающий в себя психопрофилактику, психокоррекцию и последующее психологическое сопровождение. Все вышеизложенное определяет актуальность и целесообразность проведения исследования, посвященного разработке системы медико-психологической коррекции расстройств адаптации у инвалидов, обучающихся в высших учебных заведениях на основе изучения их структуры, динамики психопатологических механизмов формирования.

УДК: 616.89

В. Н. Лысенко
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

О СОВРЕМЕННОМ СОСТОЯНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УКРАИНЕ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ИХ ПСИХОТЕРАПИИ

За последние годы в Украине и ближнем зарубежье отмечается увеличение частоты невротических расстройств, в основе которых лежит перенапряжение и, вследствие этого — истощаемость нервных процессов. Часто это проявляется в эмоциональной лабильности, тревожном состоянии, страхах, вегетативных расстройствах, сниженном настроении, которое не достигает уровня депрессии и др.

Пациенты предъявляют свои жалобы в драматической форме, с излишней детализацией. Они никак не хотят смириться с тем, что их болезненные проявления связаны с психическими факторами. В связи с этим они находятся в постоянном поиске новых исследований, новых врачей и даже подвергаются оперативным вмешательствам. Порой это заканчивается неверием в медицину и поиском маргинальных форм помощи.

Понятие невротические расстройства включает в себя расстройства, которые можно объединить такими общими признаками: они не связаны с органическим поражением головного мозга, то есть являются функциональными расстройствами; пациенты сохраняют контакт с внешним миром, не теряют связь с реальностью; расстройства отличаются от расстройств личности чётким моментом начала после стресса острого или хронического, а не продолжаются непрерывно с подросткового возраста.

В современной практике наиболее эффективными при работе с невротическими и соматоформными расстройствами оказались гипносуггестивные техники. В медицинской практике наиболее часто используются методики классического и эриксоновского гипноза. Данное обстоятельство вызвало необходимость исследовать эффективность этих видов гипноза при различных видах невротических расстройств.

Целью исследования было установить эффективность терапии больных, страдающих невротическими и соматоформными расстройствами, с помощью классического и эриксоновского гипнозов, выявить предпочтительность каждого вида гипноза при различных формах невротических и соматоформных расстройств.

За 2012 год нами была оказана психотерапевтическая помощь 38 пациентам (16 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 20 до 35 лет, страдающих различными видами невротических расстройств. 20 пациентам был проведен курс эриксоновской гипнотерапии, а 18 пациентам — курс классического клинического гипноза.

В процессе проводимой терапии нам удалось установить, что при обсессивно-компульсивном расстройстве более эффективным оказался классический гипноз (84,00 %), при других видах невротических и соматоформных расстройствах большего терапевтического эффекта удалось достичь применением эриксоновского гипноза (69,00 %).

Данные обстоятельства указывают на необходимость разработки дифференцированных диагностических методик психотерапии, которые бы дополнили вопросы психотерапевтической диагностики и сократили сроки клинического наблюдения за болезненными проявлениями у пациентов.

УДК 616.8-002:6-03-037

Мавров Г. И., Бондаренко Г. М., Унучко С. В., Дунаева Г. А., Губенко Т. В.
ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» (г. Харьков)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

По данным центра медицинской статистики МЗ Украины общая заболеваемость сифилисом снижается (от 77,1 случая на 100 тыс. населения в 2001 г. до 14,1 в 2011 г.), а заболеваемость поздним скрытым сифилисом и другими формами, включающими нейросифилис, растёт. В интенсивных показателях это выглядит так: поздний скрытый сифилис в 2001 г. — 0,4; в 2011 г. — 1,0. Учащение уровня регистрации, медико-социальные последствия нейросифилиса требуют повышенного внимания к данной проблеме венерологов, смежных специалистов.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей нейросифилиса в современных условиях.

С 2008 по 2011 гг. на обследовании и лечении в ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» находилось 157 больных скрытыми формами сифилиса. Всем больным были проведены специфические серологические реакции (РИФ, ИФА, РПГА). У 33 больных был диагностирован нейросифилис. По формам сифилиса нервной системы больные распределялись следующим образом: ранний менинговаскулярный нейросифилис у 3 человек, спинная сухотка — у 4, поздний васкулярный — у 2, прогрессивный паралич — у 5, поздний менингоэнцефалит — у 3, поздний менинговаскулярный — у 16.

У всех больных были положительные специфические серологические реакции крови. Ликвор был исследован только у 5 больных и выявил разную степень патологии. Двое больных были выявлены невропатологом, четверо — психиатром, один хирургом. Атрофия зрительных нервов наблюдалась у одного больного спинной сухоткой, выявленного офтальмологом.

Клинически у пациента со спинной сухоткой была прободная язва на подошвенной поверхности большого пальца стопы. Обращает на себя внимание относительно лёгкое течение спинной сухотки, её малосимптомность, учащение случаев прогрессивного паралича и позднего менинговаскулярного нейросифилиса с психическими нарушениями (памяти, речи, интеллекта) у лиц довольно молодого возраста (35 — 45 лет). Из неврологических симптомов при менинговаскулярном нейросифилисе чаще наблюдались зрачковые нарушения, неполный симптом Аргайлла Робертсона, снижение сухожильных рефлексов, нарушения чувствительности.

В связи с отсутствием неврологических жалоб у большинства больных нейросифилис диагностируется несвоевременно или вовсе не диагностируется, и эти пациенты регистрируются как больные скрытым сифилисом. Необходимо чаще использовать при обследовании больных поздними формами сифилиса компьютерную томографию. При обнаружении расширенных ликвороносных пространств и признаков атрофии коры головного мозга у больных поздними формами сифилиса, необходимо более длительное лечение, так как это переходная форма между менинговаскулярным нейросифилисом и прогрессивным параличом. Для лечения нейросифилиса следует использовать препараты пенициллинового ряда по методикам, обеспечивающим проникновение препарата в ликвор.

УДК 616.8-002.6-07

Мавров Г. І., Кутова В. В., Білоконь О. М., Дунаєва Г. О.
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» (м. Харків)

ДІАГНОСТИКА СУЧАСНОГО НЕЙРОСИФІЛІСУ

Сифіліс має багато клінічних проявів та займає провідне місце серед інфекцій, що вражають нервову систему. Відмова від контролюючої ролі дерматовенерологічної служби в період реформ системи охорони здоров'я, недостатній обсяг досліджень, широке впровадження амбулаторних методів лікування, зокрема, використання дюрантних препаратів пеніциліну, котрі не проникають через гематоенцефальний бар'єр, привело до збільшення серед дорослого працездатного населення ранніх форм нейросифілісу з маніфестними клінічними проявами зі стійкою інвалідизацією та високою частотою летального кінця. На превеликий жаль, в теперішній час про проявлення нейросифілісу стали забувати не тільки венерологи, а і психіатри, на яких покладена вся відповідальність за постановку подібного діагнозу. Тому, безперечно, перспективним є використання високоінформативних, чутливих та специфічних лабораторних тестів діагностики. У зв'язку з цим метою нашого дослідження стала комплексна діагностика нейросифіліса, що передбачала одночасне використання низки лабораторних методів.

Попередній діагноз органічного ураження головного мозку неясного ґенезу при госпіталізації в психоневрологічні медичні заклади м. Харкова був установлений у 24 пацієнтів. Усім хворим діагноз нейросифілісу підтверджений при дослідженні сироватки крові нетрепонемними тестами (RW, VDRL, RPR) та обов'язковими для підтвердження діагнозу трепонемними тестами (РПГА, РІФ, ІФА), в яких використовується специфічний антиген трепонеми. Додатково 13 хворим в зв'язку з особливостями клінічного перебігу проведено дослідження ліквору, що є найбільш інформативним для постановки етіологічного діагнозу.

Таким чином, застосування сучасних серологічних досліджень сироватки та ліквору є необхідними при діагностуванні нейросифілісу.

УДК: 616.895.8:[615.851+304.3]

Мажбиц В. Б.
КЗОЗ «Городской психоневрологический диспансер № 3» (г. Харьков)

ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост научных интересов к вопросам социального функционирования и качества жизни пациентов. Эти показатели становятся обязательными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения, качества помощи больным. Больные с хроническими психическими расстройствами занимают довольно значительное место среди контингента психоневрологического диспансера. Среди больных с установленной группой инвалидности пациенты, страдающие шизофренией, составляют большинство. Накапливается значительное число больных шизофренией вне активной фазы процесса, состояние которых на протяжении многих лет определяется в основном дефицитарными расстройствами различной выраженности и, в части случаев, сопутствующей им резидуальной продуктивной психопатологической симптоматикой. Эти больные нуждаются не только в лечебной помощи, но и в социальной реабилитации и поддержке, которые приобретают особую актуальность в связи с социально-экономическими переменами в нашей стране. Изучение социального функционирования больных шизофренией на этапе стабилизации процесса в зависимости от структуры и выраженности клинических проявлений представляется весьма перспективным направлением, позволяющим определить пути разработки и планирования новых форм социальной поддержки.

В связи с этим нами было проведено исследование, основанное на комплексном динамическом изучении психического состояния пациентов, страдающих шизофренией, в возрасте от 20 до 71 лет, находящихся на амбулаторном учете и лечении в «КЗОЗ ГПНД № 3» г. Харькова, с установленным диагнозом шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения, ремиссия «С». Средний возраст пациентов на момент обследования составил у женщин 43,1 ± 1,5 года, а у мужчин — 42,7 ± 1,4 года.

Изучение клинико-психопатологических особенностей психических расстройств у обследованного нами контингента при массовых исследованиях проводилось с использованием опросника «Качество жизни-100».

В результате проведенного исследования было установлено, что несколько больше удовлетворены качеством жизни были мужчины, чем женщины. Наименьший бал удовлетворенности условиями жизни выявляется в группе лиц 20—29 лет (55,667 ± 4,835 балла), что обусловлено, по всей видимости, трудностями адаптации к болезни, зависимости психосоциального благополучия от общественного мнения, родственников, повышенными амбициями, характерными для молодого возраста.

Среди возрастных групп более высокая удовлетворенность качеством жизни была у лиц от 40 до 49 лет (65,594 ± 3,92 балла), что обусловлено выработанным состоянием относительной

компенсации к болезни, относительно постоянным материальным доходом, более реалистичным отношением к жизни.

Наиболее низкие показателя качества жизни отмечалась у пациентов с длительностью заболевания до 9 лет (58,595 ± 3,058 балла), несколько повышались при длительности болезни от 10 до 19 лет (до 62,714 ± 3,302 балла), и вновь снижались после 20 лет заболевания (до 61,073 ± 3,693 балла).

Полученные результаты были включены в формирование программы для проведения адекватного комплекса психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий с учетом выявленных особенностей.

УДК 616.89-008.454:616.14

Мазур О. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

ТИПИ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ПРИ ОРГАНІЧНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ СУДИННОГО ҐЕНЕЗУ

Проведено комплексне клініко-психопатологічне дослідження 60 хворих з органічними депресивними розладами судинного ґенезу (ОДРСГ), які перебували на лікуванні в Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. академіка О. І. Ющенка.

Важливою складовою частиною психологічного континууму когнітивних та афективних (депресивних) розладів при ОДРСГ є тип ставлення до хвороби (ТСХ). ТСХ являє собою сформований (на основі аутогенного та ятрогенного компонентів) індивідуальний комплекс відчуттів, емоцій та думок, що визначає ставлення хворого до порушення здоров'я та пов'язану з цим поведінку. В свою чергу ця поведінка має значний вплив на ефективність лікувального процесу, обумовлюючи ступінь участі хворого в лікувальному процесі та формуючи комплайєнс, що особливо важливо для психокорекційної роботи. Для визначення типу ставлення до хвороби застосовували Методику діагностики типів ставлення до хвороби (СПб., 1987).

12 типів ставлення до хвороби об'єднуються в три блоки за двома критеріями: «адаптивність/дезадаптивність» та «інтер-/інтрапсихічна спрямованість» дезадаптації (у разі дезадаптивного характеру ставлення). Перший блок, до якого входять гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний ТСХ, при яких психічна та соціальна адаптація суттєво не порушені — у обстежених хворих не спостерігався. Другий блок, що включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи, для який характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що обумовлює порушення соціальної адаптації — спостерігався у 46 хворих (76,7 %). До третього блоку включено сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та параноїдальний типи ставлення до хвороби з характерною інтерпсихічною спрямованістю особистісного реагування на хворобу, що також призводить до соціальної дезадаптації хворих — відзначено у 14 хворих (23,3 %).

Відсутність ТСХ першого блоку говорить про те, що ОДРСГ суттєво порушує психічну та соціальну адаптацію хворих. Це може бути пояснено тим, що депресія виникає на тлі вже існуючого органічного ураження головного мозку судинного ґенезу, тобто патологічний процес пройшов низку етапів, при цьому кожна наступна ланка ускладнювала характер клініко-психопатологічних проявів захворювання. Схематично ланки можна визначити так: судинне захворювання (гіпертонічна хвороба, атеросклероз тощо) → органічне ураження головного мозку (ХНМК, ДЕ) → депресивний розлад.

Виявлення тільки дезадаптивних ТСХ інтер- та інтрапсихічного спрямування може бути обумовлено психологічними особливостями реагування на хворобу літніх людей, яких була переважна більшість серед обстежених хворих. Літні люди часто неадекватно реагують на захворювання, тому що протестують проти старості, коли йде руйнування життєвого стереотипу. Значним дезадаптуючим психологічним чинником є страх самотності, притаманний цій віковій категорії хворих.

При дослідженні ТСХ було виявлено, що на його формування впливали такі чинники як характер основного судинного захворювання, тип депресивного синдрому, вік, характер та шкала цінностей, рівень медичних знань, соціальний стан хворих, оцінка свого стану та соціальної дезадаптації внаслідок хвороби, що обумовлювало індивідуальне забарвлення досліджуваного феномену. Проведене дослідження ТСХ стало основою одного з векторів спрямування комплексу психокорекційних заходів у пацієнтів із ОДРСГ.

УДК 612.822-053.2/.5:616.89-008.454

Майоров О. Ю., Михайлова Е. А., Проскурина Т. Ю., Михальчук О. Я., Мителев Д. А., Матковская Т. Н.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Проводился визуальный и нелинейный многоразмерный анализ — детерминистского хаоса ЭЭГ с помощью системы компьютерной ЭЭГ NeuroResearcher®'2005 (Mayorov O. Yu., Fritzsche M. et al., 2003) у 127 детей 7—11 лет с депрессией и 30 здоровых детей аналогичного возраста (группа контроля). Энтропия Колмогорова — Синая (эКС) (*h*) вычислена на основании спектра показателей Ляпунова и определялась как усредненная по фазовому пространству сумма положительных показателей Ляпунова S_m. Использован метод определения задержки с помощью оценки размеров осей восстановленного в фазовом пространстве аттрактора (Майоров О. Ю. с соавт., 2006). Энтропия КС позволяет оценить прогноз поведения динамической системы мозга в будущем, определяет скорость потери динамической системы информации и позволяет оценить среднее время ее предсказуемости. Регистрация ЭЭГ проводилась в состоянии покоя и во время интеллектуальной нагрузки (обратный счет в уме — 200, 197, 194 и т. д. у детей 9—10 лет и обратный счёт в уме 100, 99, 98 и т. д. у детей 7—8 лет), и в условиях гипервентиляции в течение одной минуты. Установлено, что у детей 7—11 лет с депрессией выявлено снижение показателей эКС в сравнении с детьми группы контроля во фронтальных отведениях: F7 — (2,59 ± 0,17) соответственно (3,55 ± 0,36); F3 — (2,11 ± 0,24) соответственно (2,91 ± 0,28); Fz — (2,15 ± 0,14) соответственно (3,10 ± 0,42) и F4 — (2,19 ± 0,16) соответственно (2,99 ± 0,19). Уменьшение показателей эКС свидетельствует о снижении уровня хаоса и свободы — способности клеток организовывать нейродинамические связи с другими нейронами.

При анализе относительных мощностей спектров (ОСМ) основных ритмов ЭЭГ отмечено, что у детей с депрессией обнаружена избыточная относительная мощность δ-активности, уменьшение мощности α-активности, нарушение зональности распределения β-ритмов. Данные показатели имели статистически достоверные отличия между основной и контрольной группой. Наибольшие значения ОСМ и существенные изменения α-ритма затрагивали центрально-теменные отведения, снижаясь по выраженности в ростральном и каудальном направлениях, медленноволновые показатели ОСМ имели высокие цифры как в теменных отведениях так и в префронтальных областях. Установлено, что динамика изменений быстроволнового и медленноволнового частотного спектра носила разнонаправленный характер в зависимости от варианта синдромокомплекса депрессии. Картина ЭЭГ у детей с депрессией 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.

Таким образом, у детей с депрессией установлено достоверно низкие показатели эКС во фронтальных отведениях в отличие от здоровых сверстников, у которых эти показатели имеют тенденцию к их увеличению. Нейрофизиологические показатели у детей с депрессией могут служить индикатором вовлечения определенных структур мозга (лимбических) и явиться маркером тяжести аффективного расстройства на данном этапе онтогенетического развития ребенка.

УДК 616.89-008.442-084:613.89:613.885

М. В. Маркова*, Р. Т. Габрель**,*

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків), Київський центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5** (м. Київ)*

ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ ЗА УМОВИ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ ОДНОГО З ПАРТНЕРІВ: АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

За даними МОЗ України, на 01.01.2010 в Україні проживає 360 000 ВІЛ-позитивних громадян. Кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції складає біля 20 тис. на рік. За оцінками спеціалістів ЮНЕИДС, реальні масштаби епідемії значно більші й сягають 1 % дорослого населення.

Ін'єкційні наркомани все ще залишаються середовищем, де триває активне розповсюдження ВІЛ. Мабуть, саме тому, в науковій літературі та клінічній практиці існує значна кількість робіт,

присвячених вивченню епідеміологічних, соціальних аспектів та питань клініки, психотерапії та психопрофілактики в комплексному лікуванні хворих із залежністю від опіоїдів, інфікованих ВІЛ (А. К. Сервецький, 2007; В. І. Вовк, 2008; Б. А. Баркалов, 2009; С. О. Лобанов, 2012). Проте, на сьогодні завдяки масивному впровадженню заходів превенції розповсюдження ВІЛ-інфікування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, спостерігається тенденція до відсутності збільшення кількості осіб з парентеральним шляхом інфікування ВІЛ, в той час як серед загальної кількості випадків інфікування ВІЛ збільшується питома вага епізодів, пов'язаних зі статевим шляхом передачі вірусу.

Психологічний контекст, в якому реалізується поведінка, пов'язана із ігноруванням чи, навпаки, уникненням ризику статевого інфікування через сексуальні стосунки, зумовлюється багатьма взаємопов'язаними чинниками, серед яких одне з провідних місць займає питання життєдіяльності родини або партнерської пари, в якій один із партнерів інфікований ВІЛ. Факт інфікування ВІЛ, крім негативного впливу на макросоціум, має вагомий патологічний вплив на мікросоціальному рівні внаслідок виникнення питомої ваги соціально-психологічних проблем конкретних індивідуумів: розвитку психологічних, емоційних, міжособистісних негараздів, які призводять до порушень життєдіяльності партнерської пари, що, в свою чергу, обтяжує й без того вагомий медико-соціальний суспільний тягар хвороби.

Між тим, за останні роки накопичено значний обсяг даних, що вказують на те, що хронічний стрес і нездоровий спосіб життя несприятливо позначаються на стані імунної системи (A. D. Futterman et al., 1996; J. K. Kiecolt-Glaser et al., 1999—2011; H. Anisman et al., 2002, 2009). Зарубіжними дослідниками встановлено, що життєві стреси мають несприятливий вплив на стан здоров'я ВІЛ-інфікованих, майже в чотири рази збільшуючи ймовірність прискореного розвитку СНІДу (D. L. Evans et al., 1997; A. N. Dentino et al., 1999; L. C. Howland et al., 2000), а наявність депресивного стану на початковому етапі ВІЛ-інфекції пов'язано зі зростанням ризику прогресування хвороби та наближенням ризику летального результату (M. Maes et al., 1999—2010).

Разом з тим, аналіз даних літератури демонструє розрізненість досліджень, спрямованих на розв'язання проблеми збільшення тривалості та покращання якості життя осіб, інфікованих ВІЛ. Це обумовлене складністю і полімодальністю вивчаємих феноменів, серед яких провідне місце повинно займати питання психоемоційного стану та психологічних ресурсів ВІЛ-інфікованих, що складаються з джерел індивідуально-особистісних властивостей індивіда та міжособистісної, насамперед, сімейної, взаємодії. Спроба аналізу індивідуально-психологічних особливостей ВІЛ-інфікованих з точки зору їхнього впливу на можливість гальмування патологічного процесу була здійснена у 2009 р. в Санкт-Петербурзі (А. І. Зінченко, 2009), а розробка стратегії і тактики медико-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованої партнерської пари до теперішнього часу на знайшла свого вирішення й впровадження в клінічну практику, що значно знижує ефективність медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів та членам їхніх родин.

Враховуючи вищенаведене, в рамках виконання дисертаційного дослідження нами здійснюється розроблення системи медико-психологічного супроводу, що включає в себе вирішення задач психодіагностики, психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності партнерської пари за умови інфікування одного з партнерів на ВІЛ.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

М. В. Маркова*, А. М. Кожина**, К. А. Горшкова, ****
Харківська медична академія післядипломної освіти,*
*Харківський національний медичний університет** (м. Харків),*
*Одеський обласний психоневрологічний диспансер***(м. Одеса)*

ПСИХООСВІТНЯ СІМЕЙНА ПСИХОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

На теперішній час фахівцями в сфері охорони психічного здоров'я визнано, що психоосвітній напрямок психотерапії (*psychoeducation*) є тим інтегруючим механізмом, що поєднує в собі сімейні та когнітивно-поведінкові впливи, необхідні в комплексному лікуванні пацієнтів з параноїдною шизофренією (ПШ). Психоосвіта займає особливе місце в структурі реабілітаційних заходів та становить поетапно здійснювану систему психотерапевтичних впливів, спрямованих на інформування пацієнта та його родичів про психічні розлади та навчання їх методам подолання специфічних проблем, зумовлених проявами захворювання (Н. О. Марута зі співавт., 2010, 2011; А. М. Кожина зі співавт., 2010; В. А. Абрамов зі співавт., 2007—2010; О. С. Чабан, 2006).

Психоосвіта, як інтегративний напрямок психотерапії пацієнтів з шизофренією, має на увазі для хворих і родичів необхідність: а) значної включеності в процес групового заняття (у той час як освіта має відтінок пасивного сприйняття інформації, свого роду споглядальності, а значить відстороненості сприйняття); б) емоційних переживань та зворотного зв'язку з медичними працівниками. В основі психоосвітніх заходів має місце поділ відповідальності в лікувальному процесі між лікарем, родичами і пацієнтом, які укладають угоду про цілі терапії та способи їх досягнення. Пацієнти спонукаються до активної участі в психотерапевтичних заходах (ПЗ) — в ході занять їх просять ставити запитання, висловлювати свої почуття, ділитися досвідом хвороби. В результаті психоосвітніх ПЗ хворі і родичі виступають у ролі активних учасників психотерапевтичного процесу, а не пасивних «реципієнтів» психопросвітницьких бесід.

Така психотерапевтична робота з хворими на шизофренію та їх родичами є абсолютно новим для вітчизняної психіатричної практики видом лікувально-реабілітаційного втручання (М. В. Маркова, В. А. Діхтяр, 2012). Тим часом, психоосвітня сімейна психотерапія хворих та їх родичів розглядається в зарубіжній літературі поряд з фармакотерапією та соціотерапією, як невід'ємна частина комплексу лікувально-відновлювальних заходів. На думку багатьох авторів, психоосвітні сімейні та індивідуальні ПЗ вважаються чи не найбільш значущим видом психосоціального втручання у багатогранній системі психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію та їх родичів (K. F. Bernheim, A. F. Lehman, 1985; J. R. Bustillo et al., 2001; D. S. Hutchinson et al., 2006). Ефективність такої роботи доведена на різних популяціях психічно хворих, але особлива увага в останні роки приділяється психоосвітнім сімейним ПЗ у хворих на шизофренію на різних етапах захворювання (C. R. Goodman, F. L. Quinn, 1988; M. J. Goldstein, 1992; Т. Л. Ряполова, 2010).

Таким чином, більшість авторів у цілому підкреслюють, що психоосвітня сімейна психотерапія — це одна зі складових психосоціальної реабілітації, найбільш відповідна загальній гуманістичній спрямованості партнерської моделі надання психіатричної допомоги.

Таким чином, у світовій та вітчизняній науковій літературі досить всебічно розглядається питання психотерапії хворих на ПШ. В цілому зазначається, що підходи до застосування ПЗ повинні будуватися на знаннях щодо загальних засад терапії, її мети, завдань та можливості оцінювання кінцевого результату. Окремо зазначається, що найбільш ефективними при роботі з пацієнтами, хворими на ПШ, є поєднання сімейних та поведінкових психоосвітніх втручань. Проте, підкреслюється, що на теперішній час в Україні не розроблені засади та алгоритми застосування вищезазначених психотерапевтичних впливів в комплексне лікування хворих на ПШ, що унеможливлює реальне відновлення незалежного та якісного життя пацієнтів.

Враховуючи вищенаведене, нами здійснюється робота з дослідження типології родинних моделей психосоціального функціонування з ідентифікацією внутрішніх взаємозв'язків між хворим на ПШ та членами його сім'ї, кінцевою метою якої є розроблення системи ПЗ, спрямованих на відновлення функціонування хворого в родині та підвищення якості життя хворого і членів його родини.

УДК: 616.89-008.19:615.015.46:614.253.8

М. В. Маркова*, Л. В. Рахман**
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків), Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького (м. Львів)***

СОЦІОДЕМОГРАФІЧНИЙ ТА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ ПАТОМОРФОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ

Мета дослідження полягала в ідентифікації особливостей патоморфозу терапевтично резистентних депресій на основі зіставлення і порівняльного аналізу соціодемографічних та клініко-епідеміологічних показників.

Методом ретроспективного аналізу було опрацьовано 165 медичних карт стаціонарних хворих із депресивними розладами (ДР) помірного або вираженого ступеня з тривалістю епізоду не менше 16 тижнів, у яких спостерігалася резистентність до лікування, що проводиться, за період 15 років (1996—2010 роки). Робота виконувалася на базі архіву Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». Всі хворі були поділені

на 2 групи: перша група — 72 пацієнти, що проходили стаціонарне лікування в 1996—2000 роках, до другої групи (93 хворих) були включені пацієнти, які лікувалися стаціонарно в період 2001—2010 років. Стан пацієнтів верифіковано згідно з відповідними критеріями за МКХ-10. В групи дослідження включалися хворі, яким було встановлено такі діагнози: депресивний епізод в структурі біполярного афективного розладу різного ступеня важкості (F 31.3 — F 31.5), депресивний епізод (F 32), рекурентний депресивний розлад (F 33), дистимія (F 34.1), та які виявляли ознаки резистентності до лікування (відсутність або частковий ефект від отриманої терапії). Клініко-статистична оцінка даних проводилася з допомогою пакету програми Statistica 6.0.

1. За віковими параметрами в досліджених групах пацієнтів спостерігається тенденція до встановлення діагнозу в більш молодому віці, так за період 2001—2010 років більше 80 % пацієнтів припадає на вікову категорію 21—40 років, що становить істотну соціальну проблему, оскільки охоплює найбільш соціально значиму категорію населення.

2. У досліджувані періоди спостерігається незначне зниження виникнення резистентності депресивних станів в жінок: 68,1 % наприкінці 90-х років та 63,4 % в період 2001—2010 років. Натомість збільшується кількість резистентних депресій в чоловіків: з 31,9 % в 90-х роках до 36,6 % в період 2001—2010 років.

3. В розрізі показника місця проживання дані проведеного дослідження засвідчують збільшення терапевтично резистентних депресій серед жителів міст. Так, серед пацієнтів першої групи кількість сільських жителів становить 38,9 %, в другій групі — 22,6 %. Міське населення серед пацієнтів першої групи становить 61,1 %, другої — 77,4 %.

4. За соціальним статусом в останні 10 років серед пацієнтів із резистентними депресіями досліджених нозологічних категорій переважають особи із переважно розумовою працею (16,7 % в першій групі та 24,8 % в другій), зросла кількість довгостроково не працюючих пацієнтів (на 3,6 %).

5. Вивчення рівня освіти в дослідженому архівному матеріалі виявило, що пацієнти із резистентними депресіями в основному мають середню спеціальну або вищу освіту. Зокрема, в період 1996—2000 років 15,3 % та в період 2001—2010 років 21,5 % пацієнтів мали незакінчену середню освіту. Проте після 2001 року резистентні депресії в основному спостерігалися в хворих із вищою освітою (48,4 %), до 2001 року таких пацієнтів було 41,6 %.

6. За сімейним станом пацієнти із ДР, резистентними до терапії, що проводиться, в основному були одруженими: 66,7 % в першій групі та 38,7 % в другій групі. Проте, в останні 10 років відзначається зменшення кількості випадків резистентних депресій серед розлучених осіб (37,6 % в другій групі та 25,0 % в першій групі).

7. Спадкова обтяженість за психічними захворюваннями в досліджених групах є істотною, на протязі останніх 10 років частка хворих із спадковою обтяженістю становить 58,1 % проти 48,6 % за період 1996—2000 років.

8. Маніфестація резистентності у депресивних хворих припадає в основному на вік 26—32 роки, причому в другій групі пацієнтів визначається істотне зниження віку пацієнтів із ознаками резистентності депресії, останніми роками резистентність розвивається в період 20—29 років (39,8 %), істотним є збільшення випадків резистентності депресивних розладів у віці до 20 років (на 4,9 %).

9. Проведений аналіз архівних медичних карт стаціонарних хворих засвідчив скорочення періоду розвитку резистентності, так, в пацієнтів першої групи резистентність розвивалася в основному на 7 епізоді захворювання, тоді як в пацієнтів другої групи — вже на 4 епізоді спостерігається резистентність депресивної симптоматики.

Проведений ретроспективний аналіз 165 медичних карт стаціонарних хворих із терапевтично резистентними ДР за період 15 років (1996—2010 роки), дозволив ідентифікувати наявність патоморфологічних змін резистентних депресій в соціально-демографічному та клініко-епідеміологічному аспекті.

Серед негативних соціально-епідеміологічних тенденцій виявлено збільшення терапевтично резистентних депресивних станів загалом, переважання пацієнтів із високим освітнім рівнем, значна частка хворих серед міського населення, істотне збільшення резистентних депресій у розлучених осіб, наявність спадкової схильності у переважній більшості осіб, істотне зменшення віку пацієнтів із ознаками резистентності до антидепресивної терапії, розвиток резистентності в ранні терміни після маніфестації захворювання.

Результати, отримані в ході проведеного дослідження, дозволили підтвердити наявність патоморфозу резистентних депресій, виявивши істотні соціодемографічні та клініко-епідеміологічні ознаки, що відкриває подальшу перспективу у вивченні інших видів патоморфологічних змін: патопсихологічних, клінічних та терапевтичних, що, в свою чергу, дозволить вирішити актуальну проблему покращання діагностики, терапії та реабілітації пацієнтів, які страждають на ДР із резистентністю до проводимого лікування.

УДК 615.86-053.2:616-056.7-036.1

Марценковський І. А.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ПРЕНАТАЛЬНІ, ПЕРИНАТАЛЬНІ ШКІДЛИВОСТІ ТА ГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ В ҐЕНЕЗІ РОЗЛАДІВ ЗІ СПЕКТРА АУТИЗМУ

Молекулярно-генетичні дослідження встановили низку мутацій, асоційованих з підвищеним ризиком розладів зі спектра аутизму (РСА). Найкраще досліджені мікроделеції в 5, 17, 21 та дуплікації в 4 та 22 хромосомах. Серед генів кандидатів у дітей с аутизмом виділяють: *SCARB2*, *TPPP*, *PDCD6*, *SEPT5*, *GP1BB*, *PI4KA*, *NPTX1*, *STCH*, *NRIP1 и CXADR*. Ефект кожного з наведених генів є надзвичайно низьким: за рахунок всіх наведених вище генетичних синдромів може бути пояснено не більше 4 % випадків РСА.

Іншою причиною народження значної кількості дітей з РСА в родинах, в сімейних історіях яких не встановлені випадки захворювання, можуть також бути варіації кількості копій (спонтанних делецій та дуплікацій ділянок геномів при мейозі). Варіативність кількості копій визначає відмінність індивідуальних геномів за кількістю копій сегментів ДНК. Геноми диплоїдних організмів, у тому числі людини, містять зазвичай по дві копії кожної аутосомної ділянки, по одній на кожну хромосому. Делеції та дуплікації здатні впливати на їх кількість. Результатом варіації може бути зниження чи збільшення кількості копій певного гену, і, отже, зниження чи підвищення експресії продукту гена (білка чи некодуючої РНК). Відмінності в числі копій генів можуть зумовлювати схильність чи підвищену невразливість людини до різних захворювань, зокрема шизофренії та аутизму.

Колективами дослідників з 7 країн (Великобританії, Ісландії, Росії, України, Грузії, Македонії та Сербії) було створено міжнародний науковий консорціум. Було проведене широкомасштабне генотипіювання зразків ДНК хворих на РСА та шизофренію і людей контрольної групи з використанням технології мікрочипів. Проект отримав фінансову підтримку в рамках Сьомої рамкової програми науково-технологічного розвитку Європейського Союзу (FP7).

Протягом 2010—2011 років учасниками наукового консорціуму було рандомізовано понад 4000 хворих на аутизм, психози та біполярні розлади з маніфестацією в дитячому віці. Контрольну групу склали 30 000 чоловік контрольної групи. Учасником міжнародної команди дослідників від України став Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. Відділом соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології було рандомізовано 400 дітей з РСА та 400 здорових дітей.

В процесі дослідження учасниками наукового консорціуму виявлено понад 40 тис. рідких мутацій, що потенційно обумовлюють підвищення ризику маніфестації РСА, шизофренії та біполярного розладу, а також 5000 поширених і 320 000 однонуклеотідних варіантів генного поліморфізму, пов'язаних з помірним ризиком цих захворювань. Біля 1 % від усіх вивчених варіантів поліморфізму було відібрано для більш ретельного дослідження з використанням молекулярно-генетичних і цитогенетичних методів.

Було встановлено, що варіації кількості копій (спонтанних делецій та дуплікацій ділянок геномів при мейозі) пов'язані з РСА та шизофренією. Отже, значна кількість випадків РСА може бути пояснена новими генетичними мутаціями, які спричиняють РСА у дитини, але відсутні у батьків. Особливий інтерес привертають рідкі варіанти генного поліморфізму. Можливість ефективного пошуку нових варіантів генного поліморфізму з'явилася після розроблення фірмою «Decode genetics» мікрочипа Humancnv 370, який дозволяє аналізувати та виявляти десятки тисяч варіацій послідовностей ДНК.

Встановлено зв'язок зі збільшенням ризику розвитку РСА низки факторів, що діють в період запліднення та під час першого триместру вагітності, зокрема віку матері при зачатті дитини більше 30, батька — більше 35 років. Наше дослідження продемонструвало, що важливе значення в ґенезі РСА відіграють і перинатальні шкідливості. Встановлене підвищення ризику розвитку аутизму при наявності одного або декількох несприятливих подій акушерського анамнезу, таких, як низька

вага при народженні (менше 2500 г), низька оцінка за шкалою Апгар на 5 хвилині (менше 6 або менше 7), гестаційний вік при народженні менш 37 тижнів, родопомічні операції в акушерському анамнезі.

Робиться припущення, що біологічні механізми, що лежать в основі РСА, з одного боку, включають в себе появу нових мутацій в яйцеклітинах і сперматозоїдах батьків, пов'язаних зі старінням їх організмів, з іншого боку — нерозривно пов'язані зі змінами в генетичному імпринтингу, що збільшує ймовірність таких мутацій і знижує можливість регенерації генів. Пізній вік матері та/чи батька дитини на момент запліднення, зачаття шляхом екстракорпорального запліднення не тільки безпосередньо підвищують ризик захворювання дитини РСА, але і збільшують ризик народження дитини з низьким гестаційним віком і гіпоксично-ішемічним ураженням мозку. Недоношеність і гіпоксично-ішемічне ураження мозку в свою чергу можуть збільшувати генний поліморфізм і експресію генів, підвищуючи ризик розвитку РСА.

УДК 616.85-008.47-092-084

Марута Н. О., Кутіков О. Є.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

АНТРОПОЛОГІЧНА ПОЛІТИПОВІСТЬ ТА ЕТНОГЕНЕТИЧНІ ЧИННИКИ У ДОСЛІДЖЕННІ МЕХАНІЗМІВ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ

Дослідження ролі психологічних, клініко-психопатологічних, соціоекономічних чинників у механізмах формування невротичної патології є необхідною передумовою для розуміння її патогенезу з метою підвищення якості лікування та профілактики ускладнень. Крім того, останнім часом привертає увагу в цьому аспекті фактор антропологічної політиповості. У низці країн зі значним рівнем расової та етнічної гетерогенності населення (США, Канада, Велика Британія, Австралія та ін.) вже кілька десятиліть при дослідженнях у галузі психоневрології проводиться оцінка етногенетичних характеристик людини, яка продемонструвала їх вплив на особливості ризику, захворюваності, діагностики, перебігу й тактики лікування низки неврологічних та психіатричних патологій, що було доведено як на рівні великих рас, так і на рівні невеликих антропологічних типів у країнах Європи та Азії. У той же час, щодо населення України — проблема впливу етногенетичних характеристик пацієнтів та популяцій у цілому на формування психоневрологічних розладів лишається недослідженою.

Актуальність цієї проблеми в Україні обумовлюється цілою низкою чинників. До них належать: складна етногенетична історія формування сучасного населення України; різноманітність антропологічних типів, що входять до його складу; регіональні демографічні особливості; значний відсоток нащадків змішаних шлюбів у тому чи іншому поколінні, а іноді і в кількох поколіннях відразу; бурхливе збільшення останнім часом етногенетичної гетерогенності населення України внаслідок збільшення кількості мігрантів з-за кордону і виникненням у структурі населення нашої країни помітних етногенетичних груп, раніше не властивих для цієї території.

Поряд з тим фактом, що в Україні проживають представники більш ніж 130 різних етносів, антропологічна гетерогенність посилюється й завдяки тому, що до складу власне етнічних українців, як і до складу кожного великого етносу, входить кілька локальних антропологічних типів. За різними класифікаціями таких типів налічується від 5 до 7. Так, згідно з В. Д. Дяченком (1965), виділяють центральноукраїнський, нижньодніпровськопрутський, верхньодніпровський, поліський, карпатський, динарський та дунайський антропологічні типи, що характеризуються досить чітко окресленими комплексами морфологічних ознак та переважним поширенням в окремих регіонах країни. Тобто, будучи достатньо однорідним з етнокультурної точки зору, український етнос є різноманітним антропологічно. Через те, що антропологічні характеристики є чинником біологічним та успадковуються генетичним шляхом, вони можуть частково, або навіть повністю не збігатися з тими характеристиками, які вважаються притаманними національній групі, до якої відносить себе людина. Тому важливою є оцінка антропологічної складової шляхом включення до комплексу методів обстеження антропометричних та антропоскопічних методів.

Вищезазначене обумовлює необхідність вивчення місця та ролі у формуванні та перебігу психоневрологічної, і зокрема невротичної, патології етногенетичних характеристик як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях.

УДК 616.85-092:615.851

Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О., Семікіна О. Є., Федченко В. Ю., Каленська Г. Ю.
ДУ «Інститут неврології психіатрі та наркології НАМН України» (м. Харків)

СУЧАСНІ МЕХАНІЗМИ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ

Невротичні розлади є найбільш чутливими з усіх форм психічної патології до постійних змін в соціально-економічній, соціально-психологічній, екологічній та інших сферах життя.

Тому метою даного дослідження стало вивчення впливу сучасних психогенних чинників на основні ланцюги патогенезу невротичної хвороби та визначення найбільш ефективних напрямків їх психотерапевтичної корекції.

Для досягнення мети було обстежено 60 хворих з різними формами невротичних розладів (55 з тривожно-фобічними, 37 з неврастенією, 31 з диссоціативними розладами, 37 з соматоформною вегетативною дисфункцією).

Обстеження мало комплексний характер, включало клініко-психопатологічний метод, доповнений анкетою «Анкета характеристик факторів психічної травматизації» і комплекс патопсихологічних методик (Марута Н. О. з співавт., 2008).

Комплексне обстеження хворих дозволило визначити особливості неврозогенезу, як процес впливу факторів психічної травматизації на особистісні особливості з наступними порушеннями в ціннісно-смисловий сфері (наявність внутрішньоособистісного конфлікту в сфері здоров'я, життєвих цінностей), в реалізації копінг-стратегій (переважання копінг-стратегій, орієнтованих на емоції), у сфері соціально-психологічної адаптації (переважно дезадаптація, емоційний дискомфорт, уникнення вирішення проблем); в сфері факторів соціальної фрустрованості (незадоволеність відносинами в родині; умовами професійної діяльності; становищем в соціумі; проведенням дозвілля; способом життя; сферою побутового обслуговування); у сфері міжособистісних відносин (уникнення контактів з людьми, емоційна дистанція від оточуючих або бажання відігравати провідну роль у відносинах). Вплив чинників психічної травматизації на особистість призводить до формування у хворих високого рівня невротизації і клінічних проявів (вегетативних порушень, невротичної депресії, обсесивно-фобічних порушень, астенії, тривоги і т. ін.)

З урахуванням виявлених особливостей було визначено напрям психотерапевтичного впливу. В рамках психотерапевтичного процесу нами була обрана групова форма терапевтичної роботи, тому що саме при груповій психотерапії мають місце умови інтенсивного психологічного впливу на всі площини особистісного функціонування (в ціннісно-смисловий сфері, у реалізації копінг-стратегій, у сфері соціально-психологічної адаптації, у сфері чинників соціальної фрустрованості і незадоволеності, у сфері міжособистісних відносин) (Б. Д. Карвасарський, 2005).

Групова психотерапія мала короткостроковий характер і проводилася протягом 15—16 групових сесій, тривалістю 90 хв. кожна. Цей варіант групової психотерапії обумовлений рамками перебування пацієнта в стаціонарі: середня тривалість перебування в стаціонарі становить 22—24 дня. Заняття проводилися щодня, 5 разів на тиждень. Групи комплектувалися з 9—11 осіб.

Психотерапевтичний процес короткострокової групової особистісно-орієнтованої психотерапії включав 4 стадії:

— початкова стадія — спрямована на розвиток первинної мотивації в учасників групи (тривалість — 2 групові сесії);

— стадія виявлення конфлікту — спрямована на допомогу учасникам групи усвідомити витоки тривоги і говорити про це, способи психологічного захисту та опору активної участі в групі і обговорення їх; навчання учасників відкрито виявляти конфлікти в групі і вирішувати їх; навчання учасників брати на себе частину відповідальності за напрям роботи групи (3 групові сесії);

— активна стадія — спрямована на продуктивний аналіз проблем учасників і реальну зміну особистості учасників та їх поведінки. Тривалість продуктивної стадії становить 10 групових сесій. У кожному конкретному випадку підбір технічних прийомів проводиться індивідуально, в залежності від характеру проблем кожного пацієнта, від особливостей чинників психічної травматизації і форми невротичного розладу;

— завершальна стадія — спрямована на закріплення результатів психотерапевтичного процесу (1 групова сесія), суть якого полягає в тому, що кожен учасник здатний реалізовувати в своєму житті інформацію та навички, отримані в процесі лікування.

Оцінка запропонованої психотерапевтичної корекції з урахуванням неврозогенезу та факторів психічної травматизації свідчить про її досить високу ефективність. Так, оцінка стану пацієнтів після закінчення лікування показала, що у 68,75 % виявлено одужання; у 22,5 % — поліпшення стану; 6,25 % зазначили незначну динаміку і лише 2,5 % — не відзначили ніякої динаміки в своєму стані.

УДК 616.895.8-085-036.8

Марута Н. О., Рачкаускас Г. С., Фролов В. М.
Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України (Харків), ДЗ «Луганський державний медичний університет»

ІНТЕРФЕРОНОВИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ДО НЕЙРОЛЕПТИКІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКОПІДУ

На даний час багато дослідників вважають, що провідною клінічною проблемою в лікуванні хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) є терапевтична резистентність (ТР) хворих до психотропних препаратів, частота формування котрої досягла за даними різних авторів вже 30—60 % і продовжує неухильно зростати. Тому проблема подолання ТР до нейролептиків вельми актуальна для практики роботи психіатра. При розробці терапевтичної програми подолання ТР до нейролептиків у хворих на ПШ нашу увагу привернула можливість застосування сучасного імуноактивного препарату лікопіду. Під нашим спостереженням перебували 65 пацієнтів з діагнозом ПШ з наявністю у них ТР до нейролептиків. Усі хворі ПШ з наявністю ТР до нейролептиків, що все спостерігалися, були поділені на 2 групи, рандомізовані за статтю, віком, клінічним варіантом перебігу шизофренії і провідним психопатологічним синдромом. Пацієнти основної групи (33 особи) додатково до нейролептиків отримували лікопід, хворі групи порівняння (32 хворих) лікувалися лише традиційними препаратами. Лікопід призначали в дозі 10 мг 2 рази на добу внутрішньо натщесерце за 30 хв до їжі протягом 20 днів поспіль. Разом із загальноклінічними дослідженнями в обстежених хворих в динаміці вивчали інтерфероновий статус: концентрацію сироваткового ІФН (СІФ), а також вміст α-ІФН і γ-ІФН у крові. Дослідження інтерферонового статусу здійснювали на обладнанні фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція). Початкові показники інтерферонового статусу у хворих на ПШ з наявністю ТР характеризувалися істотним зниженням активності СІФ, а також вмісту як α-, так і γ-ІФН у сироватці крові пацієнтів. Так, початкова активність СІФ була нижче за норму в середньому в 2,9 рази в основній групі і в 3,0 рази в групі порівняння. Рівень α-ІФН у крові обстежених хворих був в 1,9 рази нижче за норму в основній групі і в 1,8 рази — в групі порівняння; Вміст γ-ІФН у крові був відповідно в 1,9 рази і 1,8 рази нижче норми. При цьому достовірних відмінностей між показниками інтерферонового статусу в обох групах хворих на ПШ з ТР (основної та порівняння) не виявлено ($P > 0,05$). Отже, початкові показники інтерферонового статусу у обстежених хворих на ПШ з наявністю ТР характеризувалися істотним зниженням активності СІФ і пригніченням інтерфероногенезу, про що свідчить значне (в порівнянні з нормою) зменшення вмісту як α-, так і γ-ІФН у сироватці крові хворих. Повторне вивчення інтерферонового статусу через 4 тижня з моменту початку введення лікопіду хворим на ПШ основної групи дозволило встановити, що вивчені показники в осіб, які отримували лікопід, істотно покращилися. Так, в основній групі активність СІФ зросла за цей період в середньому в 2,3 рази, тоді як в групі порівняння — тільки в 1,3 рази у порівнянні з початковим рівнем. В результаті кратність розбіжностей рівня СІФ в основній групі і групі порівняння склала 1,8 рази ($P < 0,01$). Підвищився також вміст α-ІФН та γ-ІФН у крові хворих основній групі, який досяг межі норми ($P < 0,1$), тоді як в групі порівняння рівень α-ІФН в цей період обстеження був в середньому в 1,7 рази нижче за норму ($P < 0,01$) і γ-ІФН — в 1,6 рази ($P < 0,01$). Це свідчить про позитивний вплив лікопіду на інтерфероновий статус організму хворих на ПШ з наявністю ТР до нейролептиків.

Таким чином, отримані дані свідчать, що лікопід сприяє нормалізації інтерферонового статусу хворих на ПШ. Індивідуальний аналіз показав, що найбільш значна позитивна динаміка досягнута у пацієнтів з добрим клінічним ефектом лікування, що проводилося. Отже можна вважати, що один з імовірних фармакологічних механізмів дії лікопіду як засобу, що сприяє подоланню ТР до нейролептиків у хворих на ПШ, полягає в нормалізації інтерферонового статусу.

УДК 616.895.4-008.441.44-055.1-055.2

Марута Н. О., Сновида Л. Т., Денисенко М. М., Ніканорова Ю. В.
ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТРУКТУРІ ДЕПРЕСИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Висока суїцидогенність депресивних розладів обумовлює необхідність комплексного вивчення феномену суїцидальності при депресіях, у тому числі з урахуванням гендерних особливостей.

Ціллю даного дослідження було вивчення гендерно обумовленої специфіки суїцидальної поведінки при депресіях.

Для реалізації цілі дослідження використовувались: клініко-психопатологічний метод (збір скарг, вивчення симптомів та синдромів в динаміці, їх психопатологічна інтерпретація) та психометричні методи (шкала визначення вираженості суїцидального ризику (Патент 40454А, Гавенко В. Л. та ін.), шкала самосвідомості смерті (Патент 40453А, Гавенко В. Л. та ін.).

Обстежено 128 хворих (63 жінки та 65 чоловіків) з депресивними розладами (F 32.1 та F 33.1), в структурі яких спостерігалися різні форми суїцидальної поведінки.

Вивчення особливостей суїцидальної поведінки свідчило про те, що у чоловіків з депресіями суїцидальна поведінка характеризувалася переважанням суїцидальних спроб при порівнянні з суїцидальними думками, рішеннями, намірами (72,3 % та 27,7 %, $p < 0,01$). Суїцидальні спроби у чоловіків спостерігалися у 10 разів частіше, ніж у жінок (64,7 % та 6,4 %, $p < 0,01$), у переважної більшості були істинними (89,4 % та 10,6 %, $p < 0,01$). Суїцидальна поведінка у жінок з депресіями відрізнялася від такої у чоловіків домінуванням суїцидальних думок над іншими формами (думки, рішення, наміри) — 79,4 % та 20,6 %, $p < 0,05$. Серед суїцидальних спроб достовірно переважали демонстративні (69,2 % та 30,8 %, $p < 0,01$).

Під час скоєння суїцидальної спроби чоловіків обирали найбільш травматичні засоби (самоповішення — 51,1 %, вогнепальні поранення — 23,4 %), жінки — більш «безпечні» (отруєння ліками, іншими хімічними речовинами — 53,8 %, самопорізи — 30,8 %).

Клініко-психопатологічними предикторами суїцидальної поведінки у чоловіків є наявність апато-адинамічного та тужливого варіанту депресії (36,9 % та 30,8 % відповідно, $p < 0,05$) в структурі первинного депресивного епізоду (56,8 %). У жінок найбільш суїцидонебезпечними є тривожний (ажитований) та істеричний варіанти (34,9 % та 30,2 % відповідно, $p < 0,01$) в структурі повторних депресивних епізодів. Вираженість депресії за шкалою Гамільтона у чоловіків перевищувала таку у жінок (33,8 ± 4,1 бали та 22,4 ± 3,3 бали, $p < 0,05$).

Вивчення патопсихологічних механізмів формування суїцидальної поведінки в гендерному аспекті показало, що у чоловіків в структурі особистості домінували фемінні та недиференційовані особистісні риси (41,5 % та 33,8 %, $p < 0,01$), які перешкоджали реалізації домінуючих потреб (активне, матеріально забезпечене життя, фізичне та психічне здоров'я, любов), породжували відчуття провини перед собою, близькими та суспільством, що й спричиняло суїцидальну поведінку.

В структурі особистісних особливостей у жінок з депресіями переважаючими були риси недиференційованої психологічної статі (55,6 %, $p < 0,01$), які гальмували реалізацію потреб у щасливому родинному житті, у свободі від внутрішніх суперечностей та сумнівів, в незалежності дій та вчинків, спричиняли та підтримували їх фрустрацію, на тлі якої посилювалися внутрішнє напруження, тривога та соматовегетативні порушення. Імпульсивні суїцидальні спроби сприяли усуненню тривоги та нервово-психічного напруження у жінок.

Виявлена гендерна специфіка суїцидальної поведінки у хворих на депресії дозволила розробити диференційовану систему психопрофілактики, яка базується на поєднаному використанні фармако- та психотерапії. Основою фармакотерапії у чоловіків є антидепресанти, нейролептики та засоби, які покращують метаболічні процеси головного мозку, у жінок — антидепресанти, транквілізатори, анксіолітики та загальностимулюючі засоби. Базовими методами психотерапії на етапі активного лікування у чоловіків були індивідуальна раціональна (P. Dubois, 1938) та особистісно-орієнтована реконструктивна психотерапія (А. М. Свядощ, 1982), у жінок — групова суггестивна (A. Heigl-Evers, 2001) та біхевіоральна психотерапія в групі (А. Елліс, У. Драйден, 2002). Підтримуюча терапія у чоловіків включає переважне використання когнітивної психотерапії (A. T. Beck, 2003) та аутогенного тренування (I. H. Schultz, 1932), у жінок — групової

(K. F. Rudestam,1990) та сімейної (Е. Г. Ейдеміллер, В. В. Юстицький, 1999) психотерапії.

Результати оцінки ефективності розробленої психопрофілактики свідчать про її перевагу при порівнянні з такими заходами, які використовуються традиційно.

УДК 612.821+616.89

Михайлов Б. В., Кудинова Е. И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины (г. Харьков)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста показателей заболеваемости и распространенности соматических и невротических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический либо психогенный механизмы. В их структуре значительное место занимают заболевания, клинические синдромальные проявления которых относятся к сердечно-сосудистой системе.

Это обусловило проведение нашего исследования, целью которого была разработка системы психокоррекционных мероприятий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВДССС).

Было проведено изучение 72 больных ИБС и 97 больных с СВДССС. Клинико-психопатологическое исследование позволило определить структуру клинических проявлений и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у исследуемых больных.

У больных ИБС клиническая симптоматика формировалась в виде следующих основных синдромов: гипотимный (43,9 ± 4,5 %); астено-ипохондрический (25,2 ± 3,9 %); ипохондрический (23,6 ± 3,8 %); сенесто-ипохондрический (7,3 ± 2,4 %).

У больных с СВДССС клиническая симптоматика формировалась в виде следующих основных синдромов: неврастенический (15,8 ± 1,6 %); тревожно-фобический (23,1 ± 1,7 %); астено-депрессивный (18,2 ± 1,9 %); астено-ипохондрический (23,1 ± 3,3); астено-тревожный (19,5 ± 2,1 %). У больных с СВДССС особенностью синдромов невротического регистра было значительное преобладание соматосенсорных и соматовегетативных компонентов с яркой аффективной окраской.

Полученные результаты послужили основой для разработки дифференцированной системы психотерапевтической коррекции относительно изучаемых групп больных.

Основным психотерапевтическим методом для больных ИБС была когнитивно-бихевиоральная терапия в модификации A. Beck и A. Ellis. Терапия обычно проводилась на индивидуальной основе 2—4 раза в неделю, общей длительностью 4—6 недель.

Основным методом психотерапии для больных с СВДССС была рациональная психотерапия, гипнотерапия и аутогенная тренировка (АТ) в модификации Г. Клейнзорге и Г. Клюмбиеса. Проводилось 8—10 сеансов гипносуггестивной терапии с последующим переходом на АТ в стационаре и продолжением в амбулаторных условиях в течение месяца.

В результате проведенных психотерапевтических программ удалось достигнуть следующих результатов. В группе больных с ИБС произошла полная редукция психопатологической симптоматики у 76 % больных, частичное улучшение — у 13 % больных, отсутствие субъективного улучшения — у 11 % больных. В группе больных с СВДССС полная редукция психопатологической симптоматики достигнута у 69 % больных, частичное улучшение — у 15 % больных, отсутствие субъективного улучшения — у 16 % больных.

УДК 616-071:616.89-008.454-053.2/.5

Михайлова Е. А.
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

В Украине распространённость депрессии среди детей и подростков составляет 10—20 %. Трудность диагностики депрессии у детей связана с тем, что у них аффективные расстройства часто проявляются в атипичной, «маскированной» форме и редко соответствуют классическим описаниям.

Обследованы дети 7—11 лет — 125 пациентов с депрессией. Для определения депрессии нами был применен метод дискриминантных функций, обладающий рядом преимуществ: учитывается вариабельность, рассматривается совокупность всех принимаемых во внимание признаков, взятых со своими коэффициентами, которые указывают удельный вес признака в постановке диагноза (его информативность), и позволяет осуществить выбор существенного для диагностики депрессии подмножества параметров [Клюев, С. А., 2009]. Метод включает сбор информации: социодемографические данные ребенка и его семьи; актуальные клинико-психопатологические показатели (регистр симптомов и синдромов депрессии), анамнез, уровень соматоневрологического здоровья ребенка, наследственная отягощенность психическими заболеваниями. Регистрируются данные клинической шкалы оценки депрессий у детей CDRS-R (суммарный балл) и определенные психологические показатели с вычислением коэффициентов (ЦТВ) — адаптации, тревоги, утомления и уровня стабильности ВНС (коэффициент Шипоша). Вычисляется скорость и точность выполнения теста ММД (тест Тулуз-Пьерона); память и динамика запоминания (тест Лурия); наличие акцентуации характера (тест Шмишека). Определяются нейрофизиологические и нейрогормональные (уровень серотонина, мелатонина) корреляты депрессии у детей 7—11 лет. Далее осуществляется модификация и отбор данных и проводится кодирование качественных и количественных показателей. Построение линейных распределений показателей включает следующие этапы: а) расчет средней величины диагностических параметров; б) расчет моды (величина признака, который наиболее часто встречается в данной совокупности, и медианы (варианта, находящаяся в середине ряда распределения); в) построение графика ряда распределения и определение на нем значения моды и медианы. С помощью графического изображения возможны изучение закономерностей развития явления, установление существующих взаимосвязей. Затем производится расчет предельной ошибки выборки Δ_ω канонических коэффициентов дискриминантных функций и определение количества дискриминантных функций. На заключительном этапе проводится построение графика распределения пациентов с различными типологическими вариантами депрессии и формирование диагностического заключения. В дифференциации клинических вариантов депрессии было проанализировано 88 признаков. Все признаки были закодированы и поставлены в соответствие 88-мерному вектору, который учитывает отсутствие, наличие, направленность и величину каждого признака. В 88-мерном пространстве при диагностике клинических вариантов депрессии получили 6 областей, характеризующие астенический, тревожный, фобический, соматический, поведенческий типы и промежуточная область. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 17.0 с использованием *t*-критерия Стьюдента. Разработанный метод корректно классифицирует 95,8 % всех больных с различными типологическими вариантами депрессии. Разработанная информационная система определения клинических вариантов депрессии у детей, является новым средством ранней диагностики аффективной патологии и позволяет поднять на новый уровень качество медицинского обслуживания детей с депрессией. Система имеет удобный и простой в использовании интерфейс, что важно в работе детского психиатра.

УДК 613.25-053.2/5:616.1

Михайлова Е. А., Мителев Д. А., Беляева Е. Э.
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОЖИРЕНИЯ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ И ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ

В последние годы во многих странах мира наблюдается неуклонный рост ожирения у детей и подростков. Инсулинорезистентность и сопровождающая ее компенсаторная гиперинсулинемия составляют основу патогенеза метаболического синдрома и являются самостоятельными факторами риска не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и психических расстройств. Учитывая, что ожирение и метаболический синдром включают и выраженный психосоматический компонент, следует отметить немногочисленность исследований, посвященных изучению психосоматического

и нейропсихиатрического аспекта ожирения у детей и программ реабилитации.

Цель исследования: Изучить структуру психопатологии у детей с различными вариантами ожирения и на их основе разработать программу медико-психологического сопровождения. Под наблюдением находилось 304 больных детей — 186 с нейроэндокринным ожирением (НЭО): 125 с НЭО и инсулинорезистентностью (ИР) и 61 ребенок с НЭО без ИР; 118 больных с экзогенно-конституциональным ожирением (ЭКО), из них 12 с ЭКО и ИР, и 106 детей с ЭКО без ИР. Возраст пациентов 7—18 лет. Превалировали мальчики (197) по сравнению с девочками (107). Использован клинико-психопатологический, психодиагностический (шкала тревоги и депрессии, тест Люшера, тест Тулуз-Пьерона, исследование внимания — таблицы Шульте, памяти — тест «Заучивание 10 слов», проективные рисуночные тесты) методы. Для оценки частоты инсулинорезистентности (ИР) использовали индекс ИР HOMA. Синдром ИР диагностировался при уровне HOMA выше 3,5 у. е. Установлено, что частота ИР у детей зависит от пола, степени полового созревания, клинического типа ожирения. ИР чаще встречалась у мальчиков старшего пубертатного возраста с НЭО и у девочек младшего школьного возраста с ЭКО. Исследованиями установлено, что достоверно чаще у пациентов с НЭО и ИР регистрирована психопатология в виде депрессивных расстройств легкой и умеренной тяжести, соматоформной вегетативной дисфункции. Такая же закономерность прослежена и в группе пациентов с ЭКО и ИР. Установлено, что психологические показатели депрессии и тревоги были максимально выражены у детей с ожирением и ИР (HOMA — $R > 4$). Ведущей характеристикой психологического состояния детей, пациентов с ожирением явилось снижение психологической их стойкости, которая касается познавательной и эмоциональной сферы. Легкие когнитивные нарушения регистрированы у 41,7 % пациентов, снижение скорости переработки информации регистрировано у 33,0 % детей с ожирением.

Предложена модель медико-психологического сопровождения детей с ожирением и ИР, которая включает диагностику эмоциональных, поведенческих и когнитивных расстройств, определение психологических проблем больного ребенка, психообразовательные программы для ребенка и его семьи. При наличии у ребенка уровня депрессии и тревоги в зоне патологического функционирования, снижения самооценки, снижения скорости сенсомоторных реакций, фрустрации потребности в глубокой эмоциональной привязанности необходимо проводить психообразовательные интервенции — мотивационное интервьюирование, метод гештальт-терапии и семейной психотерапии. Предложенный метод медико-психологического сопровождения детей с различными вариантами ожирения позволяет дифференцировать модальность и глубину психопатологии, определить тактику психотерапевтического вмешательства на разных этапах эндокринного заболевания.

УДК 616.899.2-053.2/.5+159.922.73

Міхановська Н. Г.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (м. Харків)

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ В КОМПЛЕКСІ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Серед різноманіття терапевтичних заходів корекції психопатологічних розладів внаслідок перинатального ураження мозку у дітей, що складають більше 60 % усієї патології нервової системи дитячого віку та безпосередньо беруть участь у розвитку дезадаптуючих неврологічних й психічних захворювань, найбільш розповсюдженим є медикаментозне лікування й фізична терапія, до яких недостатньою мірою приєднуються психотерапевтичні втручання у контексті сімейних дитячо-материнських відносин. До цього часу залишається найменш розробленою сферою реабілітації новонароджених та дітей раннього віку саме соціально-психологічні заходи, дефіцитарними є резерви сімейного рівня терапії, супровід сім'ї для профілактики психопатологічних ускладнень у дитини.

Використання «біологічної» моделі терапії, абілітації та корекції, призводить до втрати суттєвого компонента для підвищення їх ефективності, а саме психотерапевтичного і соціально-педагогічного втручання. У більшості випадків ці ланки терапевтично-реабілітаційного процесу існують відокремлено одна від іншої внаслідок недостатності використання біопсихосоціального підходу до розуміння розвитку психічних розладів, не створюють єдину площину мультидисциплінарної системної допомоги дитині із психічним розладом та сім'ї, що її виховує, здійснюються фахівцями, але не стають комплексом життєво необхідних правил та дій, які створюють у сім'ї адекватний до проблем дитини розвиваючий та емоційно позитивний простір.

З метою створення системної моделі допомоги дітям раннього віку із перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням мозку, було обстежено 352 дитини перших 5 років життя, у тому числі: 97 малюків від 3-х місяців до 18 місяців, 132 та 123 дитини віком від 18 місяців до 3-х років й 3—5 років відповідно та їх матері. За провідною клініко-психопатологічною симптоматикою нами було виділено емоційно-лабільний, тривожно-апатичний та емоційно-недиференційований клінічні варіанти, вивчення еволюції яких на етапах постнатального онтогенезу довело, що вони мають тенденцію до персистенції протягом перших 3-х років життя із подальшим формуванням психічної патології, яка відповідає рубрикам МКХ-10: гіперкінетичного розладу поведінки (F 90.0; F 90.1; F 90.8; F 90.9), розладу поведінки, обмеженого рамками сім'ї (F 91.0), емоційних розладів, специфічних для дитячого віку (F 93.0), розладу прив'язаності дитячого віку (F 94.2) при емоційно-лабільному клінічному варіанті; гіперактивного розладу, що сполучається із розумовою відсталістю і руховими стереотипами (F 84.4), специфічного розладу розвитку рухових функцій (F 82), дитячого аутизму (F 84.0), розладу прив'язаності дитячого віку (F 94.2) при тривожно-апатичному та емоційно-недиференційованому клінічних варіантах. У випадках використання психотерапевтичних інтерактивних заходів з урахуванням біологічної складової розладів спостерігалася тенденція до подолання психопатологічних розладів за рахунок дитячої і батьківської ланок впливу, нівелювання ознак глибоких порушень дитячо-батьківських відносин.

Таким чином, результати, що було отримано, свідчать про необхідність суттєвих змін, як з точки зору концептуально-теоретичного підходу, так й практичного впровадження. Саме використання психотерапевтичних інтерактивних моделей заходів, поєднаних, у разі необхідності, із медикаментозною терапією, впровадження мультидисциплінарної позастаціонарної допомоги, на цей час може стверджуватися як прогресивний напрямок у формуванні спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із перинатальним ураженням мозку.

УДК: 616.89-008.444-008.481-053.6-084

Мозговая Т. П.,* Мозговая С. В.**
Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская медицинская академия последипломного образования***

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Цель: Усовершенствование эффективности профилактических мероприятий у подростков с гиперкинетическими расстройствами и расстройствами поведения.

Было обследовано 202 подростка мужского пола в возрасте от 11 до 15 лет, госпитализированных в стационар по поводу гиперкинетических расстройств и расстройств поведения. В работе использован комплекс диагностических методов и результаты мультимодального исследования.

В процессе исследования были выявлены факторы риска и прогностические критерии формирования гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков, которые являются основой психопрофилактических мероприятий. Основными векторными направлениями являются оптимизация социума подростков, гармонизация физического и полового развития, сохранение резерва адаптационных возможностей организма и нервно-психической деятельности, борьба с вредными привычками и формирование стрессоустойчивости подростков. Существенная роль принадлежит предупреждению соматоневрологической патологии и обеспечению сбалансированного функционирования вегетативной нервной системы.

Таким образом, эффективность профилактики гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков определяется ее целенаправленностью, дифференцированным подходом, длительностью и динамичностью.

УДК: 616.89

Р. О. Моісеєнко, М. К. Хобзей, Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко
Харківська медична академія післядипломної освіти, Міністерство охорони здоров'я України (м. Київ)

СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХОТЕРАПІЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНІ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Психотерапія і медична психологія належать до медичної діяльності. Як відповідні медичні спеціальності «Психотерапія» і «Медична психологія» містяться у «Номенклатурі лікарських спеціальностей», затвердженої наказом МОЗ України від 19.12.1997 року № 359.

Становлення психотерапевтичної служби в Україні розпочалося з відкриття у 1962 році першої в світі кафедри психотерапії в Українському інституті удосконалення лікарів (зараз ХМАПО).

Протягом останніх 20 років в України фактично було відновлено психотерапевтичну мережу в усіх регіонах України і розроблено нормативно-правову базу психотерапії та створено сучасну теоретико-методичну базу психотерапії. Зокрема, виданий перший в Україні підручник з психотерапії.

На сьогодні психотерапевтична і медико-психологічна допомога в Україні здійснюється у структурі спеціалізованих психіатричних, психоневрологічних і загальносоматичних закладів і установ охорони здоров'я, загальна чисельність котрих на 01.01.2012 року була 221, з них в психіатричній мережі 134 (61,00 %) в загальносоматичній — 87 (що складає біля 39,00 %). У лікувально-профілактичній мережі МОЗ України розгорнуто 314 посад лікарів-психотерапевтів, з них в психіатричній мережі — 187, в загальносоматичній — 127; зайнято — 251 посада. Укомплектованість психотерапевтами (процент фізичних осіб до штатних посад) у 2012 році в Україні становить 67,83 %.

За 2011—2012 рр. здійснена певна робота щодо адресного розширення психотерапевтичної допомоги. У більшості областей України проводиться психотерапевтична допомога в санаторіях, шпиталях та відділеннях ІВВ, спеціалізованих закладах радіаційного захисту населення, наркологічних диспансерах.

Для організації психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги на засадах доказової медицини мають бути вирішені основні проблемні питання:

1. Впорядкування діагностики хворих на невротичні, соматоформні та афективні розлади, значна частина з котрих діагностується і лікується в соматичній, або неврологічній мережі.

2. Переведення підготовки психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів на рівень міжнародних стандартів; створення психотерапевтичних відділень у спеціалізованій і загальносоматичній мережі.

3. Має бути забезпечено виконання штатних нормативів щодо посад практичних психологів (лікарів-психологів), передбачених Наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», а саме: пп. 2и) додатку 1, п. 2 додатку 50, п. 53 розділу V додатку 10, п. 5.1. і 5.2. розділу І, розділах ІІ і ІІІ додатку 17, п. 29 додатку 26, підрозділі IV розділу А та підрозділі VI розділу Б додатку 52;

Найголовнішим завданням є створення нової моделі організації психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги в Україні в умовах реформи галузі охорони здоров'я.

Первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (ПМСД) надають Центри ПСМД. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

— до компетенції лікарів загальної практики — сімейних лікарів має бути віднесена координація з медико-психологічною і психотерапевтичною мережею здійснення заходів по охороні психічного здоров'я населення

— має бути створений кабінет лікаря-психолога / практичного психолога

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (ВМД) надають заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

— лікарня інтенсивного лікування — має бути створений кабінет лікаря-психолога / практичного психолога;

— лікарня планового лікування — має бути створено психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога / практичного психолога;

— лікарня відновного лікування — мають бути психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога /практичного-психолога;

— багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування — має бути кабінет лікаря-психолога / практичного психолога;

— консультативно-діагностичний центр — мають бути психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога /практичного психолога.

Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (ТМД) надають високоспеціалізовані багатопрофільні або однопрофільні заклади охорони здоров'я. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

— обласна лікарня (обласна дитяча лікарня) — мають бути створені психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення;

— центри високоспеціалізованої медичної допомоги — мають бути створені медико-психологічні Центри;

— клініки науково-дослідних інститутів — мають бути створені психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога /практичного психолога.

Спеціалізована психіатрична мережа. У стаціонарі мають бути створені мультидисциплінарні бригади у складі:

— лікаря-психіатра;
— лікаря-психотерапевта;
— лікаря-психолога /практичного психолога;
— трудотерапевта;
— соціального працівника.

В амбулаторній мережі мають бути створені кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога /практичного психолога.

Така структура медико-психологічної допомоги дозволить максимально покращити лікування хворих на гострі психічні розлади, суттєво поліпшити психосоціальну реабілітацію цих хворих, значно оптимізувати допомогу хворим на невротичні та психосоматичні розлади, підвищити рівень психосоціальної адаптації та якості життя численних контингентів.

УДК 616.89(091)-07

П. В. Морозов
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова (г. Москва, Россия)

СИНДРОМ КАНДИНСКОГО — КЛЕРАМБО: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Синдром Кандинского — Клерамбо не включен ни в одну из современных классификаций психических расстройств. В 1927 г. российский психиатр А. Эпштейн предложил эти два имени для обозначения симптомокомплекса, характеризующегося явлениями психического автоматизма (Клерамбо), весьма близкими по описанию псевдогаллюцинаторному синдрому Кандинского. Этот термин был принят и широко используется в отечественной психиатрии. Согласно определению, это — совокупность взаимосвязанных симптомов-псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства овладения и открытости. Для него типично отчуждение, утрата принадлежности себе собственных психических актов; чувство постоянного влияния посторонней, действующей извне силы. Существуют следующие его проявления: ассоциативный автоматизм (ментизм, открытость, разматывание воспоминаний, эхо мысли; все виды псевдогаллюцинаций); сенестопатический автоматизм; кинестетический автоматизм. В докладе подробно излагаются взгляды обоих авторов на проблему, сделана попытка сопоставления *различий и сходства* точек зрения французского и русского психиатров. *Сходство*: практическая идентичность описанных психопатологических феноменов (насильственность, вкладывание мысли, открытость, эхо мысли, наплывы и т. д.). «Псевдогаллюцинации» Кандинского (сенсорные, двигательные, вербальные) очень близки по сути «автоматизмам» Клерамбо. Синдром возникает при различной психической патологии (идеофрении — по Кандинскому, хронических галлюцинаторных психозах — по Клерамбо). *Различия:* ***у Кандинского:*** акцент на детальном описании феномена и возможных механизмов возникновения псевдогаллюцинаций; описание пациентов дано преимущественно в статике, имеется самоописание; контингент пациентов — в основном стационарные больные, страдающие давно; язык не всегда легок для восприятия. ***У Клерамбо:*** акцент на формировании концепции динамики автоматизмов (при подробном описании), их роли в возникновении психоза (бред формируется вслед за психическими галлюцинациями и как реакция на автоматизмы); клинические случаи даны в динамике, можно наблюдать развитие синдрома, автор целенаправленно отслеживал судьбы больных; при этом большинство больных — первичные, острые, осмотрены в судебной амбулатории; взгляд на синдром шире: от простых навязчивостей до хронического галлюцинаторного психоза; язык ярок, образен, легко доступен для понимания.

УДК 159.923:614.23/.25

Недруева Т. В.
Курский государственный медицинский университет (г. Курск, Россия)

ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА-ПСИХИАТРА В СТРЕССОГЕННЫХ УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В современной психологии бесспорным является факт взаимного влияния личности и профессии. При этом наличие многочисленных научных трудов по данной тематике подтверждает актуальность и значимость этого направления работы.

Во всем многообразии исследовательских объектов профессия врача заслуживает особого внимания. Врачи, как и многие другие специалисты системы «человек — человек», относятся к группе риска развития профессиональных заболеваний. Психологическое поле изучения данного рода рисков достаточно велико и на современном этапе модернизации системы здравоохранения является одним из важнейших условий аттестации специалистов.

Решение поставленных задач открывает новые направления исследования личности врача в условиях сложной, стрессогенной, даже экстремальной деятельности. На первый план выступают вопросы сохранения и поддержания здоровья специалиста, обеспечения адекватного уровня функционирования личности врача.

Цель работы: изучение личности врача-психиатра в стрессогенных условиях профессиональной деятельности.

Стрессогенность условий труда врачей-психиатров подтверждается многочисленными исследованиями, а также данными о распространенности среди них различного рода психосоматических заболеваний и психологических нарушений.

Проанализировав существующие работы в данном направлении, изучив требования, предъявляемые к личности врача-психиатра комитетом экспертов Всемирной организации здравоохранения, мы выделили психологические особенности, которые рассматриваются в качестве критериев профессии врача-психиатра как профессии помогающего типа:

— контактность — общительность личности, ее способность к установлению прочных и доброжелательных отношений с окружающими, общая предрасположенность к взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми, необходимая основа синергической установки личности;

— гибкость в общении — ориентация на личностное общение, соотносится с наличием или отсутствием социальных стереотипов, способностью к адекватному самовыражению в общении;

— социальность — это позитивное взаимодействие, сохранение благополучия людей, с которыми индивид находится в личных контактах (полезность, честность, справедливость, равенство), а также преобладание духовных интересов над материальными. Социальность характеризует личность через отношения ее индивидуальности с обществом.

На основании данных критериев мы группу врачей-психиатров раздели на две группы: врачи-психиатры с высокими значениями критериев помогающего типа и врачи-психиатры с низкими значениями данных критериев.

Изучив профессионально-личностные деформации (психическое выгорание и враждебность) в данных группах врачей, мы получили значимые различия по исследуемым деформациям (115 ± 10, 93,9 ± 15,5; 30,9 ± 4,5, 15,6 ± 5,9). Группа врачей-психиатров с низкими значениями критериев помогающего типа имеет высокие значения выгорания и враждебности в отличие от врачей-психиатров с высокими значениями критериев профессий помогающего типа.

Полученные данные свидетельствуют о влиянии профессиональной деятельности на личность врачей-психиатров и значимости личностных особенностей («помогающих критериев») в сохранении ее целостности.

УДК 159.923:614.23/.25

Никишина В. Б.
Курский государственный медицинский университет (г. Курск, Россия)

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В общепсихологическом смысле представления рассматриваются как субъективные образы объективно существующего, воссозданные памятью (представления памяти) или созданные воображением (творческие образы), возникающие, когда нечто материальное, породившее эти образы, непосредственно не воздействует на органы чувств субъекта. Профессиональные представления медицинских работников характеризуются отражением специфических особенностей профессиональной деятельности в образах представлений (специфические термины, атрибуты, характеристики и т. д.).

В рамках нашего исследования профессиональные представления были соотнесены с категорией личностных конструктов Дж. Келли, согласно которой личностный конструкт определяется как устойчивый способ, которым человек осмысляет какие-то аспекты действительности в терминах схожести и контраста. Личностные конструкты образуют систему, характеризующуюся набором гипотез об изменяющемся окружающем мире, которые проверяются опытом.

Эмпирическое исследование проводилось в 2011—2012 гг. на базах медицинских учреждений г. Курска. Общий объем выборки составил 198 человек в возрасте от 25 до 54 лет, из них 100 врачей, имеющих высшее профессиональное образование и 98 медицинских сестер, имеющих среднеспециальное медицинское образование. Выборка уравнена по полу (равное количество мужчин и женщин).

Исследование осуществлялось с использованием следующих групп методов: организационные (метод поперечных срезов); психодиагностические (методика построения репертуарных решеток Дж. Келли); статистические (методы общей статистики, метод сравнительной статистики U-критерий Манна — Уитни). Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0.

В результате исследования репертуарных решеток медицинских работников было выявлено преобладание сложных когнитивных схем у врачей и преобладание простых когнитивных схем у среднего медицинского персонала (медицинских сестер). Как известно, простые когнитивные схемы представляют собой систему, в которой неясны различия между конструктами, затруднено отличие себя от других, характеризуются неспособностью к прогнозированию поведения других и рассмотрением других по относительно небольшому числу категорий. Сложные когнитивные схемы содержат четко дифференцированные конструкты, характеризующиеся четким отличием себя от других, прогнозированием поведения других и рассмотрением других по широкому спектру категорий.

Содержательно профессиональные представления медицинских работников также существенно отличаются. Профессиональные представления врачей реализуются, преимущественно, в сфере профессиональной деятельности, в то время как у среднего медицинского персонала реализация профессиональных представлений охватывает сферу межличностных отношений в профессиональной деятельности.

УДК: 616.831:616.8-009.836:541.61

Нікішкова І. М., Забродіна Л. П.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

АРХІТЕКТОНІКА ТА ПАТЕРНИ НІЧНОГО СНУ У ХВОРИХ НА ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ

Аналіз фізіологічних показників сну у хворих на енцефалопатію різного ґенезу, який був проведений за допомогою полісомнографії, продемонстрував наявність серйозних змін архітектоніки та патернів нічного сну. На ЕЕГ усіх пацієнтів спостерігалися нехарактерні для певних стадій сну патерни активності: розвиток десинхронізації з наростанням представленості β-активності та посиленням вираженості пароксизмальних проявів на стадії дрімоти замість низькочастотних коливань та появи низькоамплітудних θ-хвиль; виникнення у стадію поверхневого сну швидких рухів очей, а на стадії глибокого та швидкого сну — притаманних поверхневому сну «сонних веретен». Церебральний електрогенез під час сну хворих на енцефалопатію, незалежно від її ґенезу, відрізнявся від такого у здорових осіб значними змінами показників когерентності: різким зниженням внутрішньо- та міжпівкульної когерентності в усіх частотних діапазонах ЕЕГ, інертністю показників когерентності у діапазоні α-ритму при поглибленні стадій сну. Усім хворим також було притаманне зменшення кількості завершених циклів сну та своєрідна їх «деформація» у вигляді періодичних різких переключень церебральної активності

від глибоких стадій до більш поверхневих, що призводило до збільшення кількості сегментів та переходів від стадії до стадії, до зменшення тривалості δ-сну та різкого скорочення фази парадоксального сну. Однак за обсягом зменшення кількості завершених циклів сну та ступенем вираженості їх «деформації» (кількість та розподіл сегментів за стадіями сну) хворі мали певні відмінності в залежності від ґенезу енцефалопатії.

В основі перелічених серйозних змін організації церебрального електрогенезу під час нічного сну хворих на енцефалопатію лежать нестабільність функціонування структур мозку, що забезпечують підтримку стадій сну, та порушення роботи інтегративних механізмів, відповідальних за перехід від стадії до стадії та за регуляції сну в цілому, що несприятливим чином відбивається на циклічності ритму сну — неспання. Виявлена наявність певної залежності між ступенем вираженості змін у структурі нічного сну та ґенезом енцефалопатії пов'язана з відмінностями як у механізмах впливу тригерів (гіпертензія, атеросклероз, інфекція, черепно-мозкова травма) енцефалопатії на фізіологічний стан та функціонування тих або інших структур мозку, так і на ступінь залученості цих структур до процесів регуляції сну.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

Новиков А. С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет», Березниковский филиал (г. Березники, Пермский край, Россия)

ИЗМЕРЕНИЕ ПЕРЕЖИВАЕМОЙ САМООЦЕНКИ (ИПС)

Одним из центральных принципов доказательной медицины является принцип объективной оценки эффекта. Соблюдение этого принципа в клинике пограничной психиатрии, когда эффект терапевтического воздействия проявляется преимущественно в форме субъективно переживаемых (и не всегда осознаваемых) изменений, становится чрезвычайно сложной задачей. В частности измерение самооценки как одной из фундаментальных переменных, определяющих личностный статус, остаётся актуальной проблемой психодиагностики. Сегодня диагностический арсенал клинического психолога включает инструменты измерения самооценки двух основных классов: самоотчёты и проективные техники. Оба класса имеют «врождённые» неустранимые пороки. Самоотчёты жёстко привязаны к определённому языковому и культурному образцу (образцу их составителя) и не всегда могут быть адекватны смысловому миру испытуемого. Кроме того, они, как правило, достаточно «прозрачны» и неминуемо вызывают существенные мотивационные искажения результата. Проективные техники, лишённые этих недостатков, имеют свои, не менее неприятные. Главный из них — принципиальная невалидизируемость, существенная зависимость результата от профессионального опыта и личностных особенностей диагноста.

Перспективным, но до сей поры маловостребованным в практике, является класс диагностических инструментов, использующих психосемантические закономерности и реконструирующих индивидуальную смысловую структуру личностного мира испытуемого. Эти инструменты диагностики сочетают лучшие качества психометрических тестов (объективность, интерперсональность) с тонкостью и информативностью клинических методов. К этому классу принадлежит тест «ИПС».

Среди предшественников методики «Измерение переживаемой самооценки» (ИПС) можно назвать «Тест Лиу» (J. Liggett, 1959) и методику «Косвенное измерение системы самооценок» (КИСС) Е. О. Федотовой. Принципиальное отличие ИПС от предшественников заключается в полном отказе от использования механизмов проекции и замене на психосемантические приемы, что исключает теоретическую неопределенность интерпретации полученного результата.

В основу предлагаемого метода измерения самооценки положен следующий принцип: Заключение о переживаемой самооценке испытуемого по определенному конструкту выводится из того, насколько в его (испытуемого) описании себя он похож на людей, по его же мнению, обладающих и не обладающих этим качеством (или обладающих им в разной степени). Технологической основой является анализ матрицы оценочных суждений, заимствованный из метода репертуарных решеток Дж. Келли. Формат тезисов не дает возможности подробного описания устройства диагностического инструмента, процедуры измерения и интерпретации результатов.

Результаты постэкспериментального интервью показали, что испытуемые в процессе заполнения методики не выявляли (не прочитывали) измеряемую переменную. Это дает право считать ИПС хорошо защищенной от фальсификации и пригодной для применения в ситуации экспертизы.

Будучи впервые описан в 1993 г., ИПС долгое время имел статус исследовательской методики, но после проверки психометрических свойств может претендовать и на статус пользовательской.

УДК 616.89-008.441.3

М. О. Овчаренко, І. К. Сосін, Т. М. Радченко, Л. Л. Пінський

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Харківська академія післядипломної освіти

ПІДСУМКИ ПРОВЕДЕННЯ ДВОЕТАПНОГО ПСИХОКОРИГУЮЧОГО КУРСУ У ПІДЛІТКІВ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЇХ СПРОМОЖНОСТІ ЩОДО ПРИЙНЯТТЯ КОНСТРУКТИВНИХ РІШЕНЬ В СТРЕСОВІЙ СИТУАЦІЇ

Метою дослідження була оцінка впливу запропонованої психокоригуючої методики на спроможність до прийняття конструктивних рішень в стресових ситуаціях у підлітків у віці 13—14 років різної статі.

Після річного спостереження в основній групі залишилося 119 підлітків (62 чоловіки та 57 дівчат) та в групі порівняння 135 (69 чоловіків та 66 дівчат) та їм було проведено контрольне психологічне обстеження із визначенням впливу запропонованого та стандартного психокоригуючого супроводу. Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою пакету статистичних програм «STATISTICA 8.0.» Statsoft Inc. (USA).

До складу розробленого нами алгоритму верифікації спроможності підлітків до прийняття конструктивного рішення в стресові ситуації (СПКР), були включені варіанти поведінкових реакцій підлітків в стресових ситуаціях, актуальних для їх віку, зокрема: визнання значущості особистості підлітка в колективі, сімейне благополуччя, любов, матеріальний статок, відчуття власної та безпеки близьких людей, власного та здоров'я рідних, тощо.

У кожній з цих ситуацій були змодельовані варіанти відповідей, які характеризують схильність підлітка до неконструктивного реагування на стресову ситуацію (уникнення від діяльності, агресія, злість, відчай, та ін.) або конструктивного варіанту (раціоналізація, компроміс, пошук рішення та ін.). В результаті запропонованого тестування у кожного обстеженого підлітка обчислювалось 10 складових СПКР та його сумарний показник.

Під час аналізу рівня СПКР в основній (n = 181) та групі порівняння (n = 246) до початку психокоригуючих методів нами встановлено, що вірогідних відмінностей між ними не було (40,2 ± 0,5 балів; 40,5 ± 0,4 балів відповідно; P < 0,661 за Mann-Whitney). Також, нами були порівняні рівні СПКР в двох групах, окремо у хлопчиків та дівчаток. Під час порівняння показників цих двох підгруп в основній та групі порівняння вірогідних відмінностей також не було встановлено (P < 0,814; P < 0,647 за Mann-Whitney відповідно).

Після проведення стандартних психопрофілактичних заходів у підлітків групи порівняння (n = 246) та моніторингу їх психологічного стану протягом року (n = 135), встановлено, що при повторному визначенні СПКР має місце вірогідне зниження його рівня з 40,5 ± 0,4 балів до 35,8 ± 0,5 балів (P < 0,001 за Wilcoxon).

При використанні стандартних методів психокорекції у осіб підліткового віку протягом року встановлено динамічне зниження рівня СПКР в загальній групі з 40,5 ± 0,4 балів до 35,8 ± 0,5 балів (P < 0,001 за Mann-Whiney). Така ж динаміка має місце в підгрупі хлопців (40,3 ± 0,6 балів; 36,0 ± 0,7 балів відповідно; P < 0,001 за Mann-Whiney) та дівчат (40,7 ± 0,5 балів; 35,6 ± 0,6 балів відповідно; P < 0,001 за Mann-Whiney).

Під час проведення запропонованої системи групових та індивідуальних психокоригуючих тренінгів осіб підліткового віку протягом року був встановлений попереджуючий ефект вікового зниження рівня СПКР в основній групі (40,2 ± 0,5 балів; 40,3 ± 0,4 балів відповідно; P < 0,550 за Mann-Whiney), в підгрупі хлопців (40,1 ± 0,8 балів; 39,8 ± 0,5 балів відповідно; P < 0,426 за Mann-Whiney) та дівчат (40,3 ± 0,7 балів; 40,9 ± 0,6 балів відповідно; P < 0,837 за Mann-Whiney).

УДК 616.853-053.7-008.19:612.821

Пайкова Л. Н., Плотников А. Г.*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), *Областная клиническая психиатрическая больница № 3 (г. Харьков)*

КЛИНИЧЕСКОЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ

Распространение эмоциональных, психических и интеллектуальных нарушений при эпилепсии в раннем возрасте, приводящих нередко к детской инвалидности, является причиной поиска новых подходов к их лечению, что и явилось целью настоящей работы.

Были исследованы молодые лица, преимущественно (80 %) в возрасте от 15 до 23 лет (средний возраст — 18,3 ± 1,5), проходившие стационарное лечение в отделении подростковой психиатрии, страдающие эмоционально-волевыми нарушениями на фоне повышенной судорожной активности на ЭЭГ и различными проявлениями эпилепсии. Выявлено, что среди больных эпилепсией 60 % составляли инвалиды детства по разным нозологиям данного заболевания (F 02.83; F 07.83; F 06.803 и др.) либо инвалиды 2-й группы в возрасте после 18 лет. Клиническая картина характеризовалась наличием судорожных припадков, как генерализованных, так и парциальных, нарушениями в эмоционально-волевой сфере: тревожность, эксплозивность, полюсность характера, угодливость, слащавость, беспричинная конфликтность и сварливость, дисфории, склонность к аутоагрессивному поведению, у некоторых — педантичность, скрупулезность, злопамятность. В мыслительной сфере отмечались такие симптомы как склонность к детализации, вязкость; у 75 % — высокая или средняя с тенденцией к высокой тревога по Дж. Тейлору. Отмечались различной степени нарушения памяти и внимания. Особенно страдала кратковременная память (запоминали 2 фигуры из 6 по тесту) и способность к переключению внимания. (тест выполняли в 2 раза дольше, чем в норме). Интеллектуально-познавательная сфера была изменена от уровня легких когнитивных нарушений до легкого интеллектуального дефекта. Отмечались нарушения психофизиологических показателей. В 50 % случаев выявлено снижение функционального уровня ЦНС по сравнению с таковыми у здоровых лиц (по Лоскутовой), а также по мере утяжеления последствий эпилепсии снижались показатели уровня функциональных возможностей ЦНС и устойчивости реакции (способности пациентом длительно выполнять задание на высоком функциональном уровне), удлинялись латентные периоды простой сенсомоторной реакции и дифференцирования предъявляемых раздражителей.

Применение в комплексе с фармакотерапией немедикаментозного метода — пребывания больных в построенной камере Райха в течение 15 мин (курс — 5—10 сеансов, состояние регистрировали до лечения, после 1-го сеанса и в конце курса) выявило положительную динамику в состоянии больных. Вначале нами отмечено положительное воздействие терапии с применением камеры Райха на тревожно-фобичекую симптоматику при заболеваниях, не связанных с эпилепсией. У больных с эпилепсией происходило купирование особенно эмоционально-волевых нарушений, снижение общей тревоги по Дж. Тейлору, личностной и реактивной тревожности по Спилбергеру. Улучшались такие высшие психические функции как кратковременная память, концентрация и переключение внимания. Ряд нарушенных до лечения психофизиологических параметров (функциональный уровень ЦНС, уровень функциональных возможностей и стойкость реакции) после применения камеры Райха приближались к значениям, установленным для здоровых лиц. Происходило снижение латентных периодов простой сенсомоторной реакции и реакции выбора, в том числе правой и левой руки.

Полученные данные свидетельствуют о важной роли применения камеры Райха в комплексном лечении для эмоциональной и психофизиологической, а следовательно, и социальной адаптации больных эпилепсией.

УДК 616.853-08-008.46:612.821.2

Пайкова Л. Н., Филимонова Н. Б.*, Павлович С. А.*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), *Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко (г. Киев)*

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Известно, что эпилепсия широко распространена уже в детском и молодом возрасте и сопровождается не только психическими расстройствами и эмоциональными нарушениями, но нередко и когнитивным дефицитом, что является причиной ранней инвалидизации этих больных, а следовательно, и основанием дальнейших исследований для выяснения причин этих явлений.

Цель работы: изучение психофизиологического и эмоционального состояния больных эпилепсией и поиск параметров когнитивного снижения у больных эпилепсией.

Были внедрены две компьютерные программы, созданные на кафедре физиологии человека и животных КНУ имени Тараса Шевченко. Эти программы, адаптированные Н. Б. Филимоновой для больных нашего профиля, позволяют в достаточно короткий срок диагностировать такие эмоциональные и психофизиологические особенности, которые могут свидетельствовать о когнитивных и эмоциональных нарушениях у больных эпилепсией. Отмечались высокие уровни тревоги по Дж. Тейлору и личностной тревожности по Спилбергеру при преимущественно умеренной или низкой реактивной тревожности (в условиях стационара). Выявлены наиболее лабильные показатели: способность к концентрации и переключению внимания, объём кратковременной памяти, латентные периоды простой сенсомоторной реакции (колебания их составляли 200 — 880 мс в зависимости от тяжести течения эпилепсии) и реакции выбора значения предъявляемых раздражителей (которые оказались ниже, чем у здоровых лиц). Показатель функционального уровня ЦНС был ниже нормы, лишь у 20 % больных соответствовал нижней границе нормы. Уровень функциональных возможностей ЦНС был ближе к нижней границе таковой для здоровых лиц, при этом у 40 % больных эпилепсией — ниже нормы. Стойкость реакции была ближе к нижней границе нормы. Эти параметры, количественные границы которых для здоровых лиц были установлены Т. Д. Лоскутовой, явились критериями оценки функциональной системы по П. К. Анохину — чем они выше, тем легче формируется функциональная система. Снижение этих показателей у наших больных свидетельствовало о неадекватном приспособительном поведении, а у некоторых — о полной дезадаптации. По П. К. Анохину (1980, с. 156), функциональная система целостного поведенческого акта как аппарат сложнейшего интегративного приспособления «имеет вполне специфические для неё свойства, придающие ей пластичность, подвижность и какую-то степень независимости от готовых сложившихся конструкций различных связей как в пределах ЦНС, так и в масштабе организма». В группу очень низких и низких этих показателей вошли больные с органическим посттравматическим синдромом, с последствиями открытых и закрытых черепно-мозговых травм.

Полученные количественные показатели психофизиологических функций и высших психических функций (внимания и его переключения, объема кратковременной памяти), отличающиеся от таковых у здоровых лиц, свидетельствовали о когнитивном дефиците (зависимом от тяжести течения эпилепсии). Это приводило к социальной дезадаптации, поскольку эти лица не в состоянии продолжать работу либо учёбу в вузах. Лишь больные с сохранными (как у здоровых лиц) психофизиологическими показателями продолжали трудиться по специальности.

По нашим данным, изучаемые параметры когнитивного снижения могут свидетельствовать о тяжести протекания эпилепсии и служить объективными критериями инвалидности и социальной дезадаптации. У больных эпилепсией, у которых показатели приближались к таковым у здоровых, болезнь протекала легче, они более самостоятельны, социально адаптированы.

Выявленные психофизиологические параметры оказались также объективными критериями оценки эффективности проводимых методов лечения, в том числе и немедикаментозных.

УДК 616.89-008+615.861:616-001.28-051

О. А. Панченко, И. Ю. Басараб, Е. А. Пугач

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» (г. Донецк)

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

Кризисные ситуации, переживаемые человеком, потенцируют развитие психических и поведенческих расстройств, изменяют жизненный путь и личностную перспективу, а также деформируют картину жизни человека. Спустя 25 лет после ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС у 93 % пострадавших сформировались многообразные изменения личности и нарушения социальной адаптации. Сегодня факты свидетельствуют об устойчивой отрицательной динамике психических нарушений у пострадавших в результате Чернобыльской аварии, имеющих тенденцию постоянного роста с выходом на плато насыщенности.

На диспансерном учете в ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» состоит 439 ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, среди которых 163 чел. (37,1 %) являются инвалидами. Ежегодные комплексные осмотры ликвидаторов, которые проводятся на базе Центра, включают экспериментально-психологическое обследование и направлены на изучение когнитивно-познавательной и эмоционально-волевой сфер.

В психодиагностической работе применяются следующие методики: «Запоминание 10 слов», таблицы Горбова — Шульте, методика дифференциальной самооценки функциональных состояний «САН», метод цветовых выборов М. Люшера, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич), шакала нервно-психического напряжения (НПН), тест зрительной ретенции Бентона.

Психодиагностические исследования, проведенные в динамике последних 10 лет, свидетельствуют о тенденции к ухудшению здоровья чернобыльцев. Доля здоровых лиц среди ЛПА на ЧАЭС уменьшилась с 68,7 % до 11,2 %. Структура выявленных нарушений свидетельствует в пользу органической природы интенсивно развивающихся состояний. С каждым годом доля расстройств органического регистра значительно увеличивается. В исследованиях 2011 года различные варианты органического заболевания головного мозга с аффективными, интеллектуально-мнестическими и церебростеническими нарушениями составили 53,9 %.

Таким образом, анализ психического здоровья ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС указывает на выраженность психопатологических расстройств у пострадавших, значительное снижение ресурсов социально-психологической адаптации, ухудшение соматического состояния обследуемых и значительный рост органических расстройств психики.

УДК 614.211+378.961 (477)

О. А. Панченко, И. И. Кутько

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА — НОВЫЙ ЭТАП В РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Масштабность и темпы преобразования в мире в сфере накопления, передачи, использования информации по вопросам медицинской науки и практики, внедрение инновационных технологий в систему здравоохранения требуют от нее глобализации и синтеза ее основных задач. При реформировании в нашей стране системы медицинской помощи невозможно не учитывать европейский и мировой опыт организации университетских клиник, подтверждающий их высокую эффективность.

В Украине первым шагом к реализации концепции университетских клиник на законодательном уровне стало принятие в первом чтении Закон Украины «О внесении изменений в Закон Украины «О высшем образовании (об университетских клиниках)» № 1487 от 04 февраля 2009 года. Приказом МЗ Украины № 642 от 07 ноября 2008 года утверждено примерное положение об университетской клинике при государственном вузе/УПО (учреждении последипломного образования) III—IV уровней аккредитации МЗ Украины.

На сегодня сформулированы общие положения функционирования университетских клиник:

1. Университетская клиника — это учреждение здравоохранения, которое является лечебно-учебно-научным структурным подразделением вуза/УПО, который создается в соответствии с действующим законодательством Украины.

2. В своей деятельности университетская клиника руководствуется Конституцией Украины, действующим законодательством Украины, Уставом вуза/УПО и Положением об Университетской клинике.

3. Структура и штатное расписание Университетской клиники разрабатываются вузом/УПО и утверждаются МЗ Украины.

4. Университетская клиника подлежит аккредитации и осуществляет свою деятельность согласно условиям лицензирования.

Цель деятельности университетской клиники — «оказание высокоспециализированной и специализированной лечебно-профилактической помощи, медицинской помощи при неотложных состояниях и экстренных ситуациях; обеспечение на этой основе подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников по стандартам высшего образования, проведение научно-исследовательской работы, разработка, апробация и внедрение новых медицинских технологий» (Приказ МЗ Украины № 642 от 07.11.2008 г.).

В ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» на практике объединены лечебный, научный и учебный процессы. Одновременное сочетание этих направлений ускоряет совершенствование госпитальной практики, внедрение в процесс диагностики, лечения и реабилитации научных разработок, способствует грамотному и рациональному использованию новейших технологий; достигается максимально высокий уровень высококвалифицированной медицинской помощи больным независимо от их места жительства; повышается эффективность научных исследований, обеспечивается более успешное практическое обучение студентов и интернов.

Развитие университетских клиник в Украине — это реальная возможность выйти на европейские стандарты медицины, получить врача европейского уровня и тем самым улучшить медицинское обеспечение населения, т. к. человек есть высшая ценность в государстве.

УДК616.85/.89+615.851.6

О. А. Панченко, Т. В. Петракова

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

На состояние психического здоровья пациентов с психосоматической патологией оказывают влияние стрессовые факторы как биологического, так и социального характера. В практике широко используются известные подходы к психотерапии психосоматических расстройств, основанные на применении техник саморегуляции, релаксации, гипносуггестивной терапии и т. п. Однако арсенал методов коррекции данной патологии может быть расширен с помощью внедрения более поздних методик и подходов, например гештальт-терапии. Ключевым понятием гештальт-терапии являются осознание и сосредоточенность на настоящем. Уровень саморегуляции зависит от осознания человеком того, что с ним сейчас происходит, и от способности жить текущими заботами.

Цель исследования — оценка эффективности применения гештальт-терапии в реабилитации пациентов с психосоматическими расстройствами.

В исследовании приняли участие 50 пациентов (10 мужчин и 40 женщин) в возрасте от 20 до 65 лет, имеющих в анамнезе ИБС, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Пациенты были разделены на 2 группы по 25 чел., которые получали комплексное лечение, включающее медикаментозную терапию, физиотерапию, групповую психотерапию, музыко- и ароматерапию. Однако пациенты второй группы посещали индивидуальные занятия с психологом, где применялся гештальт-подход. Эффективность лечения оценивали по результатам психодиагностики по методикам: опросник нервно-психического напряжения (НПН), шкала самооценки САН, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, метод цветовых выборов Люшера.

После лечения в группе пациентов, которые получали индивидуальную психокоррекцию, показатели по данным методикам были качественно лучше, чем в группе пациентов, получавших только стандартное лечение ($p < 0,05$).

Таким образом, в результате исследования установлена достаточная эффективность применения гештальт-подхода в психотерапии психосоматических расстройств, что позволяет рекомендовать включение индивидуальных психокоррекционных программ, основанных на гештальт-терапии, в лечебно-реабилитационный процесс. Применение данного метода в работе с пациентами с психосоматической патологией способствует преодолению психологического внутреннего сопротивления, самораскрытию, осознанию психосоматических взаимосвязей.

УДК 612.821-079: 656.13-051

О. А. Панченко, В. В. Плохих, Гаража М. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украинская инженерно-педагогическая академия (г. Харьков), ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» (г. Константиновка Донецкой области)

ПСИХОДИАГНОСТИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАНСПОРТА

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) продолжают занимать одно из первых мест среди причин травматизма. Участники, свидетели ДТП, члены их семей и близкие подвергаются повышенному риску возникновения психической патологии, посттравматических стрессовых расстройств. ДТП наносят значительные экономические убытки гражданам и государству, а сообщения об управлении автотранспортным средством, приведшем к летальному исходу, инвалидизации, травматизации пострадавших, в свою очередь, провоцируют рост психологического напряжения в обществе. В связи с этим возникают повышенные требования к психофизиологическим качествам водителей.

Цель исследования — психодиагностика психофизиологических качеств водителей автомобильного транспорта. Исследование проводилось на базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». Выборку составили 47 водителей автомобильного транспорта, средний возраст которых — 38,8 ± 8,4 года, стаж вождения — 18,9 ± 8 лет.

В исследовании применяли психодиагностические методики: фигуры Готтшальдта, таблицы Горбова — Шульте, «Запоминание 10 слов» С. Я. Рубинштейн, «Шкалы» Б. Л. Покровского, «Словесный лабиринт» А. Лачинса, компьютеризированную методику оценки скорости зрительно-моторной реакции Ю. Е. Ляха, В. Г. Гурьянова, методику НПН Т. А. Немчина, метод цветовых выборов М. Люшера, пятифакторный опросник личности «Большая пятерка» А. Б. Хромова, ОСТ В. М. Русалова.

В результате психодиагностики установлены нарушения психофизиологических показателей водителей: полезависимость восприятия выявлена у 21 чел. (44,7 %), что свидетельствует о подверженности иллюзиям восприятия; нарушение концентрации внимания — у 7 чел. (14,9 %), истощаемость внимания — у 5 чел. (10,6 %), низкий уровень переключения внимания — у 3 чел. (6,4 %), что свидетельствует о трудностях в сосредоточении на объекте или деятельности; нарушение кратковременной памяти — у 20 чел. (42,6 %), долговременной памяти — у 17 чел. (36,2 %); низкий уровень оперативной памяти — у 11 чел. (23,3 %); ригидность мыслительных процессов — у 17 чел. (36,2 %), замедленность зрительно-моторных реакций — у 7 чел. (14,9 %). Эмоциональная напряженность установлена у 7 чел. (14,9 %). 100 % обследуемых имеют слабый уровень нервно-психического напряжения. Низкий уровень предметной эргичности установлен у 10 чел. (21,2 %), что свидетельствует о пассивности, низкой вовлеченности в процесс деятельности. Высокий уровень эмоциональности, тревожность отмечается у 5 чел. (10,6 %). Депрессивность, самокритика, неустойчивость эмоциональной сферы выявлена у 1 чел. (2,1 %).

Результаты, полученные в ходе исследования, дают возможность выявить персонал группы риска. Так, установлено, что среди обследуемых в группу риска попали около четверти обследованных водителей. Этим лицам были даны соответствующие рекомендации.

Успешность профессиональной деятельности водителя в значительной степени определяется интегральным выражением его психофизиологических и личностных качеств, поэтому психодиагностика этих особенностей имеет важное значение для прогнозирования психофизиологической надежности водителя.

Решение проблемы неудовлетворительного психофизиологического состояния водителей необходимо для нахождения компенсаторов данных состояний. Это будет способствовать повышению надежности и безаварийности профессиональной деятельности водителей, предотвращению аварийных ситуаций на дорогах, уменьшению экономических убытков, снижению психической патологии среди населения.

УДК 616.8-08-059+615.851:15

О. А. Панченко, Е. Г. Садчикова

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Одним из важных компонентов нейрореабилитационного процесса является психологический аспект. Большое значение имеет актуальное эмоциональное и функциональное состояние пациента, его отношение к собственному заболеванию, мотивация на выздоровление. В связи с этим работа психолога с больными неврологической группы заключается в проведении диагностических исследований и психокоррекционных мероприятий.

Целью исследования стало определение эмоционального состояния пациентов отделения нейрофизиологии и нейрореабилитации, в том числе типа отношения к болезни.

Применялись Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), шкала нервно-психического напряжения (НПН), методика САН, метод цветовых выборов М. Люшера. В исследовании принимали участие 85 пациентов отделения нейрофизиологии и нейрореабилитации ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины», находящихся на стационарном лечении.

В результате диагностики выявлено, что для 15 чел. (17,6 %) характерны сенситивный тип отношения к болезни, умеренный уровень НПН; 20 чел. (23,6 %) демонстрируют анозогнозический тип отношения к болезни, умеренный уровень НПН; для 15 чел. (17,6 %) характерен смешанный тип отношения к болезни, умеренный уровень НПН; у 15 чел. (17,6 %) выявлен обсессивно-фобический тип отношения к болезни, умеренный уровень НПН; у 10 чел. (11,8 %) — неврастенический тип отношения к болезни, высокий уровень НПН; у 10 чел. (11,8 %) тип отношения к болезни не диагностируется, уровень НПН — низкий. Для всех пациентов были характерны эмоциональная напряженность, удовлетворительное самочувствие, активность и настроение. Гармоничный тип отношения к болезни в исследуемой выборке не диагностирован.

Основываясь на результатах исследования, можно утверждать, что у пациентов неврологической группы наблюдаются эмоциональные нарушения, что усугубляет течение основного заболевания и требует психологического вмешательства, целью которого является формирование адекватного типа отношения к болезни, способствующего выздоровлению, повышение мотивации на выздоровление, уменьшение психической дезадаптации, вызванной заболеванием, снижение уровня нервно-психического напряжения.

УДК 616.12-008.311.1-08-059-053.6

О. А. Панченко, Н. П. Цапро, Е. Б. Симоненко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Причины психосоматических заболеваний в настоящее время обусловлены многими факторами. Отрицательные эмоции, стресс через лимбическую систему приводят к нарушению работы вегетативной нервной системы. При возникновении психосоматической патологии важную роль играет не характер и свойства повреждающего агента, а длительность вредного воздействия на организм.

Цель работы: изучить влияние психоэмоционального состояния, вредных привычек на течение артериальной гипертензии у подростков и на возможности реабилитации.

Обследовано 36 подростков (14 девушек и 22 юноши). Артериальная гипертензия первичная выявлена у 13 чел. (36,11 %), у 23 чел. (63,89 %) установлен диагноз Синдром вегетососудистой дистонии (ВСД) по гипертоническому типу. Для изучения соматического статуса использованы следующие методы: сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, функциональные пробы, лабораторные, РЭГ, ЭХО-ЭС, ЭЭГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗДГ сосудов головы и шеи, УЗИ щитовидной железы

и почек. Подростки проконсультированы неврологом, кардиоревматологом, психологом. Психодиагностические методы: детский опросник неврозов (ДОН), тест-опросник Г. Айзенка (EPS).

В анамнезе у 15 чел. (41,7 %) имеются состояния, способствующие повышению артериального давления (АД): 3 чел. (8,3 %) имеют патологию почек, у 4 чел. (17,1 %) — гиперплазия щитовидной железы с диффузными изменениями, наследственный фактор — 8 чел. (22,2 %). Работают с персональным компьютером более 2 часов в день 32 чел. (88,9 %). Среди обследуемых: употребление никотина — 23 чел. (63,9 %); употребление алкоголя — 25 чел. (69,4 %). Отмечается низкая физическая активность подростков у 15 чел. (41,7 %); нарушение режима сна — 23 чел. (63,9 %); астенические реакции — 31 чел. (86,8 %); нарушение сна — 28 чел. (77,7 %); лабильность ЦНС — 24 чел. (66,7 %); тревожность — 19 чел. (52,8 %); состояние депрессии — 5 чел. (13,9 %).

Программа реабилитации включала немедикаментозную, медикаментозную и физиотерапию. Для коррекции расстройств эмоционально-волевой сферы у подростков с гипертензией применялись методы семейной и групповой психотерапии.

При заключительной психодиагностике у подростков, посещавших психокоррекционные занятия — 22 чел. (61,1 %), определяются следующие показатели: астенические реакции — 11 чел. (50 %), состояние общей тревожности — 6 чел. (27,2 %), состояние депрессии — 2 чел. (9,09 %), нарушение сна — 2 чел. (9,09 %). Таким образом, отмечается положительная динамика со стороны эмоционально-волевой сферы.

Комплексный подход к терапии (22 случая) был более эффективен при лечении ВСД по гипертоническому типу, и отмечалась положительная динамика у подростков с артериальной гипертензией. Так, снижение АД до 120/80 мм рт. ст. у 19 чел. (86,5 %) наблюдалось в течение первого месяца лечения. У подростков, не получавших комплексное лечение, регресс жалоб и АД был значительно медленнее и составлял 2 мес. Физическая активность благотворно влияет на нормализацию АД у подростков, обеспечивая смену деятельности центральной нервной системы и является одним из методов первичной профилактики.

УДК 616.85-085+615.032.14+615.849.19

О. А. Панченко, Т. Э. Чумак, В. Н. Березовский

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССАМИ РАССТРОЙСТВ

Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) оказывает универсальное адаптогенное действие, влияющее на центральную и региональную гемодинамику, а также — седативное, анксиолитическое и спазмолитическое действие.

Для ВЛОК используют лазерное излучение в красной области спектра (0,63мкм) мощностью 1,5—2мВт. Такие параметры обеспечивает АЛТ «Мулат», производства НПЛЦ «Техника» (Россия).

Лечение проводили в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины». Были отобраны 42 пациента с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F 40 — F 48).

Лечение включало фармакотерапию (антидепрессанты СИОЗС, СИОЗСН; адаптогены; нейрометаболические препараты; ноотропы), психотерапию (рациональная, групповая, телесно-ориентированная, гипносуггестивная, аутогенная тренировка), физиотерапию, ВЛОК.

С первых сеансов лазеротерапии у большинства больных появлялось ощущение активирующего и психостимулирующего эффекта. К 4—6 сеансу нормализовывались сон и аппетит, наблюдалось некоторое оживление моторики, мимики, налаживалась контактность, появлялся интерес к окружающей действительности, желание участвовать в трудовых процессах. К 7—10 сеансу постепенно выравнивалось настроение.

За счет комплексного подхода в терапии все пациенты были выписаны из отделения со стойким улучшением. Применение ВЛОК за 2—3 сеанса позволило нормализовать вегетативные проявления болезни, часто при первом сеансе. За 5—7 сеансов ВЛОК нормализовалось эмоциональное состояние больных. Прием антидепрессивных препаратов продолжался и после выписки из дневного стационара, но нормализовать состояние удавалось за 10—15 дней, что позволило сократить пребывание на больничном листе на 3—5 дней.

Таким образом, лазерное облучение выступает в качестве внешнего фактора, запускающего биостимулирующий эффект через систему неспецифического регулирования и поддержания секреции серотонина, гистамина и других биологически активных веществ, а также гомеостаза на уровне центральной и вегетативной нервной систем в рамках нейродинамической модели патогенеза заболевания, что дает возможность применять этот метод при лечении невротических и связанных со стрессами расстройств.

УДК 616.895.8-08-059

Педак А. А.

Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 2

НЕЙРОПСИХІАТРІЯ: ФІЗІОЛОГІЧНА МІЖКУЛЬОВА ЛАТЕРАЛІЗАЦІЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Присутність у структурі шизофренії нейрокогнітивних розладів як самостійного комплексу, нарівні з негативної й позитивної складовою загального симптомокомплексу, який має кореляційні зв'язки з феноменологічними формами шизофренії, підтверджена результатами багатьох сучасних досліджень в галузі нейропсихіатрії. Згідно з цими дослідженнями, до більш фундаментальних проявів ніж блейлеровські негативні симптоми, які вже концептуалізовані й визначені, прийнято відносити саме таку важливу психопатологічну складову як нейрокогнітивна дисфункція. Відповідні фахівці з цього питання пропонують внести клінічні характеристики нейрокогнітивного дефіциту як додаткові діагностичні критерії шизофренії до нового перегляду американської класифікації DSM-V.

Таким чином, з метою встановлення можливих зв'язків між особливостями структурних компонентів функціональних міжкульових сенсомоторних асиметрій і динамікою клініко-психопатологічних проявів шизофренії, в стаціонарних умовах було проведене вивчення 402 хворих. На основі отриманих результатів клініко-психопатологічних, нейропсихіатрічних і нейрофізіологічних досліджень встановлена присутність закономірних зв'язків між різними профілями функціональних сенсомоторних асиметрій головного мозку з психопатологічними особливостями перебігу, прогредієнтності та варіантами дефіцитарних розладів при шизофренії (Педак А. А., 2002, 2006, 2010). Як терапевтичну методику запропоновано використання засобу фізіологічної латералізації (роздільної стимуляції) правої чи лівої півкулі головного мозку— латеральної трансцеребральної електроаналгезії (ЛАТЭН). Отримані результати дозволили визначити роль «латерально детермінованих патологічних систем порушення» (Крижановський Г. Н., 2002), або «латералізованого стійкого патологічного стану» (Бехтерєва Н. П.,1983) в етіопатогенезі психопатологічних розладів у хворих на шизофренію з лівопівкульним, правопівкульним та змішаними профілями асиметрій. Було також встановлене, що динаміка редукції психопатологічних проявів хворих на шизофренію супроводжувалася характерними нейропсихофізіологічними коливаннями показників у вигляді «гіпофункції» структур субдомінантної півкулі й компенсаторної, що має реципрокний характер, «гіперфункції» домінантної півкулі. Із зазначених позицій виникла можливість пояснення такої характерної ознаки шизофренії як різноманіття та складність її клініко-психопатологічних проявів, що мають зв'язок з певним типом латеральної нейродинамічної конституції людини.

Отримані дані дозволяють віднести відповідні прояви нейрокогнітивного дефіциту до своєрідної «нейропатології» шизофренії, обумовленої специфічним характером міжкульової взаємодії, а порушення в характері міжкульового функціонування мозку — до одного з можливих маркерів відповідної схильності динаміки й етапності перебігу процесу. Висунуте припущення про те, що когнітивний дефіцит при шизофренії може бути обумовлений системними порушеннями у сфері забезпечення регуляторної діяльності міжкульових відносин головного мозку.

Таким чином, подальше комплексне вивчення психопатологічних феноменів з позицій концепції морфофункціональних міжкульових відносин відкриває перспективний напрямок у розробці нейропсихопатологічних моделей психічних розладів, пошуку прогностичних критеріїв перебігу, наслідків хвороби та пошуку предикторів терапевтичної ефективності, впровадження нових, перспективних засобів лікування та реабілітації хворих на шизофренію.

УДК 316.62:616.891-056.3

Пиронкова О. Ф.
«Классический приватный университет» (г. Запорожье)

СОЦИАЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПСИХОИЧЕСКОГО ДИСКУРСА В КОНТЕКСТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УКРАИНЫ

В настоящее время в Украине происходит радикальное реформирование системы здравоохранения в рамках пилотного проекта реформирования системы медицинской помощи населению. Поскольку одной из самых специфических медицинских дисциплин является психиатрия, то наибольшие преобразования отмечаются именно в сфере оказания психиатрической помощи. Следует обратить внимание на тот факт, что реформирование системы здравоохранения в Украине происходит на фоне возвращения многоукладного общества, происходящего вследствие социальных трансформаций XX—XXI вв., формирующих социальный порядок, приводящий к изменениям общественных воззрений, в том числе в сфере психоического. Вышеуказанные преобразования коррелируют с содержанием существующего психоического дискурса, что, в случае проведения каких-либо реформ в области психиатрии и сопряженных психодисциплин без учета модификации дискурса, понимания и осознания процессов, происходящих в рамках психоического дискурса, способно привести к ряду необратимых негативных последствий. Однако на сегодняшний день не сформировано понимание изменений психоического дискурса, не изучены происходящие в нем процессы, точно так же, как не проведено изучение и анализ психоического дискурса как такового.

В связи с чем целью работы стало — раскрыть социальные основания психоического дискурса в условиях современного украинского общества, и тем самым разрешить противоречия между возникшей концептуальной неопределенностью относительно понимания процессов формирования психоического дискурса и уровнем состояния социального знания.

Эмпирическую базу исследования составили нормативно-правовая база относительно психиатрической помощи в Украине; данные контент-анализа материалов по рассматриваемой проблеме; анкетный опрос населения городов Киева, Запорожья, Харькова — 1000 респондентов, психически больных — 500 респондентов, врачей-психиатров — 100 респондентов; экспертный опрос (в качестве экспертов выступили главные врачи больниц, представители общественных организаций, ученые и преподаватели — 100 респондентов), а также глубинные интервью с врачами-психиатрами, врачами общей практики, врачами-неврологами, психотерапевтами, медицинскими психологами, психически больными, членами семей психически больных.

В результате проведенной работы установлена трансформация психоического дискурса от традиционного — периода «модерна» — к «постмодерну»; выделены основные черты трансформации — «постмодернизации» — психоического дискурса. Выявлено и выведено на новый уровень обобщение противоречий между современными социальными процессами формирования психоического дискурса в украинском обществе и практиками концептуализации этих процессов в сфере гуманитарного познания (философского/социологического/психологического).

В рамках трансформации структуры психоического дискурса отмечены его полифокальность; мультимодальность; мультипликация вторичных дискурсов психоического и псевдопсихоического толка, которые в комплексе обусловлены видоизменением тематической направленности психоического дискурса, что находит отражение в его «социализации»; расширение и трансформация тематики и проблематики; расширение и смена компетиционной принадлежности; приближение модуса психофармакотерапии к фармакопсихотерапии и даже фармакосоциотерапии (к способам и протоколам не только обычных общетерапевтических, но и маркетинговых социально-фармакологических воздействий); иные принципы конституирования нормы и патологии, выведение этих процессов из сферы компетенции медицины в пространство социальной рефлексии с приданием права голоса самому адресату психоического дискурса; возрастание степени конвенциональности диагностики в сочетании с неопозитивистскими требованиями «доказательности»; дискурсивная гетерогенность и дискурсивные диссонансы, возведённые в ранг актуальной стилистики: сциентистски-позитивистские требования объективности сменяются признанием ценности своеобразных культурально-гностических стратегий шизоаналитического толка.

Проведенное исследование позволило осуществить анализ и оценку психоического дискурса посредством компетиционно-сентенционного анализа, что делает возможным решение проблемы его бесконтрольного и негативного преобразования с оказанием пагубного влияния на систему здравоохранения (сферу оказания психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи), в особенности в период ее реформирования. Полученные данные подтверждают возможность создания схем и методов предупреждения и влияния на психоический дискурс с целью достижения оптимального его состояния для поддержания психического здоровья нации, улучшения качества психиатрической помощи, реабилитации и социальной адаптации психически больных.

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

О. В. Піонтковська
КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1» (м. Харків)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У СФЕРІ ДИТЯЧОЇ ОНКОЛОГІЇ: СИСТЕМНІСТЬ, КОМПЛЕКСНІСТЬ ТА БАГАТОРІВНЕВІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ

В Україні рівень дитячої онкологічної захворюваності становить 10—11 випадків захворювання на 100 тис. дитячого населення, на обліку в онкологічних установах перебуває близько 5,5 тис. дітей. Найбільш частими злоякісними новоутвореннями (ЗН) у дітей є лейкози, пухлини головного мозку, лімфоми, частими — ЗН нирок, кісток та суглобових хрящів. Біля 80 % дітей з онкологічним захворюваннями отримують спеціальне лікування, однак кожна 4-та хвора дитина помирає протягом першого року після встановлення діагнозу, і лише 30 % пацієнтів дитячого віку зі ЗН живуть 5 і більше років. Смертність від ЗН серед дітей посідає п'яте місце у структурі дитячої смертності в Україні, поступаючись нещасним випадкам, перинатальній смертності, вродженим аномаліям, хворобам нервової системи.

Дитяча захворюваність, в тому числі й онкологічна, є не лише актуальною медичною, але і психосоціальною проблемою. Збереження, зміцнення та підтримання фізичного та психічного здоров'я дитини — це вклад у майбутнє держави. Щодо онкологічної хвороби — варто пам'ятати той характер змін, а саме, складність діагностики та лікування, тяжкість перебігу — фізичні та психічні страждання, несприятливий прогноз, який вона приносить у життя особистості та її близького оточення — від родини до медичних працівників, психологів, волонтерів, які надають допомогу в даній сфері. Отже, встановлення онкологічного захворювання у дитини постає не тільки в медичному, але і психологічному та психосоціальному аспектах.

Онкологічна хвороба у дитини для родини стає кризовою подією, яка дестабілізує навіть ресурсні та благополучні у психологічному аспекті сім'ї, впливає не лише на психоемоційний стан кожного з членів родини (самої хворої дитини, її батьків, сестер та братів), але і змінює сімейну взаємодію та функціонування в цілому (M. Nolbris, 2007; G. Cordaro, 2012; L. Hancock, 2011). Важливість подібного впливу захворювання зростає у зв'язку з тим, що для дитини сім'я виступає основним джерелом емоційної підтримки, задовольняє потреби у захисті, є середовищем розвитку та формування особистості. Психологічно складними аспектами у дитячій онкогематології залишаються питання прийняття рішення щодо продовження лікування або його припинення (H. Maurice-Stam, 2008; A. K. Hildenbrand, 2011). Власне якість лікування пов'язана не тільки з навиками медичного характеру фахівців, які оточують хвору дитину, але і вміннями надати психосоціальну та психологічну допомогу дитині та членам її сім'ї.

Вивчення сучасної наукової літератури і практичного досвіду надання психологічної та психосоціальної допомоги у сфері дитячої онкології у поєднанні з проблемно-орієнтованим аналізом ситуації в Україні, дозволив визначити пріоритетний напрям досліджень, мету, основні завдання та шляхи їх вирішення в сучасній дитячій психоонкології. Результатом інформаційно-аналітичного вивчення проблеми надання медико-психологічної та психосоціальної допомоги у сфері дитячої онкології в Україні стало розроблення комплексної багаторівневої програми психодіагностичного та клініко-психологічного обстеження онкохворих дітей та їх значимого оточення (членів сім'ї — батьків, сибсів, медичних працівників, психологів, волонтерів) на етапах лікувального процесу з розробленням і подальшим впровадженням у клінічну практику комплексної системи медико-психологічної допомоги (МПД) у сфері дитячої онкології.

Організація та впровадження комплексної багаторівневої системи МПД з урахуванням системи відносин та психологічних потреб усіх учасників лікувального процесу дозволить покращити якість надання допомоги у цієї сфері медичної практики (якість життя і психосоціальну адаптацію дітей і родини, професійну адаптацію осіб, залучених до лікування).

УДК 616.89-008+616.441

Пітик О. М.

ВДНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ВИРАЖЕНІСТЬ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ГІПОТИРЕОЗ

Щитоподібна залоза є унікальним органом серед залоз внутрішньої секреції, при патології якого непсихотичні психічні розлади спостерігаються надзвичайно часто. Тиреоїдна дисфункція, а саме гіпотиреоз, супроводжується численними неврологічними та психіатричними розладами, серед яких найбільш відомими є когнітивне зниження і депресія. Однак важливість оцінки взаємодії між мозком, психікою та щитовидною залозою в клінічній практиці часто недооцінюється, і це справляє безпосередній вплив на планування терапевтичних заходів і ефективність лікування щодо пацієнтів з первинним гіпотиреозом.

Було обстежено 132 хворих на первинний гіпотиреоз. У 108 пацієнтів (81,12 % від загальної кількості досліджених)виявлялись різні форми непсихотичних психічних розладів. Серед психічних порушень переважали астено-депресивні (32,41 %), астенічні (27,78 %), та астено-тривожні розлади (18,52 %). У 23 пацієнтів (12,04 %) виявлено тривожно-депресивний синдром, а у 10 (9,25 %) — іпохондричний синдром.

Оцінку наявності і вираженості психопатологічної симптоматики проводили за допомогою методики SCL-90-R (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики). Оскільки ця методика дає можливість визначити в балах вираженість симптоматики за різними шкалами (соматизація, обсесивність-компульсивність, міжособистісна тривожність, депресія, тривожність, фобії, параноїдальні тенденції, психотизм), а також загальний індекс важкості симптомів (індекс GSI) та індекс наявного симптоматичного дистресу (індекс PSDI), вона була найбільш інформативним інструментом під час оцінки наявності та вираженості непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з тиреоїдною патологією.

Результати дослідження показали, що найвищі бали пацієнти набирали за шкалами соматизації (3,75 ± 0,12), депресивності (3,64 ± 0,13), міжособистісної тривожності (3,45 ± 0,19), фобій (3,25 ± 0,31). Високі показники за шкалою соматизації виявляють порушення тілесної дисфункції різних систем організму — серцево-судинної, шлунково-кишкової, дихальної, а також головний біль, м'язовий дискомфорт, інші неприємні сенсації в різних частинах тіла, що проявляються у відповідних скаргах пацієнтів. Проявами високих показників за шкалою міжособистісної тривожності є самовідчуження, почуття власної неадекватності, неспокою та вираженого дискомфорту в міжособистісних стосунках. Шкала депресивності виявила наявність дисфорії, ангедонії, зниженого афекту, втрату життєвої енергії та інтересу до життя. Достатньо високі показники за шкалою фобій свідчать про наявність у даних пацієнтів стійких реакцій страху на певні ситуації та об'єкти, що є ірраціональними і неадекватними і призводять до уникаючої поведінки. Індекси GSI та PSDI виявились значно вищими в наведеній групі пацієнтів, ніж у гіпотиреоїдних хворих без клінічно значимих психічних розладів (24 хворих із 132).

Отримані результати повинні бути враховані при визначенні лікувальної тактики щодо виявлених порушень як в плані психофармакотерапії, так і при плануванні психокорекційного втручання для корекції основних порушень-мішеней.

УДК 616.895.8-085:006.015.5

Пішель В. Я.*, Полив'яна М. Ю.**, Сотніченко В. В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології** (м. Київ)*

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ РОДИНИ ХВОРОГО НА ШИЗОФРЕНІЮ

В останні роки одним з пріоритетних завдань психіатрії є розробка критеріїв якості медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію. При цьому все більше уваги приділяється взаємозв'язку соматобіологічних та психосоціальних факторів у формуванні та перебігу даного захворювання. Вирішення цих задач неодмінно торкається і сімейного контексту. Встановлення діагнозу «шизофренія» спричиняє негативні процеси в сім'ї хворого: виникає страх, напруження, тривога, почуття невизначеності, порушення міжособистісної комунікації. Сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що призводить до дезадаптації навіть при гармонійних взаємовідносинах. В той же час, родина часто залишається основною структурою, яка підтримує хворого.

Метою дослідження стало вивчення особливостей сімейної взаємодії в родині хворого на шизофренію. За допомогою опитувальника «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3) було обстежено 112 родичів 1—2 ступеня спорідненості, що мають в сім'ях хворого на шизофренію. Методика FACES-3 дозволила оцінити три найважливіші параметри сімейної поведінки — згуртованість, адаптацію та комунікацію. Серед опитаних родичів було 78 жінок (69,6 %) та 34 чоловіки (30,4 %), серед жінок переважали матері — 49 осіб (43,8 %). Середній вік чоловіків склав 57,5 ± 2,5, жінок — 53,3 ± 0,1 роки.

Визначено, що приблизно половина опитаних (59 осіб — 52,7 %) доглядає за хворим більше 6-ти років. У 33 (29,5 %) сім'ях за хворим доглядає тільки одна особа. Участь у догляді за хворим бере два та більше родичів у 79 (70,5 %) опитаних. В 9 сім'ях (8,0 %) є ще одна особа, що потребує догляду внаслідок тяжкого психічного чи соматичного захворювання. Серед опитаних родичів 102 (91,1 %) постійно проживають з пацієнтом, і тільки 10 (8,9 %) мають окреме помешкання.

Виявлено такі показники «згуртованості»: на розрізненому рівні — 46 родин (41,1 %), розділеному — 34 (30,3 %), зв'язаному — 18 (16,1 %), зчепленому — 14 (12,5 %). Щодо показника «адаптація», то найбільша кількість родин (49 — 43,7 %) виявилася на хаотичному рівні функціонування, значно менше (27 — 24,1 %) — на ригідному, 21 (18,8 %) — на структурному, 15 (13,4 %) — на гнучкому рівнях.

Шляхом комбінування 4 рівнів згуртованості та 4 рівнів адаптації встановлено, що більшість з досліджених родин (83 — 74,1 %) мають незбалансовану сімейну систему функціонування, тобто поєднують два межові показника одночасно. У пацієнтів, які належали до таких сімей, істотно подовжувався термін госпіталізації за рахунок ослаблення підтримки з боку родичів ($p < 0,05$).

Серед негативних реакцій дисфункціональної сім'ї хворого на шизофренію переважали тривога, неготовність до зміни характеру взаємодії з пацієнтом та побудови нової системи підтримки, наявність завищених або занижених очікувань від хворого, нетерпимість.

Аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що взаємодія в сім'ях хворих на шизофренію відбувається з формуванням стабільних, стереотипних комунікативних стилів в рамках тієї або іншої сімейної системи. Ці закономірності зумовлюють характер родинної взаємодії, емоційну атмосферу, виникнення та вирішення сімейних проблем. Інтегральна оцінка типу функціонування сім'ї та адаптації до стресу дозволяє прогнозувати подальший перебіг сімейних стосунків, розробляти методи поетапної диференційованої психокорекції та адаптації для пацієнтів та членів їх родин.

УДК 616.89.02 613.86.70+ 159.923

О. В. Погорелко

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О. Ф. Мальцева (м. Полтава)

АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ: НЕОБХІДНІСТЬ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ ЇЇ РОЗВ'ЯЗАННЯ

Актуальність суїцидальної поведінки у всьому світі зростає. Крім того, відбувається істотне збільшення кількості дітей і підлітків до 18 років, які вчинили суїцидальні дії. Між тим, психічне здоров'я дітей визначає здоров'я нації в майбутньому та займає одне з провідних місць у профілактиці психічного здоров'я в усьому світі. У нашій країні з тенденцією до зниження народжуваності, зростання соціальних проблем, загального ослаблення здоров'я населення — ця проблема є однією з пріоритетних.

В останні роки в Україні спостерігається стійка тенденція до збільшення непсихотичної психічної патології в структурі психопатології дитячого та підліткового віку, одним з найтяжчих проявів якої є аутоагресивна поведінка (АП). Матеріали ВООЗ, дані статистики та літератури свідчать про значне підвищення рівня АП в останні десятиліття в усіх розвинених країнах світу, включаючи Україну. Одним з найбільш небезпечних аспектів проблеми зростання АП серед населення різних країн світу є виражена тенденція до збільшення суїцидальних спроб та інших несмертельних, еквівалентних форм саморуйнівної активності. Постійне і суттєве збільшення кількості самогубств стало основою для формування в різних країнах світу національних програм з превенції суїцидальної поведінки як загалом в популяції, так і серед максимально вразливих контингентів населення, зокрема, дітей та підлітків.

До того ж, підліткам властива тенденція до повторних суїцидальних дій: за даними деяких авторів, половина суїцидентів дитячого і підліткового віку здійснювали повторний суїцид. Суїцидальну поведінку розглядають часто як результат

формування і розвитку певного «життєвого сценарію», що закладається ще в ранньому дитинстві. Підлітки із стійкою суїцидальною поведінкою відрізняються певними характерологічними особливостями: серед тих, кому притаманні серійність суїцидальних спроб, частіше відзначається висока психологічна схильність до делінквентності й алкоголізації (або різних девіацій), а також зміни характеру та виразні ознаки соціальної дезадаптації. Традиційно пограничні розлади особистості пов'язують з суїцидальними спробами без летального результату, проте все більш очевидними стають факти, що для цих пацієнтів характерним є і самогубство.

Незважаючи на наявність значної кількості робіт, що вивчають різні аспекти суїцидальної поведінки, на теперішній час в клінічній психіатричній та медико-психологічній практиці відсутні дослідження, які б допомогли розв'язати проблему аутоагресивної поведінки у дітей підліткового віку. Враховуючи вищенаведене, в рамках виконання дисертаційного дослідження нами проводиться робота, метою якої є розроблення комплексної програми психокорекції та психопрофілактики аутоагресивної поведінки у дітей підліткового віку на основі системного біопсихосоціального підходу до визначення її клініко-психопатологічних та патопсихологічних предикторів.

УДК: 616.89-008(470.344)(045)

Подлубный В. Л.
Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)

К ВОПРОСУ СЕМИОТИКИ АДАПТАЦИИ И ДЕЗАДАПТАЦИИ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Широкая распространённость и недостаточная выявляемость психических расстройств донозологического и пограничного уровней среди работников промышленных предприятий в Украине, создаёт соответствующие запросы к диагностической психиатрической практике. Проблема семиотики, структуры, квалификации донозологических форм пограничных состояний имеет несомненный психогигиенический, психопрофилактический, психотерапевтический аспекты.

Необходимость изучения проблемы психического здоровья работников промышленности обусловлена рядом медицинских и социально-экономических факторов, так как эта популяция составляет основную часть трудоспособного населения, состояние их психического здоровья становится необходимым условием развития производства и производительности труда.

Цель исследования — изучить семиотическую структуру, динамику адаптационных и дезадаптационных состояний у работников промышленности. Для решения цели использовали клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический и статистический методы.

В качестве основной методики исследования использовали «Базисную карту для клинико-эпидемиологических исследований», разработанную в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, модифицированную для цели нашего научного исследования. Она включала в себя социально-демографические сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой симптомов и синдромов. Учитывая специфику исследования, базисная карта дополнялась сведениями о различных формах перенесенных вредностей, связанных с особенностями работы на производстве, о стаже по специальности, данными о наличии соматических заболеваний и их динамике. Также использовался глоссарий к «Инструкции о проведении обязательных предварительных и периодических психиатрических осмотров» и созданный на его основе «Опросник». На основании ответов заполнялась «регистрационная карта».

Исследование проводилось на базе Запорожской областной клинической психиатрической больницы в период 2008—2011 гг. В группу обследованных лиц вошли 982 работника промышленных предприятий, проходившие психопрофилактические осмотры. Возраст обследованных был от 20 до 60 лет, из них 656 (66,80 %) мужчин и 326 (34,20 %) женщин.

Проведенные исследования позволили выявить у обследуемых проблемы в состоянии психического здоровья в виде непатологических (20,30 %) и патологических (28,80 %) психических дезадаптационных состояний.

Семиотическая структура непатологических и патологических психодезадаптационных состояний у работников промышленных предприятий представлена в виде астенического (36,39 %), психовегетативного (27,21 %), дистимического (22,97 %) и дисмнестического (13,43 %) вариантов различной степени выраженности.

Клинико-динамическое исследование позволило обнаружить три типа течения состояний психической дезадаптации: регредиентный (24,40 %), перемежающийся (47,50 %) и прогредиентный (28,10 %), что необходимо учитывать при определении прогностических критериев формирования пограничных нервно-психических расстройств на этапе типологического структурирования.

Изучение семиотической структуры психоадаптационных и психодезадаптационных состояний имеет психогигиенический, психопрофилактический, психотерапевтический аспекты и позволяет разработать формы своевременной профилактики состояний психоэмоционального напряжения у работников промышленных предприятиях.

УДК:616.89-008.441.1-008.441.33:613.956:159.96

Пономарев В. И., Пономарева В. В.
Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ С СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИЕЙ, ОТЯГОЩЕННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В настоящее время отмечается увеличение случаев тревожно-фобических расстройств, зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и социальной дезадаптации среди подросткового населения Украины. Среди тревожно-фобических расстройств социальные фобии (СФ) занимают особое место, так как они формируются в кризовые периоды онтогенеза и существенно влияют на полноценную социализацию, социальную активность и социальную адаптацию подростков.

Изучение и сравнение индивидуально-психологических особенностей подростков с СФ (с наличием паттернов употребления ПАВ и без таковых), а также их здоровых сверстников, проводили с помощью Методики многофакторного исследование личности Р. Кэттелла. Факторы методики были ранжированы на три блока: интеллектуальные особенности — факторы B, M, Q1; эмоционально-волевые — факторы C, G, I, Q3, Q4 и коммуникативные свойства и особенности межличностного взаимодействия — факторы A, H, F, E, Q2, N, L.

Сопоставление индивидуально-психологических особенностей подростков с СФ и здоровых испытуемых показало, что средние показатели по факторам «B», «M», «Q1» незначительно отличались у представителей данных групп сравнения, и различие между ними не достигало достаточной степени достоверности ($p > 0,1$). Это свидетельствовало об удовлетворительной степени сформированности интеллектуальной функции и достаточном развитии абстрактных форм мышления у подростков групп сравнения.

По эмоционально-волевым характеристикам подростки с СФ отличались от здоровых испытуемых. У всех подростков с СФ, и особенно у подростков с паттерном употребления ПАВ относительно высокой интенсивности (ОВИ), значительно чаще, чем у испытуемых контрольной группы, отмечались проявления лабильности настроения, раздражительности, утомляемости, чрезмерной озабоченности. Обращает на себя внимание высокие показатели по фактору «O», что указывало на значительный уровень тревожности, неуверенности в себе, угнетенности, ранимости подростков с СФ.

Результаты, полученные нами при проведении сравнительного анализа усредненных профилей обследованных подростков групп и подгрупп сравнения, по третьему блоку факторов показали, что у подростков с СФ достоверно более низкими ($p < 0,01$), чем у представителей контрольной группы выявились показатели по факторам «A», «H», «E», что указывало на более выраженную замкнутость, застенчивость, подозрительность, ригидность, недружелюбие, отчужденность, необщительность и подчиняемость. Наличие сниженных показателей по факторам «A», «H», «E» и «F» при одновременном подъеме по фактору «L» у лиц с СФ в целом, и особенно у подростков с паттерном употребления ПАВ ОВИ, указывало на наличие значительных сложностей при межличностном взаимодействии, в связи с чем интересы подростков с СФ становятся все более обращенными на самих себя, что сопровождается, прежде всего, ростом эгоцентричности, дополнительным свидетельством чего является наличие ненормативно повышенного значения по фактору «Q2».

Проведенный анализ индивидуально-психологических особенностей подростков с СФ по методике Р. Кэттелла показал: 1) наличие субнормативности средних показателей по большинству факторов у подростков с СФ; 2) наличие достоверно более

выраженной субнормативности средних показателей по большинству факторов у подростков с СФ и паттерном употребления ПАВ ОВИ (особенно, по факторам MD, A, C, E, F, H, I, M, Q1, O, L, Q2) по сравнению с другими пациентами с СФ (при $p < 0,01$); 3) наличие выраженных индивидуально-психологических особенностей (преимущественно эмоционально-волевых и коммуникативных) у подростков с СФ и паттерном употребления ПАВ ОВИ, которые существенно затрудняют или делают невозможным их нормативное социальное функционирование (максимально низкие по выборке значения показателей про факторам MD, A, C, E, F, H, I, M, Q1, максимально высокие значения показателей по факторам «O», «L» и «Q2»).

УДК 616.89-008.454-053.6:577.17

Проскурина Т. Ю.
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

КЛИНИЧЕСКАЯ И НЕЙРОГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Проблеме выявления взаимосвязи между клиническими и нейрохимическими механизмами развития депрессии, клинической феноменологией депрессии. Анализу отдельных нейромедиаторных систем в патогенезе депрессии у взрослых посвящены многочисленные работы. Значительный интерес представляет изучение клинической феноменологии и нейрогормональная характеристика депрессии у детей в возрастном аспекте, что определит выбор патогенетической терапии.

В работе с целью углубления изучения патогенетических механизмов формирования депрессии у детей в возрастном аспекте было изучено состояние обмена серотонина, роль гормонов и биогенных аминов, особенности экскреции гормона эпифиза — мелатонина.

Комплексное исследование проводилось в отделении детской психиатрии в период 2007—2011 гг. на базе клиники ГУ «ИОЗДП НАМН Украины». В исследование были включены 125 детей 7—11 лет с депрессией и 111 подростков 12—18 лет Группу контроля составили 30 детей и 100 практически здоровых подростков I—II групп здоровья.

Содержание серотонина в цельной крови определяли флуориметрическим методом В. И. Кулинского. В суточной моче определяли уровень основного метаболита серотонина — 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) колориметрическим методом, мелатонина — методом Друэкса (в модификации Г. В. Зубкова).

Клинические варианты депрессии у детей 7—11 лет включают: соматический (23,0 %), поведенческий (29,6 %), тревожный (15,2 %), астенический (12,0 %), апатический (8,8 %), астено-тревожный (7,2 %), фобический (7,2 %), тревожно-тоскливый (6,4 %) и псевдоневрологический (1,6 %) типы. Кластерный анализ синдромокомплексов депрессии у подростов в возрастном аспекте установил ряд особенностей. Так у подростков 12—14 лет формируется астенический (53,5 %) тревожный (34,9 %), астено-тревожный (11,6 %) синдромы, а у подростков 15—18 лет поведенческий (42,7 %), апатический (23,5 %), астенический (20,6 %) и ипохондрический (13,2 %) варианты. У детей 7 — 11 лет уровень серотонина варьировал как в сторону снижения, так и в сторону его повышения или же сохранялся в пределах возрастной нормы. Следовательно, формирование депрессии у детей обусловлено дисбалансом серотонинергической системы, что, по всей вероятности, обусловлено незрелостью мозговых структур. Что касается мелатонина, то независимо от варианта депрессии у детей его уровень сохраняет преимущественно низкий уровень. Уровень серотонина у больных подростков с депрессией был значительно выше, чем в контрольной группе. Содержание 5-ОИУК в моче больных с депрессией было в пределах возрастной нормы. В тот же время показатели соотношения уровня 5-ОИУК к серотонину, который является критерием оценки обмена серотонина в организме, у мальчиков с депрессией был ниже по сравнению с контролем, что свидетельствует о нарушении обмена этого индоламина. Уровень экскреции мелатонина у подростков с депрессией достоверно снижен (в сравнении с контролем) в среднем на 49 % и составил 33,35 нмоль/сутки. Средний уровень экскреции мелатонина в возрастной группе 15—17 лет составил 29,51 нмоль/сутки. Клиническая и нейрогормональная характеристика депрессии должна учитываться в формировании программ терапевтического вмешательства у больных детей с аффективной патологией.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А., Михановская Н. Г., Мителев Д. А., Матковская Т. Н.
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

К ПРОБЛЕМЕ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В последние годы появилось много методов лечения депрессии и лекарственных средств, среди которых антиконвульсанты занимают одну из лидирующих позиции. В обзоре P. Wiffen et al., опубликованном в сборнике кокрановского сообщества в 2000 г. обобщены результаты многочисленных исследований, доказывающие эффективность при хронической боли шести антиконвульсантов. Механизм их анальгетического действия до конца не изучен.

Целью исследования явилось изучение частоты головной боли напряжения (ГБН) у детей младшего школьного возраста с депрессией и обоснование целесообразности использования в их терапии антиконвульсантов.

Обследованы дети в возрасте 7—11 лет с депрессией (125 человек). Дизайн исследования включал психопатологический, соматоневрологический, психологический, нейрофизиологические методы.

Исследованиями установлено, что депрессия у детей 7—11 лет включает поведенческий, соматический, тревожный, фобический, астенический, псевдоневрологический синдромы. У большинства детей с депрессией зарегистрирована ГБН (74,4 %). Клиническая картина ГБН у детей с депрессией полиморфна, интенсивность головной боли оценивается большинством пациентов в 5—7 баллов (аналоговая шкала боли ВАШ). Неврологический осмотр детей выявил симптомы повышенной рефлекторной возбудимости (симметричное повышение сухожильных рефлексов, расширение рефлексогенных зон), что доказывает психогенный характер заболевания. Установлена положительная корреляционная связь у больных депрессией с ГБН и нейрофизиологическими паттернами ЭЭГ — дисфункция лимбико-ретикулярных структур. У 18,2 % детей с депрессией регистрированы нейроэндокринные сдвиги в виде ожирения с инсулинорезистентностью. У 86,4 % пациентов диагностированы когнитивные нарушения: снижение памяти и внимания по неустойчивому типу, высокий уровень личностной тревожности (тест Люшера), умеренный уровень депрессии (по шкале CDRS-R). Школьная неуспеваемость как результат соматизации депрессии у детей, формирования поведенческих паттернов депрессии устойчивых к терапии диктует необходимость выделения ГБН в качестве предиктора ранней психосоциальной дезадаптации детей 7—11 лет с депрессивными расстройствами. Дети с депрессией и ГБН рефрактерны, как правило, к лечению только антидепрессивными средствами, им необходима комбинированная терапия. Следовательно, достоверно убедительны данные о частоте ГБН у детей с депрессией, а идея использовать антиконвульсанты в их лечении имеет, как клинические, так и нейрофизиологические предпосылки. Терапия депрессий с ГБН у детей включала депакин из расчета 10 мг на кг веса 2 раза в день в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией курсом 4 недели. Гипотимический и анальгетический эффекты депакина были более выражены у детей, пациентов с соматическим, поведенческим и неврологическим вариантами депрессии. Регресс депрессивной симптоматики и алгических проявлений прослежен в 87,6 % случаев, что позволяет рекомендовать включение препарата депакин в комплексное лечение больных детей с депрессией и ГБН.

УДК 616.89-008-053:616.89-008.441.44

Проскуріна Т. Ю., Михайлова Е. А., Матковська Т. М., Мітельов Д. А.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (м. Харків)

РИЗИК СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ: ДІАГНОСТИКА, МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПРОФІЛАКТИКА

Проблема самогубств набуває все більш глобального характеру, а суїциди все частіше стають формою поведінки, до якої схиляється людина в кризовій ситуації. Відомо, що перший пік суїцидів припадає на підлітковий і молодий вік. Кількість самогубств серед осіб у віці 15—24 років за останні 15 років збільшилася в 2 рази і серед причин смертності в багатьох економічно розвинених країнах суїциди стоять на 2—3-му місці. Істотно

змінилася і мотивація суїцидальних вчинків. Суїцидальна поведінка є своєрідним проявом дезадаптивних копінгів поведінки і її можна розглядати як результат формування і розвитку певного «життєвого сценарію», що закладається ще в ранньому дитинстві. Головною проблемою, яка може виникнути в цей віковий період, є поглибленість собою й уникнення міжособових стосунків, що є психологічною основою для виникнення відчуття самотності, екзистенціального вакууму і соціальної ізоляції.

Мета роботи: удосконалення діагностики, прогнозу та профілактики суїцидальної поведінки у дітей та підлітків із депресією.

Комплексне клінічне дослідження проводилося у відділенні дитячої психіатрії у період 2008—2011 рр. на базі клініки ДУ «ІОЗДП НАМН України». Обстежено 125 дітей у віці 7—11 років і 220 підлітків 12—18 років із депресією невротичного ґенезу. Використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психологічний (тест визначення рівня невротичного стану за Б. Д. Менделевічем і К. Н. Яхіним; тест визначення рівня депресії за В. А. Журовим; Колумбійську шкалу оцінки тяжкості суїциду (GSSRS) за K. Posner et al., доповнені спеціально розробленими анкетами для стандартизації результатів клінічного обстеження.

Визначено, що питома вага суїцидальної поведінки у дітей із депресіями складає 15,2 %; у підлітків із депресіями — 11,0 %. У структурі суїцидальної поведінки у дітей 7—11 років частіше реєструвалися суїцидальні спроби, а у підлітків — суїцидальні думки, суїцидальні вислови, демонстративна суїцидальна поведінка. Найбільшу питому вагу суїцидальної поведінки зареєстровано у дівчат-підлітків порівняно з хлопчиками. Істинну суїцидальну поведінку зареєстровано у хворих із девіантним і тривожним синдромокомплексами депресії. Шляхом вимірювання кореляції рангів за допомогою коефіцієнтів Спірмена і встановленням статистичної достовірності за таблицею критичних значень *t*-критерію Стьюдента здійснювали вивчення зв'язку між проявами, що вивчалися. Установлено, що найбільшу діагностичну значущість у формуванні суїцидальної поведінки у підлітків із депресією мали симптоми: гіпотимія, тривога; синдроми — девіантний, тривожний; вік 7—11 та 14—18 років; суїцидальна поведінка у одного з батьків; чинник порушення комунікативної активності з однолітками; низький рівень соціальної адаптації, конфлікти в школі, чинник неповної сім'ї; соціальний стан батьків — безробіття; недостатній рівень соціалізації дитини у школі.

Програма медико-психотерапевтичної інтервенції для дітей з депресією і суїцидальною поведінкою, включала когнітивно-поведінкову терапію, гештальт-експеримент, метод діалогу, роботу з полярностями, психодраматичне програвання ситуації, арт-терапію. Обсяг психотерапевтичних інтервенцій для підлітка зі спробою суїцидальної поведінки включав кризове втручання, поведінкове втручання (навчання батьків навичкам керування), психологічну корекцію в програмі «підліток — проблема», реконструктивну кондуктивну психотерапію, тренінг для зняття комунікативної напруженості, тренінг для формування адаптивних соціальних навичок.

Отримані дані можуть бути використані при формуванні програм первинної і вторинної профілактики суїцидальної поведінки у дітей і підлітків із депресивними невротичними розладами.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

Н. Г. Пшук*, М. В. Маркова**, Є. Я. Пшук*

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,*

*Харківська медична академія післядипломної освіти***

ДИНАМІКА ОЦІНКИ РЕСУРСУ СІМ'Ї, ДЕ ПРОЖИВАЄ ХВОРИЙ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

В останні роки спостерігається значний науковий інтерес до удосконалення програм лікувально-реабілітаційного спрямування для хворих, які страждають на шизофренію. В межах реабілітаційного напрямку акцентується увага на вивченні особливостей функціонування сімей, де є хворий на шизофренію. Одним з чинників, що визначає актуальний функціональний стан сім'ї та впливає на рівень її адаптивності, є ресурс сімейної підтримки психічно хворого.

Мета: визначити ресурс сімейної підтримки хворого на шизофренію та його динаміку в процесі хвороби.

За умови інформованої згоди було обстежено 28 сімей, в яких проживає хворий на шизофренію (всі хворі — особи чоловічої статі). Основними критеріями включення в дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F 20.0); наявність епізодичних проявів психозу з прогредієнтним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї власної або ж батьківської; згода дружини (Д, $n = 13$) або ж референтного родича (РР, $n = 15$) взяти участь у дослідженні. Критеріями виключення були: вік хворих молодше 23 років та старше 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострої продуктивної симптоматики або ж гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями (МКХ-10) у 17 пацієнтів діагностувався епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом, у 11 — безперервний. Середній вік хворих на момент обстеження — 34,1 ± 0,8 років. Тривалість спостереження хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше 1 року, в середньому 2,7 року. З всього загалу обстежених тривалість хвороби у 9 пацієнтів була до 2-х років, у 11 — до 4 років та у 8 — більше чотирьох років. Середній вік маніфестації захворювання — 25,3 ± 2,9 років. 13 пацієнтів мали власну сім'ю, 15 — проживали з батьками.

Оцінку ресурсу сімейної підтримки пацієнта здійснювали за допомогою шкал структурованого інтерв'ю (В. А. Абрамов, І. В. Жигуліна, Т. Л. Ряполова, 2009).

У пацієнтів з загальною тривалістю параноїдної шизофренії до двох років визначався достатній ресурс сімейної підтримки, основою якого було позитивне ставлення членів сім'ї до пацієнта як в емоційному, так і в соціальному плані (12,2 ± 0,7 РР та 11,9 ± 0,2 Д). Внутрішньосімейні стосунки ґрунтувались на позитивно-емпатичній взаємодії. Члени родини з розумінням та повагою відносились до хворого, намагаючись у будь-якій складній ситуації його підтримати, об'єктивно оцінювали життєві позиції пацієнта та його плани на майбутнє, позитивно впливали на формування комплаєнтності.

З подовженням тривалості хвороби знижувалася мотивація членів родини до надання як соціальної, так і економічної підтримки пацієнтові (обмежений сімейний ресурс, відповідно, в балах — 18,1 ± 0,5РР та 19,3 ± 4,6 Д). Домінуючим мотивом у висловлюваннях як дружин, так і референтних родичів був акцент на порушеннях внутрішньосімейних стосунків, що пов'язані з матеріальною скрутою, неспроможністю вести продуктивний спосіб життя, надавати емоційну підтримку пацієнту.

У хворих з тривалістю хвороби від 4 до 6 років виявлено низький ресурс сімейної підтримки, достовірно нижчий з боку дружин пацієнтів — 37,5 ± 1,9 Д та 31,1 ± 2,4 РР балів ($p < 0,01$).

Ресурс сім'ї та психологічний дисбаланс у сімейних стосунках в родинах пацієнтів з шизофренією зменшується зворотно пропорційно збільшенню тривалості хвороби та супроводжується відсутністю адекватної оцінки подальшої долі хворого, який стає як моральним, так і економічним тягарем для сім'ї, що може суттєво впливати на подальший перебіг його хвороби.

УДК 615.456-657.356.647.12

Радіонова С. І., Рачкаускас Г. С.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

СТАН ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ У ХВОРИХ НА ФЕБРИЛЬНУ ШИЗОФРЕНІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РЕАМБЕРИНУ

Фебрильна шизофренія (ФШ) — особлива форма шизофренії, перебіг її завжди важкий, а прогноз захворювання сумнівний або несприятливий. Проте, важливою проблемою в даний час є не тільки лікування нападів ФШ, але також раціональні реабілітаційні заходи після перенесеного фебрильного нападу.

Завданням медичної реабілітації на сьогоднішній день є не тільки відтворення порушених психічних функції, але також відновлення біохімічного та імунологічного гомеостазу, тому ми вважали за доцільне вивчити динаміку показників ліпопероксидації з метою уточнення можливої патогенетичної ролі порушень цих показників в механізмах формування ФШ та можливості їх корекції при застосуванні в комплексі медичної реабілітації сучасного засобу з детоксикуючою та антиоксидантною активністю реамберину.

Нами було обстежено 65 хворих на шизофренію (28 чоловіків та 37 жінок) у віці від 32 до 58 років, які перенесли фебрильний напад шизофренії та були на стадії ранньої ремісії. Всі обстежені були поділені на дві групи: основну (33 пацієнти) і групу порівняння (32 хворих), рандомізовані за віком, статтю та тяжкістю перебігу ФШ. Хворі обох груп отримували лікування основного захворювання загальноприйнятими методами, крім того пацієнти

основної групи додатково отримували реамберин по 400 мл 2 рази на день внутрішньовенно крапельно (800 мл на добу) протягом 1—2 днів, після чого препарат призначали по 400 мл 1 раз на день ще 3—5 днів (всього від 5 до 7 днів поспіль).

Під час вивчення стану системи перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у хворих на шизофренію, які перенесли фебрильний напад, до початку медичної реабілітації були виявлені однотипні зсуви, а саме — підвищення концентрації метаболітів ліпопероксидації — малонового діальдегіду (МДА) і дієнових кон'югатів (ДК). Так, концентрація кінцевого продукту ПОЛ — МДА в основній групі до початку медичної реабілітації була в середньому в 1,8 рази вище за норму ($P < 0,001$), складаючи 6,3±0,18 мкмоль/л, в групі порівняння — в 1,7 рази ($P < 0,001$), дорівнюючи 6,0 ± 0,2 мкмоль/л. Вміст в крові хворих основної групи проміжних продуктів ПОЛ — ДК було підвищене в середньому в 1,7 рази щодо норми ($P < 0,001$), в групі порівняння — в 1,6 рази ($P < 0,001$). Показник ПГЕ (перекисний гемоліз еритроцитів) в основній групі хворих складав 7,1 ± 0,3 %, тобто був підвищений в середньому в 2 рази щодо норми ($P < 0,001$). У групі порівняння рівень ПГЕ до початку медичної реабілітації складав 6,8 ± 0,25 %, тобто був підвищений в 1,9 рази щодо норми ($P < 0,001$). Достовірних відмінностей вивчених показників ПОЛ в основній групі і групі порівняння до початку медичної реабілітації не знайдено ($P > 0,1$), що свідчить про однотипність обстежених груп в біохімічному плані. При повторному обстеженні після завершення курсу медичної реабілітації було встановлено, що майже у всіх хворих з основної групи (які додатково отримували реамберин) концентрація продуктів ПОЛ в сироватці крові — МДА і ДК нормалізувалася, тоді як в групі порівняння їх рівень залишався достовірно вище за норму та аналогічні показники у хворих основної групи, що свідчило про збереження підвищеного рівня ліпопероксидації. Дійсно, концентрація МДА в крові в цей період у хворих групи порівняння була в середньому в 1,66 рази вище за норму ($P < 0,01$) і в 1,6 рази вище, ніж в основній групі, пацієнти якої отримували додатково реамберин ($P < 0,05$). Рівень ДК в крові хворих групи порівняння був в середньому в 1,54 рази вище за норму ($P < 0,01$) і в 1,53 рази вище концентрації ДК в крові хворих основної групи ($P < 0,05$). Показник ПГЕ в основній групі знизився до верхньої межі норми, а у хворих з групи порівняння складав на вказаний момент обстеження 7,6 ± 0,24 %, що в 2,17 рази вище за норму ($P < 0,001$). Таким чином, можна вважати, що у пацієнтів основної групи спостерігалася більш швидка нормалізація клінічних та вивчених біохімічних показників.

Отримані дані свідчать про високу ефективність препарату з детоксикуючою та антиоксидантною активністю реамберину в комплексі медичної реабілітації хворих на шизофренію, які перенесли фебрильний напад, що дає можливість вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним застосування цього препарату в комплексі медичної реабілітації хворих з даним захворюванням.

УДК 616.896-03.005

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АУТИЗМА

В разных странах мира общее количество детей с аутизмом (А) и аутического круга расстройствами (АКР), которые диагностируются клинико-психологическими, экспериментально-психологическими, социально-психологическими и другими методами исследований, колеблется от 26 до 54 и выше на 10 тыс. детского населения.

На основе наших многолетних наблюдений предлагается классификация вариантов (клинических) проявлений А, при которых ведущими являются один или несколько психопатологических (патопсихологических) симптомов (синдромов), их выраженность, нарушения взаимоотношений в микро- и макросреде.

1) ***Гиперактивная форма.*** Выделяются: а) гиперактивность с дефицитом внимания, с повышенной возбудимостью и эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, стереотипными движениями (моторная стереотипия), несформированной интеллектуальной деятельностью, неконтролируемым поведением в микро- и макросреде и др.; б) гиперактивность с относительно умеренной возбудимостью и эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, умственной отсталостью легкой степени и относительно контролируемым поведением в микро- и макросреде и др. 2) ***Отрешенность*** (отстраненность, непривязанность). Больной характеризуется отстраненностью от реальной жизни и, частично, от своего «я», нарушением коммуникативных навыков, нарастанием индифферентности к окружающему, задержкой и отставанием дизонтогенеза с последующим отставанием когнитивных процессов, в т. ч. психомоторного, психоречевого, психосенсорного развития и др. Отрешенность — более глубокая, чем отстраненность и характеризуется более глубоким отчуждением от окружающего. 3) ***Оглушенность*** характеризуется расстройством сознания (непродуктивным). При этом затруднены ориентация на местности, во времени, повышение порога всех внешних (сенсорных) раздражителей, затруднение течения психических процессов и др. 4) ***Апатическая форма*** характеризуется снижением эмоций, безразличием к себе, сверхтормозимостью к окружающему миру, или кратковременной психический активностью при удовлетворении физиологических потребностей, сильной мотивации извне (показ любимой игрушки, пищи) и др. 5) ***Сенситивная форма*** характеризуется повышенной чувствительностью больного к окружающему, к событиям, происходящими с ним, в сочетании с повышенной тревожностью, боязнью новой обстановки, людей, событий, действий, боязнь темноты, одиночества, часто — симбиоз с матерью и др. 6) ***Смешанная форма.*** 7) ***Конституционально (генетически) обусловленная форма*** — в рамках семьи и родственников. 8) ***Аутизм. Нормотоническая форма.*** В клинической практике захватывает психическую деятельность, социальное поведение, аффективную сферу. Она более характерна для детей, прошедших адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия и находящихся в благополучных социально-бытовых условиях. У таких детей более адекватный тип поведения, взгляд, невербальное, частично — вербальное общение, сохранены подражательные способности, формальная социальная, эмоциональная перцепция и др. 9) ***Атипичная форма*** (АА). Согласно литературным данным, протекает как процессуальное аутическое расстройство и составляет около 50 % случаев от общего числа больных АКР.

Подобная классификация позволяет подобрать более адекватные методики для реабилитации детей.

УДК 616.89:340.63

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

НАШ ОПЫТ РАБОТЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕССУАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Процессуально ориентированная психотерапия (ПОП) (от англ.: Process Oriental Psychology, ProcessWork) — целенаправленный комплекс мероприятий (направление, которое объединяет широкий спектр областей и включает в себя психологию, психотерапию, психиатрию, педагогику), направленных на социальную, трудовую, групповую перцепцию и др.

Методы ПОП полиморфны. В зависимости от терапевтической среды, клинических проявлений основного заболевания, используются разные методы психотерапии, психологических, в т. ч. психофизических, влияний. Роль психотерапевта, психолога, врача в целом может изменяться от пассивного наблюдателя к активному проводнику, который играет ведущую роль в осуществлении медицинской и социальной реабилитации больных и их семей. Психотерапевт, не изменяя свою роль психоаналитика, проникает в душу больного, его семейные проблемы (конфликты), может одновременно быть арт-терапевтом, массажистом, преподавателем, воспитателем, танцевальным инструктором, художником, заменять младший медперсонал (санитара, медбрата и др.) и шаг за шагом, прямым и косвенным образом, приближается к устранению межличностных проблем больного, семейства в целом, к их медицинской и социальной реабилитации.

Касаясь вопроса лечения детей с аутизмом (А) и аутической сферы расстройствами (АСР) следует отметить, что А и АСР являются процессуальными заболеваниями, основная тенденция которых выражается в дальнейшем ухудшении состояния больного, в частности, от функциональных — к необратимым органическим изменениям. Каждый этап развития выражается появлением новых симптомов, выраженность которых зависит от этиопатогенеза, давности заболевания, социальной среды и проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий. Каждый синдром (симптом) возникает на определенных этапах заболевания, в определенное время и они связаны друг с другом. Касаясь вопроса гиперактивного поведения, стереотипий, «попугайной речи» и др. у пациентов с А и АСР по нашей теории психоанализа детского и подросткового возраста мы считаем, что это является сознательным на уровне реально происшедших и осознанно

«выдуманных» реактивных прошлых и настоящих переживаний, позитивное решение которых возможно с помощью физиологически допустимых норм, психофизических методов (создаваемых стрессовых ситуаций), которые можно устранить (разрешить с помощью внутриличностного, межличностного, индивидуального, группового и глобального воздействия). В это же время у детей, переживших внутриутробные психотравмирующие ситуации, стереотипии, «попугайную речь», поведенческий и межличностный негативизм связаны с бессознательностью и целым рядом неумышленных (неинтенциальных) вербальных и невербальных раздражителей (сигналов) и их перцепциями (социальными, межличностными, коммуникативными), идеями, убеждениями, при которых пациент не идентифицируется.

В результате терапии происходят изменения на уровне психической реальности пациента. При этом изменяется субъективное в целом и объективно реальное, адекватное восприятие происходящего в окружающей среде, но не сама среда. Изменение восприятия внешней реальности является истинным опосредствованным результатом изменений в собственном (внутреннем) психическом мире. Это способствует изменению субъективного восприятия окружающих людей, событий, отношения к ним. Происходят позитивные поведенческие и личностные изменения, способствующие социальной, индивидуальной, межличностной перцепции.

УДК 616.89:316.6:159.9.07-036.82-053.2/.5

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

ЗНАЧИМОСТЬ ДАННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ МЕДИКО- И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

В последнее десятилетие требования в диагностике тех или иных отклонений в психическом статусе больного широко используются данные клинико-психологических, экспериментально-психологических, социально-психологических исследований. Существующие разнообразные психологические тесты и результаты полученных исследований, их интерпретация часто являются решающими в судьбе ребенка.

Практика показывает, что из-за ошибок при проведении психологического тестирования не всегда можно точно определить IQ — коэффициент интеллекта ребенка. Для получения объективных данных при тестировании на IQ необходима полная адаптация во времени, местности испытуемых больных, в т. ч. детей и их сопровождающих. Эти факторы значительно искажают показатели психологических тестов, хотя в привычных условиях больные, особенно дети, могут не отличаться от сверстников или даже опережать их по некоторым показателям.

Некоторые специалисты, не вникая в суть дела, «штампуют» данные предыдущих специалистов и ставят свои традиционные диагнозы: «умственная отсталость», «задержка психомоторного развития», «алалия», «аутизм», «расстройство поведения» и др.

Данные психологических обследований (IQ) не должны быть окончательным «объектом» в постановке или уточнении диагноза и дальнейшем решении судьбы ребенка, а их результаты должны быть индивидуальными в каждом случае.

Значительным вкладом в педагогическую психологию является используемое Л. С. Выготским (1935) понятие «зона ближайшего развития». Он отмечает, что текущий IQ ребенка мало что говорит о перспективах его дальнейшего обучения и умственного развития. По его мнению «зона ближайшего развития» — область не созревших, но созревающих «процессов». Задача, с которой ребенок в данное время, на данном уровне развития, не может справиться самостоятельно, однако способен решить с помощью взрослого. Это уровень, достигаемый ребенком в ходе совместной деятельности со взрослым.

С целью изучения этих проблем нами был обследован 781 больной в возрасте от 2 до 45 лет, в том числе мужчин 344 (44,04 %) и 437 (55,95 %) женщин. Диагноз «психической неполноценности, умственной отсталости» был установлен 82 (10,49 %) пациентам 26 психиатрами, 26 невропатологами, 3 сурдологами, 3 педиатрами, 18 педагогами-дефектологами и 6 воспитателями. У 70 (85,36 %) из 82 больных при специальном исследовании, проводившемся психиатром и психологом, этот диагноз был снят. Чаще всего диагноз «психической неполноценности» устанавливался детям и подросткам в возрасте от 5 до 15 лет. IQ не только отражает ответы на тесты, но и должен являться основанием для изучения логического, образного, математического, вербального (невербального) мышлений и др.

Меньшее IQ не означает пониженное IQ, а, наоборот, должно дать основание специалистам для поиска «скрытых, резервных возможностей» психических (когнитивных) процессов. С помощью целенаправленных мероприятий можно натренировать и повысить IQ у ребенка.

Осторожное использование такого диагностического понятия как «психическая неполноценность» — важное условие эффективной медико- и психосоциальной реабилитации пациентов и их ближайшего окружения.

УДК 616.851-055.52-036.82:616-052-053.2/.5

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

В системе реабилитации детей главным фактором является работа с семьей, мобилизация ее потенциала в совместной работе с врачами. С этой целью следует начинать с семейного консультирования (СК) и семейной психотерапии (СП).

СК является одним из главных этапов СП, цель которой — ознакомление с семейными взаимоотношениями, проблемами членов (члена) семьи и выявление взаимосвязи болезни ребенка с этими проблемами. Проводят анализ ситуации, аспектов ролевого взаимоотношения-взаимодействия в семье для поиска элементов лечебного воздействия (ресурса) для дальнейшего проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

При этом проводится: а) первичный прием, устанавливается контакт с больными и членами семьи; б) ознакомление и сбор информации; в) выясняются терапевтический настрой и потенциал когнитивных, коммуникативных процессов больного и членов семьи; г) их вера в лечение и психофизические возможности, выполнение врачебных требований в совместной работе с больными детьми; д) обсуждение психотерапевтических, в целом лечебно-реабилитационных мероприятий, для каждого конкретного пациента.

Поведение родителей, членов семьи, близких, их отношение к больному ребенку оказывают значительное влияние на лечебно-реабилитационный процесс. При планировании и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо учитывать нарушения внутрисемейных отношений (конфликты, разводы), суицидальное поведение и др. неблагоприятные внутрисемейные обстоятельства.

В СП выделяют 4 этапа: 1) диагностический (семейный диагноз); 2) ликвидации семейного конфликта; 3) реконструктивный; 4) поддерживающий.

Психотерапевтические воздействия, часто применяемые в СП: а) преодоление дезадаптации, дезинтеграции в связи с психотравмирующей ситуацией, болезнью ребенка, в конкретных ситуациях между членами семьи; б) преодоление эмоциональной ломки, осознание своей ошибки и критика своего поведения; в) уважение к «противнику» и выявление позитивного в «противнике»; г) преодоление аффективного поведения и выработка «режима молчания»; д) умение слушать противника и других членов семьи; е) проигрывание ролей; ж) конфронтация; з) анализ собственных поведений, в т. ч. и аудиовизуальных записей и др.

В наших ранних исследованиях было выявлено, что после болезни ребенка у 84 % матерей и 18 % отцов появляются различные эмоционально-аффективные непсихотические расстройства. Если не принять меры по их устранению, то в дальнейшем возникает реальная возможность более тяжелого характера психосоматических заболеваний. Эти расстройства имеют и социальное значение, а именно: в 5,2—6,8 % таких семей происходит распад брака, в 11,0 % — наблюдается злоупотребление алкоголем, в 9,8—16,7 % имеет место отказ от ранее запланированного второго ребенка и т. д.

СП является одним из психотерапевтических методов, при котором осуществляется коррекция и устранение негативных межличностных отношений, эмоциональных перенапряжений отдельных членов семьи, оказание психолого-психотерапевтической помощи в устранении невротических и соматоформных (психосоматических) и других расстройств, наиболее выраженных у отдельных членов семьи.

С целью оказания помощи членам семьи, от которых зависит дальнейшая судьба больного, в т. ч. ребенка, в индивидуальном порядке следует подключить других специалистов и другие методы, в т. ч. сочетание СП с фармакотерапией.

УДК: 616.895.8

Римша С. В., Теклюк С. В., Лук'янович І. Л.
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРШОГО ЕТАПУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Шизофренія на сьогодні продовжує залишатися одним з найбільш поширених і важких психічних захворювань. Незважаючи на значні успіхи психофармакотерапії в купіруванні гострої психотичної симптоматики при шизофренії, і навіть пом'якшенні дефіцитарних симптомів, залишається проблематичним досягнення стійкої і тривалої ремісії з відновленням повноцінного соціального функціонування переважної більшості таких хворих. Особливо гострою залишається проблема у зв'язку з високою частотою інвалідизації хворих на шизофренію. У зв'язку із зазначеним, психосоціальна реабілітація хворих на шизофренію є однією з найбільш актуальних проблем сучасної психіатрії. Зі спектра методів психосоціальної реабілітації найбільш поширеними є індивідуальна та групова психотерапія, соціотерапія, трудотерапія в умовах лікувально-трудових майстерень, стимуляція соціальної активності, розвиток навичок повсякденного життя, культтерапія та ін.

Відповідно до сучасних поглядів, психосоціальна реабілітація хворих на шизофренію повинна здійснюватися в два етапи: на госпітальному та постгоспітальному (амбулаторному). Очевидно, що на кожному етапі підходи до психосоціальної реабілітації повинні мати свої особливості і базуватися на принципах послідовності.

З метою підвищення ефективності психологічної складової реабілітаційного процесу, з нашої точки зору, є надзвичайно важливим орієнтація терапевтичних зусиль на активізацію і розвиток збереженого психічного потенціалу хворих за умов перенесеного психозу. Для досягнення зазначених терапевтичних цілей повинні бути відповідно розширені і психодіагностичні задачі. Зокрема, особливої ваги набуває визначення особистісних характеристик пацієнтів та ресурсних можливостей їх емоційної та когнітивної сфер. Для об'єктивізації вивчення зазначених характеристик необхідне використання низки експериментально-психологічних та проективних методик, які не вимагають збереженого критичного ставлення хворого до свого стану.

Для вирішення завдань підвищення ефективності психосоціальної реабілітації зазначеного контингенту хворих нами було проведено низку досліджень щодо використання індивідуальної та групової психотерапії як базових методів психологічної реабілітації пацієнтів, хворих на шизофренію, що перебували на лікуванні в закритих психіатричних відділеннях ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка.

За результатами дослідження було визначено оптимальний набір психодіагностичних методик, реалістичні для досягнення психотерапевтичні цілі та підібрані оптимальні форми і методи психотерапії на першому етапі психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.

Результати досліджень показують, що застосовувати психотерапевтичну допомогу доцільно з перших днів надходження пацієнта на лікування. Необхідною умовою є можливість вербального контакту з хворим. Як показав практичний досвід, найбільш адекватними в цей період є методи індивідуальної психотерапії, орієнтовані, в першу чергу, на зниження емоційного напруження пацієнта, корекцію поведінки хворого у відділенні, підвищення рівня конформності пацієнта щодо умов перебування в психіатричній лікарні, комплайєнсу до лікування психотропними препаратами незважаючи на їхні побічні дії. У міру редукції психотичної симптоматики доцільно розширювати арсенал психотерапевтичних інтервенцій і методів.

Узагальнення результатів проведеного дослідження дозволяє зробити висновок про доцільність застосування визначених методів та форм психотерапії пацієнтів, хворих на шизофренію, з перших годин їх надходження у лікарню.

УДК 616.89-851-006-039

Риткіс І. С.*, Табачніков С. І.*, Васильєва Г. Ю.**
УНДІ соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ), Донецький національний медичний університет ім. М. Горького (м. Донецьк)***

ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ НА ПОЧАТКОВОМУ ЕТАПІ ФОРМУВАННЯ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ

Напружений темп життя та навчання студентів в умовах сучасних інноваційних систем, які обумовлені реформуванням вищої школи України, пред'являє підвищені вимоги до компенсаторних механізмів психіки молоді, зрив яких призводить до виникнення стресу, психологічних та соціальних конфліктів і, що сьогодні особливо актуально, вживання психоактивних речовин, а саме тютюну. Ситуація з поширенням паління серед студентської молоді є катастрофічною — палять більшість молодих людей до 25 років і більше 500 000 чоловік щорічно долучаються до паління.

Серед основних стресогенних факторів студенти відзначили значні академічні вимоги, пов'язані з переходом на нову кредитно-модульну систему викладання у ВНЗ (82,8 ± 0,9 %) — пристосування до нових форм викладання, контролю і засвоєння знань, складності при роботі з великим обсягом інформації для самостійного вивчення, брак часу і сну; самостійне життя в новій обстановці (66,7 ± 1,2 %) та пов'язані з нею фінансові обмеження та/або проблеми (58,9 ± 1,3 %); для старшокурсників (27,8 ± 1,2 %) особливо актуальною виявилася підготовка до життя після закінчення навчання та адаптація до майбутньої професії (засвоєння професійних знань, умінь і навичок, властивостей). Ці фактори часто негативно впливають на успішність, фізичне і психологічне самопочуття студентів, роблячи їх більш сприйнятливими до емоційних розладів і провокуючи тютюнопаління. Так, встановлено, що серед студентів Донецького національного медичного університету ім. М. Горького позитивно відповіли на питання про паління 59,3 ± 1,2 %, Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова — 56,0 ± 1,6 % студентів, при цьому у 51,4 ± 1,3 % з них виявлено звичку до паління, а у 48,6 ± 1,3 % — ініціальний етап формування тютюнової залежності. При цьому ознаки емоційних розладів були виявлені у 60,5 ± 1,3 % студентів, які палять. Так, різного ступеня виразності тривожна симптоматика виявлена у 54,8 ± 1,7 % курців-студентів медичних та 54,6 ± 2,1 % студентів педагогічних спеціальностей. Слід зазначити, що тривога була статистично значимо пов'язана з такими типами курильної поведінки у студентів як «зняття тривожності» ($r = 0{,}332$ при $p = 0{,}013$) та «розслаблення» ($r = 0{,}332$ при $p = 0{,}013$). Депресивна симптоматика, яку виявлено у 38,4 ± 1,6 % майбутніх медиків та 38,2 ± 2,0 % майбутніх педагогів, була достовірно пов'язана з типами курильної поведінки «стимулювання активності» ($r = 0{,}332$ при $p = 0{,}013$) та «психологічна залежність» ($r = 0{,}332$ при $p = 0{,}013$). Крім того, інтенсивність тривожних та депресивних розладів у студентів достовірно значимо корелювала зі ступенем важкості нікотинової залежності курців ($r = 0{,}332$ при $p = 0{,}013$). Серед проявів емоційних порушень найбільш часто студенти страждали від смутку, незадоволеності, дратівливості, плаксивості і замкнутості, періодично виникаючих тривожних побоювань щодо можливих невдач в навчанні, інтерперсональних взаєминах з однолітками протилежної статі, відчуття напруженості, скутості, особливо під час отримання заліків (або здачі модульного контролю), неможливості як сконцентруватися, так і розслабитися, наявності нав'язливих думок, які посилювалися у вечірній і нічний час, що в свою чергу перешкоджало засипанню.

Таким чином, вживання тютюну для більшості студентів як медичних, так і педагогічних спеціальностей, є одним із засобів саморегуляції, який допомагає впоратися з негативними емоціями, причому сам процес паління перетворюється на форму захисту від особистих неприємностей і переживань, з одного боку, і засобом підтримки тонусу і працездатності, з іншого. Отримані дані є підставою для включення методик корекції емоційної сфери в комплексні програми лікування нікотинової залежності.

УДК 615.3-05.19002.47-037

Риткіс І. С.*, Табачніков С. І.*, Васильєва Г. Ю.**
УНДІ соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ), Донецький національний медичний університет ім. М. Горького (м. Донецьк)***

ПРОГНОЗУВАННЯ ЙМОВІРНОСТІ ВІДМОВИ ВІД ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні до паління щорічно долучаються понад 500 тис. молодих людей, а відмова від паління досить проблематична в силу адиктивних властивостей нікотину. Метою нашої роботи стало виявлення чинників, що асоціюються з високою ймовірністю відмови від паління у студентської молоді.

Генеральну сукупність склали 1449 студентів Донецького національного медичного університету ім. М. Горького та Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова, які позитивно відповіли на запитання про паління. Для визначення факторних ознак, пов'язаних з ймовірністю відмови від

паління та оцінки напряму і сили впливу цих факторних ознак був використаний метод побудови багатофакторних математичних моделей. Оцінюючи прогностичні характеристики математичних моделей за допомогою порівняльного аналізу ROC-кривих, найбільш чутливою (77,8 %; 95 % ДІ 72,8—82,4 %) і специфічною (79,3 %; 95 % ДІ 75,2—83,1 %) виявилася 8-факторна нелінійна нейромережева модель типу багатошаровий персептрон MLP з сигмоїдальною функцією активації нейронів прихованого шару.

Так, у відповідності до означеної моделі, ймовірність успішної відмови від паління вище, якщо палить дівчина ($p = 0{,}004$) ОШ = 2,5 (95 % ДІ 1,7—3,7). Крім того, підвищується успішність відмови від цієї звички, якщо споживач тютюнової продукції перебуває в стабільних відносинах або має власну сім'ю (офіційний чи цивільний шлюб) ($p = 0{,}006$, ОШ = 9,3 при 95 % ДІ 1,9-45,7) зі спокійними та доброзичливими ($p = 0{,}003$, ОШ = 4,4 при 95 % ДІ 1,6—12,0) або епізодично конфліктними (ОШ = 2,3 при 95 % ДІ 1,4—4,0) порівняно з постійно конфліктними внутрішньосімейними взаємовідносинами. Також виявлено підвищення ймовірності відмови від згубної звички в осіб, хто долучився до паління в більш старшому віці (після 18 років) ($p < 0{,}001$), ніж у тих, хто почав палити до 15—17-річного віку, ОШ = 2,5 (95 % ДІ 1,7—3,5). Крім того, виявлено позитивний вплив на успішність відмови від паління переконаності курця в негативному для здоров'я впливі нікотину ($p < 0{,}001$, ОШ = 9,7 при 95 % ДІ 5,2—18,0). Сувора заборона на паління у родині ($p = 0{,}016$) більшою мірою сприяє споживачеві нікотину покласти край палінню ОШ = 1,8 (95 % ДІ 1,1—3,0), в порівнянні з тими особами, в сім'ях яких толерантно ставляться до факту паління і паління вдома зазвичай дозволено. Також встановлено, що якщо споживачі сигарет регулярно піддаються ще й пасивному палінню, то ймовірність успішної відмови знижується ($p = 0{,}003$), ОШ = 8,6 (95 % ДІ 4,2—15,0). Ймовірність покласти край палінню вище ($p < 0{,}001$) у осіб з дуже слабким (ОШ = 0,67 при 95 % ДІ 0,60—0,75) і слабким (ОШ = 2,0 при 95 % ДІ 1,0—3,8) ступенем тютюнової залежності за тестом Фагерстрома.

Таким чином, виявлений суттєво нелінійний зв'язок ймовірності успішного відмови від паління з гендерними особливостями осіб, які палять, наявністю власної сім'ї з гармонійними внутрішньосімейними взаєминами, більш пізнім віком початку прилучення до паління, переконаністю в негативному впливі нікотину на здоров'я, відсутністю схильності до пасивного паління і дуже слабка або слабка виразність нікотинової залежності.

Слід зазначити, що перелічені вище фактори визначають успішність спроби покласти край палінню тільки в сукупності, а сила впливу окремого фактора залежить від унікального їх поєднання в кожному конкретному клінічному випадку, що дозволяє максимально індивідуалізувати прогноз, визначити напрямки, методи та «мішені» корекційної роботи та психологічної допомоги в програмі відмови від паління.

УДК 575.16+612.017:616.89

Розанов В. А.

Інститут інноваційного і післядипломного образования Одесского национального университета имени И. И. Мечникова

СТРЕСС, ЭПИГЕНЕТИКА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Накапливающиеся данные эпидемиологических наблюдений и специальных исследований свидетельствуют о том, что эпигенетические трансформации (метилирование ДНК по цитозину, ковалентные модификации белков хроматина и регуляторные эффекты микро-РНК) имеют отношение к позднему возникновению наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, раку и преждевременному старению. Представления об эпигеноме как о динамическом интерфейсе между относительно стабильным геномом и сверхдинамичной окружающей средой могут помочь понять феномен роста пограничных психических расстройств и субклинических проявлений психопатологии, столь распространенных в современном мире (тревога, агрессия, депрессия, гиперактивность, асоциальные проявления, аддикции, рисковое и суицидальное поведение).

Роль генов в формировании психического здоровья популяции сводится к нескольким уровням детерминации: носительство генов предрасположенности (уязвимости), внутриутробное эпигенетическое программирование, раннее постнатальное эпигенетическое программирование (травматизация) и инкубирование травмы, а также позднее эпигенетическое стрессовое «подкрепление» в течение жизни. С точки зрения эволюционной психологии, существование некоторых видов психопатологии (агрессивность, импульсивность, конфликтность) и пограничных расстройств в целом может обеспечивать некие селективные преимущества. Чем более стрессогенным и враждебным является окружение, тем больше преимуществ в нем могут иметь лица с пограничными расстройствами личности. Эпигенетические механизмы в этой связке становятся механизмом поддержания нового равновесия. Поведенческие особенности служат целям ковариации генов и среды, т. е. ситуации, в которой генотипы с определенными наклонностями рано или поздно выбирают себе подходящую среду. Таким образом, формируется сложная система прямых и обратных связей от генома к среде, и наоборот. При этом могут иметь значение как непрямые эффекты, в частности генетический риск попадания в ситуации стресса, т. е. активная ковариация (GxE), так и модерирование генетическим риском эффектов стресса (взаимодействие генов и среды). Необходимо также учитывать вероятность корреляции между ранними и более поздними негативными событиями в жизни как следствие общих экологических рисков.

Поведенческая эпигенетика — новая, быстро развивающаяся область знаний и арена для исследований — открывает перспективы объяснения эволюции поведения в изменяющихся условиях существования. Генерализованный стресс современной жизни, будучи психосоциальным по сути, реализуется через вполне определенные биологические механизмы, в которых гормон-рецепторные комплексы осуществляют управление экспрессией генома и участвуют в установлении эпигенетических меток. Эпигенетические модификации, обусловленные контекстными стрессовыми (в том числе социальными) и экологическими сигналами, скорее всего, связаны с феноменом метилирования ДНК и, возможно, трансформациями ядерных белков. Такие модификации, вместе с механизмами их трансгенерационной передачи, наиболее обоснованно претендуют на роль тех относительно «быстрых» механизмов, которые влияют на поведение и психическое здоровье больших контингентов людей, живущих в условиях все возрастающей стрессовой нагрузки.

УДК 159.92+616.89]: 37.06

Розанов В. А., Уханова А. И., Пилягина Г. Я., Рейтарова Т. Е., Солдатова С. А.

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова, Общественная организация «Экологическое здоровье человека» (г. Одесса)

ВЫЯВЛЕНИЕ СКРЫТЫХ АУТОДЕСТРУКТИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ И ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ

ВОЗ в глобальном масштабе оценивает долю детей с теми или иными нарушениями психического здоровья примерно в 20 % от общей численности лиц детского возраста. Во многих странах, в том числе в Украине, отмечается рост суицидов и суицидальных попыток среди младших возрастных групп. В Одессе, в частности, наши многолетние наблюдения выявили за последние 10 лет рост суицидов среди лиц до 18 лет. В связи с этим все более актуальными становятся меры по выявлению скрытых аутодеструктивных тенденций среди подростков и молодых людей и организация превентивных программ на базе учебных заведений.

По согласованию с отделом образования и науки Одесского горсовета и администрацией школ нами проводились опросы подростков в возрасте 15—17 лет с помощью инструмента, основанного на комплексном опроснике проекта SEYLE (Wasserman D. et al., 2010). Указанный опросник был переведен, адаптирован к социокультурным особенностям Украины и в окончательном варианте включал 113 вопросов, охватывающих такие аспекты, как общее благополучие, симптомы депрессии, паттерны зависимого, рискового и самоповреждающего поведения, суицидальные мысли и попытки, эмоциональные и психосоматические проблемы, взаимоотношения с родителями и сверстниками, особенности сна, питания и физической активности, ценности и отношение к здоровому образу жизни, и др. Ученики заполняли анкету анонимно и получали по окончании опроса контактные данные интервьюеров с предложениями об оказании психологической помощи.

По данным опроса 263 подростков 8—10 классов из разных типов школ (районные городские школы, сельские школы, гимназии, школы-интернаты) получены данные, свидетельствующие о значительной распространенности различных проблем психического здоровья. Значительная часть подростков (26 %) отметили, что часто или очень часто ощущают стресс, 60 % отмечают повышенную утомляемость, около 70 % употребляли алкоголь, а 13 % — 2—3 раза в неделю и более. 65 %

респондентов отметили, что они постоянно или несколько раз в неделю чувствуют усталость перед школой, при этом 20 % подростков проводят в интернете более 5 часов в день. Имеется ряд симптомов интернет-зависимости — около 50 % всех подростков отмечают, что находятся он-лайн больше, чем планировали, а 30 % используют интернет, чтобы «убежать от проблем или вернуть себе хорошее настроение». Среди опрошенных 6,3 % сообщили о суицидальных попытках в течение последних 6-ти мес., в то время как думали о попытке 38 % подростков. Обнаружены достоверные корреляции между интенсивностью суицидальных мыслей и такими сферами, как зависимость от интернета, социоэкономические проблемы семей, несуицидальные самоповреждения и психосоматические нарушения.

Выявленные проблемные сферы являются основанием для разработки программ с непосредственной реализацией в школах и других учебных заведениях, направленных на широкую профилактику аутодеструктивных тенденций, зависимостей, проявлений депрессии и на этой основе создающих возможности суицидальной превенции. Основой таких программ служит образовательная стратегия, направленная на профилактику развития патопсихологических и психопатологических нарушений, в частности, различных проявлений аутодеструктивного поведения. Основным методом работы с учащимися являются интерактивные психокоррекционные встречи с элементами ролевой игры, на которых обсуждаются главным образом следующие темы: «Что такое психическое и психологическое здоровье?», «Как справиться со стрессом или кризисом в жизни и отношениях», «Психологические ловушки ухода от реальности: безделье, протест, интернет, пивное общение и т. д.», «Что такое депрессия?», «Что делать, если возникают суицидальные мысли?» и т. д.

В ходе реализации программы подростки осваивают навыки получения эффективной поддержки и помощи в проблемном состоянии. Обсуждаются следующие вопросы: что такое самопомощь, как оказать помощь друг другу, как запросить и получить помощь у ближайшего взрослого окружения, о чем обязательно нужно поговорить со взрослыми и т. д. Важным аспектом информирования будут сведения об особенностях и доступности профессиональной помощи, которую подросток может получить самостоятельно. Эффективность данной программы и включенной в нее образовательной стратегии будет оцениваться нами в ходе дальнейшей работы, путем повторного опроса по истечению 3—4 месяцев.

УДК 616.858-008.6-008.19-008.47:159.96

Д. Ю. Сайко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОРГАНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНО ЛАБИЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Среди нейропсихиатрических заболеваний болезнь Паркинсона (БП) привлекает особое внимание тяжестью своего течения, недостаточностью изученности, затруднениями в эффективной диагностике и несовершенством методов лечения [Левин О. С., 2006; Braak H., 2005]. Наличие коморбидных психических расстройств у больных БП существенно ухудшает качество жизни больных, затрудняет подбор терапии и неблагоприятно влияет на течение БП [Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот с соавт., 2007; С. П. Московко, Г. С. Московко, 2008; Aarsland D., 2001]. Однако диагностика психической патологии при БП крайне осложнена мультифакторностью их патогенеза и клинической схожестью с проявлениями самой БП, что обуславливает актуальность данного исследования.

Целью данного исследования было изучение этиопатогенетических факторов формирования и клинико-психопатологических особенностей протекания органического эмоционально лабильного расстройства (F 06.6) у больных с БП.

Основную группу исследования составили 52 больных БП с органическим эмоционально лабильным расстройством (F 06.6), контрольную — 76 больных БП без психической патологии.

Использовались клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, клиническая беседа), психометрические методы (шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтгомери — Асберга (MADRS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS), шкала дневной активности Шваб и Ингланд) и методы математической статистики.

Согласно данным исследования, органическое эмоционально лабильное расстройство (F 06.6) формировалось преимущественно у мужчин (98,1 %) в возрасте 69,4 ± 2,8 лет, занятых в сфере физического труда (71,2 %) со средним (среднеспециальным) образованием (67,3 %), с длительностью заболевания БП 20,3 ± 1,4 лет (при $p < 0,05$), при акинетико-ригидно-дрожательной форме ($r = 0,6$), медленном типе прогрессирования ($r = 0,8$) на 3—4-й стадии БП ($r = 0,72$). У больных БП с эмоционально лабильным расстройством фиксировалось наличие перинатальной патологии в анамнезе (65,4 %), наследственной отягощенности расстройствами личности (55,8 %) и алкогольной зависимостью (40,4 %), а также преобладание возбудимых преморбидных личностных особенностей (42,3 %).

Клинические проявления БП у больных с расстройством F 06.6, по сравнению с контрольной группой, были более выражены. Так, у больных БП с расстройством F 06.6 отмечалось наличие умеренно выраженной тяжести клиники БП (1,3—2,3 по шкале MDS-UPDRS), умеренных двигательных осложнений (1,5—1,8 по шкале MDS-UPDRS), умеренного когнитивного дефицита (75,0 %) и преобладание 60—50 % дневной двигательной активности (69,2 %), различия с контрольной группой статистически значимы при $p \leq 0,05$.

В качестве основных особенностей клиники органического эмоционально лабильного расстройства F 06.6 у больных БП были выделены: преобладание астенических расстройств органического генеза (92,3 %) в виде постоянного ощущения усталости выраженной степени (2,4 ± 0,3 по шкале по шкале MADRS), эмоциональной лабильности, слабодушия, импульсивности умеренной степени (PANSS) (80,8—59,6 %), быстрой истощаемости психической деятельности, снижения уровня концентрации внимания, ригидности мышления, расстройств памяти, нарушений абстрактного мышления сильной степени (PANSS), ипохондрической мнительности (PANSS), расстройств воли средней степени (92,3—48,1 %); ухудшения коммуникативных функций (76,9 %), социальной отстраненности (53,8 %); расстройств сна (53,8 %) выраженной степени (2,1 ± 0,3 по шкале MADRS), вегетативно-висцеральных кризов (44,2 %), головных болей (36,5 %).

Полученные результаты представляется целесообразным использовать при проведении дифференциальной диагностики психопатологии у больных болезнью Паркинсона.

УДК: 616.895.8-008.15

Самохвалов В. П.*, Самохвалова О. Е.**, Вербенко В. А., Вербенко Г. Н.******

Deutsch-Russische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (г. Прага, Чехия); Department of Psychiatry, Central Military Hospital — Military University Hospital Prague, Czech Republic (г. Прага, Чехия)**; ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)****

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИФАРМАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

По данным National Association of State Mental Health Programm Directors (NASMHPD), описаны следующие варианты полифармации в лечении психических расстройств: полифармация одного класса, полифармация разных классов, адъюктивная полифармация, аугментация, тотальная полифармация (*same-class polypharmacy, multi-class polypharmacy, adjunctive polypharmacy, augmentation, total polypharmacy*). Проблема полифармации заключается в повышенном риске побочных эффектов, усложнении комплайенса, стирании эффекта конкретного препарата, потребности в назначении дополнительных препаратов других химических групп с целью нивелирования побочных эффектов и др. (NASMHPD, 2001).

Целью данного исследования было изучение вариантов антипсихотической терапии среди стационарных больных с острыми приступами шизофрении в Чехии и на Украине. В исследование были включены двести участников из двух сайтов: Lnare психиатрическая клиника, Чешская Республика ($n = 100$) и КРУ «Клиническая психиатрическая больница № 1», Крым, Украина ($n = 100$). Проведена сравнительная оценка позитивных и негативных симптомов (PANSS) при поступлении (острая стадия) и при выписке (этап стабилизации) из больницы в изучаемых группах больных. В результате исследования было выявлено, что частота встречаемости антипсихотической политерапии значительно выше в Чехии (43 %), чем в Украине (29 %). Использование

комбинации традиционных антипсихотических препаратов (ТАП) и атипичных антипсихотических препаратов (ААП) при поступлении в шесть раз чаще встречалось в Чешской Республике (31 %), чем в Украине (5 %, $p < 0,001$). В то же время 24 % украинских стационарных больных получали комбинацию из двух или более ТАП, по сравнению с 12 % чешских стационарных больных ($p < 0,05$) при поступлении, со снижением до 4 % и 9 % соответственно, при выписке ($p < 0,05$). Назначение без прямых показаний антидепрессантов и стабилизаторов настроения гораздо более распространено в Украине (65 % и 54 %, при госпитализации и выписке, соответственно), чем в Чехии (40 % и 29 %, при госпитализации и выписке, соответственно). Монотерапия острого психоза в Чешской Республике (20 %, преимущественно ААП) отмечалась в три раза чаще, чем в Украине (8 %, главным образом ТАП, $t = 4,63$, $p < 0,001$). При стабилизации психического состояния отмечалась тенденция к увеличению монотерапии антипсихотиком: с 20 % до 33 % в Чешской Республике и от 8 % до 18 % в Украине. Выявлено, что в Украине в 3 раза чаще назначают сопутствующую терапию препаратами соматического профиля. Это обусловлено, с одной стороны, тем, что в основном назначаются ТАП, дающие больше осложнений антипсихотической терапии, а с другой стороны — тем, что более качественное соматическое лечение и обследование для психически больных в Украине можно сделать лишь в психиатрической больнице, а соматические заболевания чаще выявляются на более поздних стадиях. В Чешской республике процент стоимости лечения острого психоза от дохода пациента достоверно выше, чем в Украине. И это связано со значительно более частым назначением ААП и их комбинаций.

В результате исследования было выявлено, что, несмотря на большую тяжесть острых психозов, по данным клинической оценки при сравнительных исследованиях, монотерапия психоза и сочетания ТАП и ААП в Чешской республике позволяют значительно быстрее достичь выхода из психоза, однако требуют больших капиталовложений. Преимущественная тотальная полифармация и комбинации ТАП в Украине приводят к большей продолжительности психоза, но требуют меньших капиталовложений. В обеих странах полифармация достаточно логически не обоснована клиническими данными, а лишь предполагает принципы: а) полиморфная клиника требует полифармации, б) удачный опыт терапии предыдущего эпизода следует повторить в текущем эпизоде. Субъективное обоснование полифармации шизофрении отмечается также во многих работах по данной проблеме (Hovstadius B. et al., 2010).

УДК 159.922

Т. В. Селюкова
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Большинство людей после перенесенной травмы или чрезвычайной ситуации справляются с ней и возвращаются к норме. Тем не менее одни индивиды переживают дистресс, у других появляются изменения в поведении, а у некоторых после этого развиваются психические заболевания. Уровень психиатрической заболеваемости зависит от ряда факторов, например от типа чрезвычайной ситуации, степени подверженности ее воздействию, степени тяжести повреждений, значительности угрозы жизни, а также от продолжительности личностной и общественной дезинтеграции. Временами психотравмирующие события и чрезвычайные ситуации могут оказывать и благотворное влияние, выступая в роли интегрирующих событий, способствующих формированию чувства цели и предоставляющих благоприятную возможность накопления опыта позитивного роста. Последствия травмы и чрезвычайной ситуации могут повторно проявиться в связи с новыми переживаниями, которые напоминают человеку о том, что с ним произошло. Они также сказываются и на обществе, которое является средой выздоровления для тех, кто подвергается или подвергался влиянию психотравмирующего события.

Чем больше «доза» травматических стрессоров, тем выше вероятность того, что у индивида или группы индивидов будет высокий уровень психиатрической заболеваемости. К группе самого высокого риска относятся первичные жертвы, их близкие, а также сотрудники служб, оказывающих экстренную помощь и поддержку. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — не единственное и, вероятно, не наиболее распространенное расстройство, связанное с травмой. У людей, подвергшихся воздействию травмы и побывавших в чрезвычайной ситуации, повышен риск возникновения депрессии, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства и усиления злоупотребления психоактивными веществами.

На развитие ПТСР влияет степень разрушения сообщества и рабочего места. Сразу же после возникновения чрезвычайной ситуации индивиды и сообщества реагируют либо адаптивными и эффективными способами или принимают решения, основанные на страхе, результатом которых будут бесполезные формы поведения. Психическое заболевание и психологические функции, включая подпороговый дистресс индивида, зависят от быстрой, эффективной и надежной мобилизации работников МЧС, психологов, медиков. Компетентность в вопросах устойчивости и уязвимости на уровне индивида и сообщества до катастрофы, равно как и понимание психологических и психических реакций на такое событие, позволяет руководителям, психологам, специалистам-медикам обращаться к общественности, содействуя безопасным здоровым формам поведения, поддерживая социальную структуру общества и помогая восстановлению. Чтобы эффективно обеспечивать потребности, необходимо, прежде чем возникнет кризис, понять, что адаптивные возможности каждого индивида и групп в пределах общества неодинаковые. Чрезмерное отождествление себя с жертвами («Это мог быть я»), их страданиями и горем может надолго затянуть реакцию страха. В такой обстановке механизм отождествления с жертвами может обернуться против человека, подобно аутоиммунному расстройству. Неизбежно в каждой чрезвычайной ситуации будут также люди, которые являются «молчаливыми» жертвами и часто остаются в стороне. Таких лиц нужно выявлять и оказывать им надлежащую помощь.

Психологические и психические реакции на психологическую травму и чрезвычайные ситуации имеют прогнозируемую структуру и течение во времени. Известны факторы, влияющие на сопротивляемость и уязвимость в отношении катастрофических событий. Необходима активная разработка новых психокоррекционных программ и эффективных методов лечения посттравматического стрессового расстройства.

УДК 613.86: 613.956: 613-071-037: 613.6

Сергета І. В., Браткова О. Ю., Мостова О. П., Панчук О. Ю., Стоян Н. В., Дунець І. Л.
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕНЬ У СТАНІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ШКІЛЬНОГО ВІКУ І СТУДЕНТІВ

Рання діагностика, адекватна профілактика та своєчасна корекція донозологічних станів в теперішній час є одним з найбільш ефективних способів збереження і зміцнення психічного здоров'я дітей, підлітків і молоді. У цьому контексті слід відзначити, що донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як проміжні між нормою і патологією стани необхідно розглядати, виходячи з трьох провідних позицій: перша визначає донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я або як певні стани здоров'я, що не відповідають критеріям середньостатистичної норми, або як певні субпорогові психічні та поведінкові розлади, що можуть бути виділені як самостійний варіант патологічних проявів (окремі прояви розумової відсталості, синдром дефіциту уваги з гіперреактивністю тощо), друга — характеризує донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як порушення перебігу процесів адаптації (різноманітні порушення перебігу процесів психічної, психофізіологічної і соціально-психологічної адаптації тощо), третя — визначає донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як стан передзахворювання (ранні дисфункціональні прояви психопатологічного (невротичні реакції тощо), неврологічного (розлади мовлення, цефалгічний синдром тощо) та соматовегетативного (астено-вегетативні прояви тощо) характеру.

Метою проведеного дослідження було розроблення та наукове обґрунтування методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів шкільного віку і студентів як адекватного засобу профілактики імовірних психічних відхилень та розладів.

Дослідження проводилось на базі сучасних шкіл та медичного вищого навчального закладу на підставі використання поширених у гігієнічній та психодіагностичній практиці методів і методик. У зв'язку з цим в центрі наукової роботи було вивчення особливостей розвитку провідних психофізіологічних функцій, особливостей особистості, показників перебігу соціально-психологічної, психофізіологічної і психічної адаптації тощо.

Методика скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів шкільного віку і студентів, що розроблена, передбачає визначення низки психодіагностичних показників, а саме ступеня вираження рівня нейротизму, ситуативної, особистісної і шкільної тривожності, емоційного вигоряння, агресивності, астенічного і депресивного станів. Далі відповідно до запропонованої шкали отримані дані оцінюють в балах, за допомогою яких вираховують такі показники: інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану, інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану організованого колективу та інтегральний показник динамічних змін стану психічного здоров'я дівчат і юнаків або колективу. Отримані результати надають можливість віднести обстежену особу або обстежений колектив до груп з мінімальним (до 8,0 балів), низьким (8,1—12,0 балів), помірним (12,1—17,0 балів) або високим (понад 17,1 балів) ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я донозологічного змісту, а також обґрунтувати висновок про характер змін з боку провідних корелят психічного здоров'я в динаміці певного відрізку часу.

Розроблений підхід є надзвичайно простим, зручним у застосуванні та високоінформативним засобом для виявлення несприятливих змін з боку психічного здоров'я як окремої особистості, так і організованого колективу, сприяє ранньому та адекватному проведенню психопрофілактичної та психокорекційної роботи тощо.

УДК: 616.89

В. М. Сінайко, Л. Д. Коровіна
Харківський національний медичний університет

ДО ПРОБЛЕМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Шизофренію можна віднести до тих захворювань, що визначають стан психіатрії як медичної науки, а успіхи у лікуванні цього захворювання певною мірою віддзеркалюють прогрес фармакотерапії та нашу можливість контролювати розвиток психопатологічних симптомів. Застосування сучасних антипсихотиків є важливою складовою лікування хворих на шизофренію. Їхнє використання дозволяє успішно боротися із продуктивними симптомами, запобігти розвитку негативної симптоматики, не спричиняючи при цьому нейролептичних ускладнень. Серед інших чинників, які впливають на стан хворих та визначають якість їхнього життя, слід відзначити розвиток метаболічних порушень, у тому числі абдомінального ожиріння. Розвиток ожиріння у хворих на шизофренію може бути однією з причин відмови хворих від терапії. Особливо це стосується молодих осіб жіночої статі, які приділяють більше уваги своїй зовнішності порівняно із чоловіками. Зрозуміло, що альтернативи цим препаратам на теперішній час немає. Вони демонструють достатню ефективність у лікуванні основних проявів захворювання, дозволяють суттєво покращити якість життя та рівень соціального функціонування хворих. Але слід враховувати розвиток можливих негативних проявів у пацієнтів із шизофренією, що приймають антипсихотичні препарати, своєчасно проводити їх діагностику та враховувати ці чинники під час вибору методів лікування хворого.

Розуміння лікарями-психіатрами проблеми розвитку абдомінального ожиріння та інших проявів метаболічного синдрому у пацієнтів із шизофренією є основою подальшого проведення профілактичних та корекційних заходів щодо цієї категорії хворих.

УДК: 616-038.82/86:053.2/8-818.8-009.11

Сиротюк М. В.
Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий Министерства обороны Украины (г. Евпатория)

ВОЗМОЖНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Термин «*autismus*» был придуман швейцарским психиатром Эйгеном Блейлером в 1910 году при описании симптомов шизофрении. Заболеваемость составляет 1—2 человека на 1000 для аутизма и около 6 человек на 1000 для расстройств аутистического спектра.

В течение последних 4-х лет на лечении в санатории находилось 42 ребенка с синдромом детского аутизма, из них только 12 детям по месту жительства был установлен диагноз синдрома аутизма на основании характерных изменений поведения (28,6 %). Кроме того, направляющие диагнозы были следующими: задержка психоречевого развития — 16 чел. (38,1 %), синдром дефицита внимания с гиперактивностью — 8 чел. (19,0 %), детский церебральный паралич в виде атонически-астатической формы — 6 чел. (14,3 %). По возрасту превалировали дети 7—10 лет — 31 чел. (73,8 %), подростков было 7 чел. (16,7 %), меньше всего было дошкольников — 4 чел. (9,5 %). По половому составу значительно превалировали мальчики — 29 чел. (69,0 %), девочек было 13 (31,0 %).

Ранний анамнез у всех 42 детей был отягощенным; дети наблюдались детским неврологом по поводу последствий перинатальной энцефалопатии в виде задержек психомоторного и психоречевого развития. У 14 детей проявились эпилептические припадки после 3-х лет в виде парциальных очаговых миоклонических подергиваний и ночных пароксизмов (33,3 %), при этом дети получали 2—3 антиэпилептических препарата (в основном депакин, топамакс, кеппра, клоназепам). В дальнейшем у 9-ти из них развилась резистентная эпилепсия (21,4 %).

Синдром аутизма у всех детей характеризовался поведенческими нарушениями, отсутствием реакции на просьбы врача и матери, неустойчивого внимания на различные предметы, отсутствием речевого контакта, бедностью эмоциональных реакций. У больных этой группы отмечались различные варианты аутоагрессий.

План санаторно-курортного лечения составлен в зависимости от выраженности синдрома аутизма, но носил комплексный характер: термоминеральные ванны, сенсорная интеграция, занятия с логопедом, индивидуальная психотерапия с включением музыкотерапии, электросонофорез с раствором пирацетама с учетом выраженности психического беспокойства, иппотерапия.

С началом санаторно-курортного лечения всем детям назначены инъекции витамина B_6 по 1,0 мл внутримышечно ежедневно № 10.

Буквально после первых инъекций препарата родители сразу отмечали уменьшение аутоагрессий у детей. На контрольных осмотрах значительно уменьшилось беспорядочное хождение по кабинету, при беседе врача с матерью дети уже подходили ближе, стояли или сидели на стуле и прислушивались к разговору, некоторые из них заглядывали врачу в глаза.

Все дети инъекции витамина B_6 перенесли спокойно и полностью, при этом динамика поведения проявлялась все больше и, в первую очередь, практически исчезла аутоагрессия. По окончании инъекционного курса витамина B_6 назначена таблетированная его форма в дозе 40 мг/сутки. На фоне этой терапии назначенный план санаторного лечения выполнен полностью, срывов процедур не было, поведение детей на процедурах было спокойным, адекватным.

По окончании курса реабилитации все дети выписаны с рекомендациями продолжать таблетированный курс витамина B_6 в той же дозировке длительно. У отмеченных ранее 9 детей с синдромом аутизма, имеющих резистентную эпилепсию, на фоне приема пиридоксаль фосфата в дозе 40 мг/сутки уменьшилась частота и выраженность эпилептических припадков на фоне продолжающейся антиэпилептической терапии.

Синдром детского аутизма показан для санаторно-курортного курса реабилитации.

План санаторно-курортного лечения должен быть индивидуальным, учитывать принцип постепенного вхождения в лечение и проходить на фоне приема пиридоксаль фосфата в дозе от 40 мг/сутки.

УДК 616.895.8-07

Скринник О. В., Серікова О. С.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ВПЛИВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ НА ПЕРЕБІГ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

Незважаючи на те, що на сьогодні існує багато наукових досліджень, що присвячені взаємозв'язку ендогенних розладів та психогеній, вчені не прийшли до єдиної думки про вплив емоційно важливих психотравмуючих подій на перебіг та особливості клінічної картини шизоафективного розладу (ШАР).

Метою роботи було визначення особливостей клінічних проявів та динаміки розвитку ШАР, що дебютував або загострився після психотравмуючої події.

Нами було проаналізовано 45 історій хвороб пацієнтів, що перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» з 2000 по 2011 рік, з діагнозом шизоафективного розладу за МКХ-10 (F 25). Для аналізу були

відібрані тільки випадки, які розвивалися на тлі різноманітних емоційно вагомих стресових ситуацій. Серед них було 18 чоловіків та 27 жінок (співвідношення 1:1,5). Середній вік хворих на момент госпіталізації складав (29,33 ± 4,72) років.

За анамнестичними даними загострення ШАР у всіх після емоційно значущої для особистості гострої або хронічної психотравмуючої ситуації, яка часто мала нерозв'язний характер (смерть близької людини, розпад сім'ї, конфліктна ситуація на роботі і таке інше). У 55,5 % (25 пацієнтів) психотравма мала гострий характер та впливала одномоментно та короткочасно (автокатастрофа, пожежа, втрата майна, смерть родичів та інше). Зона конфлікту у жінок поширювалася, як правило, на сферу внутрішньосімейних відносин (спостерігалась у 26 жінок та 8 чоловіків — 57,7 % та 17,7 % від загальної кількості пацієнтів відповідно), тоді як у чоловіків психотравмуюча ситуація найчастіше обмежувалася виробничими відносинами (спостерігалась у 10 чоловіків та 5 жінок — 22,2 % та 11,1 % від загальної кількості пацієнтів відповідно). У 15 (33,3 %) хворих мали місце дві або декілька невирішених ситуацій.

В результаті дослідження було виявлено провокуючий вплив стресової ситуації на розвиток ШАР. При цьому велике значення мали тимопатичні коливання настрою. Якщо психотравма збігалася з субдепресивним періодом, то частіше розвивався депресивний тип ШАР (19 пацієнтів — 42,2 %), якщо з періодом підвищення настрою — маніакальний тип (9 пацієнтів — 20,0 %). Якщо стресова ситуація виникала поза тимопатичних коливань, то частіше формувалася депресивна симптоматика (17 випадків — 37,8 %).

Більш ніж у половини хворих психотравмуючі події відображалися у клінічній картині (30 хворих — 66,6 %), тобто мали патопластичний вплив. Депресивні переживання та пов'язані з ними конгруентні маревні розлади повністю відповідали характеру психотравми. Марення самозвинувачення спостерігалося у 86,4 % депресивного типу ШАР та було пов'язане зі стресом. Нерідко реальні події, що були основою маревних розладів, змінювалися, піддавалися хворобливій переробці. Хворі вважали, що все, що з ними трапилося «було сплановано зловмисниками або ворогами». Іноді маячні ідеї супроводжувались галюцинаторними розладами, що були тематично пов'язані з психотравмою (пацієнти чули «голоси» померлих родичів та інше).

При редукції психотичної симптоматики у 84,4 % (38 хворих) відзначалася недостатня критичність до перенесеного психозу, як правило вони розцінювали свою хворобу як адекватний наслідок емоційного стресу.

Таким чином, психотравмуючі ситуації мали провокуючий та патопластичний вплив на розвиток ШАР.

УДК:616.89.-008.1:615.851.

Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

На сьогодні доведено, що значна частина людей, які бажають змінити форму носа з естетичною метою, мають різні психічні порушення. Такі особи схильні до депресії, соціальної ізоляції, розладів адаптації, сімейної дисфункції, часто залишаються незадоволеними результатами вдало проведеної ринопластики та потребують повторного оперативного втручання.

Мета роботи — розробити систему психотерапевтичної корекції психічних порушень в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення косметичної ринопластики, та оцінити її ефективність.

Психотерапія проводилася 99 пацієнтам, які склали дві групи: I — 69 осіб з дефектами зовнішнього носа, які були помітні для оточуючих, відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи; II — 30 осіб, в яких дефекту носа не було, однак вони наполягали на ринопластиці. Ефективність психотерапевтичного лікування оцінювали на синдромальному рівні та за динамікою показників шкал тривожності Спілбергера — Ханіна і депресії Гамільтона (HDRS).

Психокорекційна робота проводилася комплексно, була індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалася на засадах послідовності й етапності, включала індивідуальні та групові заняття в рамках гештальт-підходу тривалістю 60 хвилин: 2 групових та одне індивідуальне на тиждень, близько 3-х місяців.

В результаті проведеної психокорекції в обстежених обох груп регресували невротичні розлади, достовірно знизилися прояви ситуаційної тривожності: у жодного не було виявлено високого її рівня (до терапії він спостерігався у 24 (34,78 %) I та у 3 (10,00 %) осіб II групи). Достовірно знизився і середній показник: у I групі з 40,78 ± 0,83 до 30,05 ± 1,03, $p < 0,05$, у II — з 37,96 ± 1,26 до 32,13 ± 1,23 ($p < 0,05$).

Прояви особистісної тривожності також зменшилися в обстежених обох груп (з 38,36 ± 0,91 до 33,69 ± 0,54, $p < 0,05$ у I групі та з 46,23 ± 1,07 до 43,36 ± 1,03 у II групі). Однак після проведеного лікування у 10 (33,33 %) пацієнтів II групи ще зберігався високий рівень особистісної тривожності, тоді як в усіх обстежених I групи він знизився до помірного ($n = 49$, 71,01 %) або низького ($n = 20$; 28,99 %).

Вираженість депресивної симптоматики також значно зменшилася в обох групах. Якщо до лікування наявність депресивних симптомів діагностували у половини обстежених ($n = 35$; 50,72 %) I групи переважно помірного рівня ($n = 20$, 28,98 %), то після його закінчення — у 25 (36,23 %) осіб, частіше з легкими симптомами депресії ($n = 18$, 26,08 %). Відповідно, й середній бальний показник також знизився з 9,75 ± 0,61 до 6,55 ± 0,72, $p < 0,05$.

Серед обстежених II групи після проведеного лікування у 3 осіб депресивна симптоматика взагалі нівелювалася, а кількість осіб, в яких вдалося знизити рівень депресії до легкого, збільшилася — з 8 (26,67 %) до 10 (33,33 %). При цьому середній показник також достовірно знизився, хоча й залишився на помірному рівні (12,26 ± 1,25 проти 16,06 ± 1,4; $p < 0,05$). Крім того, 14 (20,29 %) осіб I та 24 (80,00 %) II групи відмовилися від ринопластики.

Таким чином, в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення косметичної ринопластики та мали психічні порушення, система психотерапевтичної корекції, розроблена на принципах комплексності та етапності із застосуванням гештальт-підходу, довела високу ефективність.

УДК 616.69-008.1-06:616.89-008.444.2-085.851

Соколова Е. О.
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ПРИ ГІПЕРТЕНЗИВНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ЧОЛОВІКІВ

Гіпертензивна енцефалопатія (ГЕ) в багатьох випадках супроводжується не тільки психічними розладами (ПР), що є загальновизнаним фактом, але й розладами сексуальної функції (СР) та міжособистісних стосунків хворого, що призводить до розвитку порушення здоров'я сім'ї (ПЗС).

Мета: науково обґрунтувати, розробити і впровадити запобіжні заходи щодо дії патогенних факторів порушення здоров'я сім'ї на початкових стадіях гіпертензивної енцефалопатії у чоловіків.

Обстежено 155 подружніх пар (ПП), в яких у чоловіків було діагностовано ГЕ I—II ст. (I 67.4). Першу групу дослідження склали 49 ПП (31,6 %), в яких у чоловіків була ГЕ I ст.; другу групу — 106 ПП (68,4 %), чоловіки в яких страждали на ГЕ II ст. Всі обстежені були у віці від 26 до 55 років. Давність ПЗС складала від декількох місяців до 5 років. Жінки хворих в кожній ПП входили до однієї вікової групи з чоловіками (різниця у віці не перевищувала 5 років).

Всім ПП було проведено комплексне обстеження: соматичний (у тому числі, гінекологічний у жінок та урологічний у чоловіків), неврологічний стан чоловіків і їх дружин; клініко-психопатологічне дослідження; спеціальне сексологічне обстеження; психодіагностичне, клініко-психологічне і соціально-демографічне.

Узагальнення отриманих результатів дало змогу систематизувати таку типологію ПЗС за ГЕ у чоловіків: 1. *Соціально-психологічний тип* ПЗС (39,5 %) виникав з прогресом міжособистісного конфлікту в результаті комунікативної подружньої дезадаптації (ПД). 2. *Сексуально-поведінковий тип* ПЗС (30,7 %) виникав за рахунок дискомплементарності реалізації сексуальності партнерів внаслідок сексуально-еротичної або конституціональної ПД. 3. *Соматогенний тип* ПЗС (29,8 %) розвивався внаслідок захворювання чоловіка на ГЕ, що було обумовлено вторинною ПД, яка виникала через первинну сексуальну дисфункцію за рахунок загальних патологічних судинних процесів, а також через пригнічуючу дію антигіпертензивних препаратів, що спричиняли негативний вплив на сексуальну реалізацію хворих чоловіків.

Розвитку усіх типів ПЗС сприяли негармонійні індивідуально-психологічні та міжособистісні властивості подружжя й, особливо — їх несприятливе сполучення у ПП.

Виявлені причини, механізми розвитку й прояви ПЗС при ГЕ у чоловіків стали основою для розроблення системи психопрофілактичних заходів.

Для запобігання конфліктів необхідно мати знання функцій сім'ї і розуміння патогенної ролі їх порушення у виникненні конфлікту і подружньої дезадаптації. З огляду на це, необхідно проводити з молодими людьми, що збираються одружитися, серію занять на такі теми: 1) правильне функціонування родини; 2) роль порушення виконання функцій родини у виникненні подружніх конфліктів; 3) трансформація конфліктів у деструктивні; 4) гармонійність вирішення конфліктів; 5) особистість і конфлікт; 6) дисгармонійні риси характеру; 7) гармонічна особистість.

З метою попередження деструктивного конфлікту доцільно проводити сімейний психотерапевтичний тренінг, спрямований на вироблення правильних форм і способів вирішення виникаючих у житті сім'ї конфліктних ситуацій.

Правильне загальне і статеве виховання, досить повна інформованість в галузі психогігієни статевого життя, адекватні уявлення про норму і фізіологічні коливання сексуальної функції, правильне спілкування були основними умовами психопрофілактики другого варіанту ПЗС за ГЕ у чоловіків.

Психопрофілактика третього варіанту ПЗС повинна включати всі заходи попередження розвитку афективних розладів при ГЕ. В основі попередження зазначених розладів лежить психопрофілактика психотравмуючих впливів. З огляду на це необхідно прагнути до попередження факторів, що ведуть до астенізації нервової системи.

Не менш важливе значення має виховання в людини вміння протистояти психотравмуючим впливам, адекватно реагувати на стресові ситуації. Основне значення щодо цього мало правильне, гармонічне виховання дитини, у тому числі правильне статеве виховання.

Для профілактики рецидивів ГЕ необхідно змінити ставлення хворого до психотравмуючих подій. Це досягалося за допомогою раціональної, суггестивної психотерапії із застосуванням сучасних її модифікацій й поведінкової психотерапії, а також використанням аутогенного тренування.

Для попередження розвитку СР важлива своєчасна профілактика ГЕ, а саме: 1) лікування судинного захворювання, що спричинило розвиток ГЕ, — артеріальної гіпертензії; 2) вплив на фактори, що погіршують перебіг ГЕ: гіперхолестеринемію, підвищену агрегацію тромбоцитів та в'язкість крові, цукровий діабет, миготливу аритмію (якщо ці захворювання приєднуються), куріння, надмірне вживання алкоголю; 3) поліпшення кровопостачання головного мозку; 4) поліпшення метаболізму нервових клітин, які перебувають в умовах ішемії та гіпоксії. А також своєчасне адекватне лікування гіпертензивної енцефалопатії на початкових стадіях.

УДК 616.45-001/.3-084(1-924.1)(1-924.2/.3)

Соловьева М. А.

«Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины» (г. Киев)

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

В настоящее время в странах ЕС проведен ряд исследований, посвященных вопросам формирования у различных категорий служащих, в том числе сотрудников финансово-кредитных учреждений, стрессовых расстройств, как результата воздействия негативных производственных факторов. В странах Европейского Союза для их предупреждения разработан ряд мероприятий на государственном, отраслевом и внутриорганизационном уровне.

Глобальные направления по борьбе с профессиональным стрессом определены в следующих документах:

- Рамочная Директива 89/391 Европейского Союза (ЕС) 2004 года;
- Рамочная Директива «О связанном с работой стрессе» от 18 июня 2008 года;
- Рамочная Директива о предупреждении притеснений и насилия на работе;
- Лиссабонская стратегия: ЕС — цели экономического роста и конкурентоспособности. Стремление к полной занятости и большей социальной интеграции;
- Основная стратегия ЕС в области здравоохранения и безопасности на рабочем месте (2007—2012);
- Белая книга «Вместе за здоровье» (2008—2013);
- Пакт о психическом здоровье (2009);

В первую очередь они касаются широкого обследования состояния здоровья различных социальных групп населения, улучшения обмена информацией между работниками и руководством, разработки инструментов для измерения уровня стресса, широкого информирования населения о возможных последствиях действия стрессовых факторов на здоровье. Эти документы также включают рекомендации по улучшению национальных законодательств и организационные требования к компаниям по минимизации действия стресса. Кроме этого в странах Евросоюза действует ряд проектов по укреплению психического здоровья работающих. К ним относятся:

- Приоритетные стратегии по охране здоровья и безопасности на рабочем месте (Community Health and Safety at Work Strategy's priorities);
- Компания по поддержанию психического здоровья на рабочих местах (Ment Health Work);
- Проекты по поддержанию и защите психического здоровья (European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) and ProMenPol (Promoting and Protecting Mental Health) project).

В настоящее время профилактика заболеваний, связанных с профессиональным стрессом, проводится на трех этапах:

— первичный: снижение значимости фрустрирующих факторов;

— вторичный: содействие в преодолении текущего стресса, на начальном этапе формирования расстройств;

— третичный: этап социальной реабилитации работников.

Самым важным в перспективе развития назван первый этап профилактики, так как в настоящее время большинство подходов относится ко второму и третьему этапам.

УДК 616.69-008.3-08

Є. Г. Сонник, В. В. Моргун

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКОЛЯЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ ЯК ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї

Передчасна еяколяція є (ПЯ) складною сексологічною проблемою, яка в багатьох випадках стає причиною розвитку порушення здоров'я сім'ї.

Метою дослідження була оцінка ефективності окремих методів лікування ПЯ.

Були обстежені 42 чоловіки у віці від 21 до 44 років (середній вік 29 ± 3,6 років), які звернулися в клініку зі скаргами на ПЯ. Тривалість інтравагінального періоду коїтусу становила від 22 до 78с (в середньому 43 ± 14,4 с). У всіх пацієнтів була виключена органічна патологія (коротка вуздечка статевого члена, запальні захворювання чоловічих статевих органів, неврологічні захворювання).

Згідно з лікувальною тактикою, хворі були поділені на 2 групи. І групу склали 22 пацієнти, яким проводилась поведінкова терапія ПЯ (техніка «сквіз-стоп»). До ІІ групи увійшли 20 пацієнтів, яким для корекції передеяколяторного інтервалу призначали селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну сертралін («Золофт», Pfizer) в дозуванні 50 мг на добу протягом 2 місяців.

Поведінкова терапія була ефективною у 14 (63,6 %) пацієнтів І групи. Тривалість інтравагінального періоду статевого акту збільшилася в середньому на 58 ± 14,2 с (від 78 до 149 с). Необхідно відзначити той факт, що при спостереженні протягом 6 місяців від початку лікування рецидив симптоматики спостерігався у 6 (27,3 %) пацієнтів.

У ІІ групі терапія була ефективною у 18 (90,0 %) пацієнтів (у 1 пацієнта припинення терапії було пов'язано з вираженою нудотою після прийому препарату, у 1 хворого — у зв'язку з неефективністю курсу тривалістю 1 місяць). При цьому тривалість інтравагінального періоду збільшилася в середньому на 88 ± 14,3 с і становила від 108 до 253 с. При контрольному обстеженні через 4 місяці після закінчення прийому препарату виявлено рецидив ПЯ у 5 (25,0 %) пацієнтів.

Лікування ПЯ є складною сексологічної проблемою, що спричиняє розвиток порушення здоров'я сім'ї. Окреме

використання психотерапевтичних методів довело меншу ефективність порівняно з психофармакотерапією. Оптимальною терапевтичною тактикою повинно бути комплексне лікування з поєднанням психофармако- та психотерапевтичних впливів, що буде обумовлювати стійкий позитивний ефект з мінімальною кількістю рецидивів після відміни препарату.

УДК 612.821.1

Сосин И. К., Чуев Ю. Ф., Гончарова Е. Ю., Франчук А. Н., Гонтарь О. С., Сосина Л. И., Друзь О. В., Сквира И. М., Осипов А. А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ПРОБЛЕМЫ АКТИВАЦИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ВНИМАНИЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЦВЕТОВЫХ АНАЛОГОВ СВЕТОФОРА

По данным статистики большинство дорожно-транспортных происшествий (ДТП) происходит на регулируемых светофорами перекрестках, что в значительной степени обусловлено снижением внимания при постоянно меняющейся цветовой триаде светофора, сужением панорамного обзора параметров движения. В связи с этим актуальной проблемой современной психологии, нейрофизиологии и нейропсихиатрии является поиск средств и методов оптимизации таких жизненно важных психофизиологических функций человека как восприятие, внимание, периферическое зрение, оперативная память, которые являются интегральной основой многочисленных функций интеллекта.

Основной сутью разработанного нами нового подхода по активации психофизиологических функций явилось дополнительное включение в известный интеллектуальный тренажер на основе теста Шульте полной цветовой гаммы светофора (цифры от 1 до 25 изображены черным цветом на последовательно меняющемся в ячейках красном, желтом и зеленом фоне). Были исследованы две группы (основная и контрольная) респондентов (водителей автотранспорта) по 25 человек в каждой группе. В основной группе тренинг осуществлялся по новой технологии, базирующейся на применении модифицированной таблицы Шульте, (курс 7—10 дней с кратностью тренировочных упражнений 1—2 раза в день по 25—30 мин). В контрольной группе тренинг проводился традиционными (черно-белыми) таблицами Шульте. Эффективность тренинга в основной группе оказалась в 2,1 раза выше по сравнению с контрольной группой. Так, способность респондентов основной группы к высокой скорости переключения внимания (по усредненной оценке) была достигнута уже после 3-дневного тренинга, в то время как в контрольной группе — к 6-му дню. Значительно быстрее также в основной группе была выработана способность респондентов к панорамному восприятию цветовых аналогов светофора и идентификации порядковых чисел модифицированной таблицы Шульте. Позитивный результат был преимущественным также и по другим квантификационным параметрам внимания и периферического зрения. Способ позволяет путем систематических тренингов научиться в нужное время и в нужной ситуации приводить свой интеллект в активное состояние и мгновенно получить оптимальный результат. Развивается объемное (панорамное) внимание, когда символы, находящиеся в поле зрения, воспринимаются одновременно, существенно увеличивается скорость переключения внимания и его объем — количество объектов, которые человек может хранить в кратковременной памяти. Установлено, что предложенная нами модификация таблиц Шульте улучшает: 1) интенсивность внимания; 2) объем внимания; 3) концентрацию внимания (сосредоточенность); 4) распределение внимания; 5) переключаемость внимания; 6) устойчивость внимания; 7) отвлекаемость внимания; 8) мобилизацию памяти.

Для поддержания полученных позитивных результатов показателей внимания и интеллектуального тонуса в дальнейшем проводят блиц-тренинги (по 5—10 мин ежедневно). Таким образом, разработанный нами способ активации психофизиологических функций внимания и периферического зрительного восприятия позволяет сконцентрироваться на важных информационных аспектах дорожного движения, изолировать посторонние раздражители, контролировать собственную деятельность в своем психическом пространстве. Метод предложен для апробации и внедрения в тестовые экзаменационные модули по подготовке водителей автотранспорта.

УДК 364.444:616.89-008

Спіріна І. Д., Леонов С. Ф., Рокутов С. В., Ніколенко А.Є., Шустерман Т. Й.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (м. Дніпропетровськ)

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ТА СОМАТОПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Лікування психосоматичних розладів в загальносоматичних відділеннях без залучення лікарів-психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів недостатньо ефективне. Одним з ключових організаційних перетворень в умовах реформування системи охорони здоров'я може стати перехід до мультидисциплінарної моделі та бригадного підходу її надання, що особливо актуально при лікуванні психосоматичних і соматопсихічних розладів. Розроблена лікувально-реабілітаційна програма, що ґрунтується на послідовній реалізації таких етапів: переддіагностичного (попередньої діагностики), діагностичного, невідкладної психотерапевтичної допомоги (при необхідності), базової психотерапії, реабілітації та реінтеграції хворого у суспільство, підтримуючого лікування. Перший етап здійснюється сімейним лікарем, подальші — мультидисциплінарною бригадою фахівців, включаючи лікаря-психотерапевта, медичного психолога. Модель, що пропонується, достатньо пластична та універсальна, як у відношенні набору етапів, їх тривалості, так і в кількості залучених спеціалістів.

Таким чином, мультидисциплінарний підхід до формування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів дозволяє підбирати необхідний та достатній вплив на організм з метою максимально можливого усунення симптомів захворювання, відновлення професійного та соціального функціонування пацієнта, а також мінімізації ризику виникнення рецидивів.

УДК 616.89-008.459-085

Статинова Е. А., Селезнева С. В., Максименко О. Л., Мамедалиева С. А.
Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

По данным ВОЗ до 5 % населения земного шара страдают депрессиями, при этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15—20 %. Важнейшей отличительной чертой депрессивных состояний на современном этапе является их выход за пределы психиатрической патологии, неуклонное повышение удельного веса невротических и соматогенных форм по сравнению с классическими депрессиями.

Виды депрессии у больных неврологического профиля весьма многообразны. Возможные проявления депрессии у пациента неврологического профиля: ипохондрические расстройства; кардиалгии; головные боли; вегетативные кризы; панические атаки; липотимические состояния; абдоминальные проявления; инсомнии; астении.

Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов в возрасте от 33 до 62 лет (средний возраст 41 ± 2,5 года) с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне соматоневрологической патологии. Из них женщин — 58 %, мужчин — 42 %. Всем больным проводилось клинико-инструментальное обследование, а также характер и тяжесть неврологических жалоб и объективной неврологической симптоматики оценивали в баллах (от 0 до 4), с подсчетом тяжести субъективных расстройств (ТСР) и тяжести объективных расстройств (ТОР). Выраженность депрессии и тревоги оценивали с помощью психологического тестирования: опросник Тейлора и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). ТСР составила 4,3 ± 0,5 балла и была выше у женщин, чем у мужчин на 25 %. Проведенное психологическое тестирование позволило обнаружить аффективные расстройства тревожно-депрессивного характера.

Больные были рандомизированы на 2 группы. Пациентам 1 группы назначали Триттико (тразодон) — атипичный антидепрессант с преимущественным седативным и анксиолитическим видами действия, первый представитель класса АИОЗС (SARI) — антагонист серотониновых рецепторов/ингибитор обратного захвата серотонина. Режим дозирования: 150 мг/сутки (начальная доза составляла 50 мг/ночь в течение 3 дней, затем 100 мг в течение 4—6 дней и 150 мг на 7 день приема). Больным 2 группы назначали типичные бензодиазепины.

На фоне проводимого лечения на 10—12 день приема препарата у больных 1 группы было отмечено улучшение сна и анксиолитический эффект, а на 20—21 день было отмечено достоверное уменьшение депрессии и интенсивности фобических расстройств, что подтверждалось данными психологического тестирования. Длительность лечения составила 1,5—2 месяца в зависимости от тяжести депрессивных расстройств.

Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что терапия Триттико пациентов с депрессивными расстройствами при различной соматоневрологической патологии дает значительно больший эффект, чем лечение бензодиазепинами; по эффективности лечения Триттико сопоставим с другими антидепрессантами.

УДК 616.89.02 613.86.70

Стрельникова И. Н., Полякова А. В.

Харьковский национальный медицинский университет

СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Эпилепсия является сложным мультимодальным заболеванием, течение которого сопряжено с возникновением и развитием ряда патологических состояний, в частности коморбидности. Депрессия становится одним из наиболее частых коморбидных нарушений у лиц, страдающих эпилепсией.

Нами было обследовано 64 женщины, больных эпилепсией, в возрасте 18—37 лет. У обследованных больных в клинической картине, наряду с проявлением основного заболевания, в 54,7 % случаев зарегистрированы клинически значимые проявления депрессивной симптоматики. В структуре депрессии преобладали тревожные, тоскливые, ипохондрические и адинамические проявления. Тревожные депрессии диагностированы в 43,1 % случаев и характеризовались немотивированным беспокойством, опасениями, страхом, тревогой. Тоскливые депрессии выявлены в 27,3 % случаев, они сопровождались выраженным снижением настроения, раздражительностью с преобладанием тоскливого аффекта. Ипохондрические депрессии отмечались в 20,5 % случаев, в клинической картине преобладали ипохондрически окрашенные фобии, сенестопатии с интракраниальной локализацией. Адинамические депрессии возникали у 9,1 % больных и протекали на фоне снижения активности, у больных возникали трудности в выполнении несложных функций в процессе самообслуживания, эти пациентки много времени проводили в пределах постели.

В процессе работы с данным контингентом больных клинически значимых результатов удалось добиться, используя комплекс рациональной, семейной психотерапии, а также проводя обучение по овладеванию приемами аутогенной тренировки в сочетании с адекватно подобранной фармакотерапией.

УДК: 616.85 + 616.89-008.442

Субаева К. Р., Хаустов М. Н.

Харьковский национальный медицинский университет

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ

Изоляция и одиночество, как область теоретических и клинических исследований, продолжает вызывать большой научный интерес. Одна из форм изоляции — изоляция от общества за совершенное преступление, которая, с одной стороны, используется как карательная мера, а с другой — преследует воспитательные цели.

Нами было проведено комплексное обследование 552 осужденных мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет. Все обследованные были разделены на 3 группы: I-я — 224 осужденных отбывающие наказание в колонии строгого режима; II-я — 162 осужденных — в колонии общего режима; III-я — 166 осужденных — в колонии-поселении.

Как показали результаты исследования, в колонии строгого режима наибольший процент составляют лица, отнесенные к состоянию эмоциональной «психологической нормы» (67,41 %) и, следовательно, наименьший показатель приходится на аффективные расстройства (32,59 %), при этом среди последних отмечается небольшое преобладание расстройств клинического уровня (18,75 %) над субклиническими (13,84 %). В колонии общего режима — наоборот, показатель «психологической нормы» имеет меньшую величину (37,10 %), чем относительная численность аффективных расстройств (62,90 %), из которых 48,39 % приходится на расстройства клинического уровня. В колонии-поселении относительная величина эмоциональной «психологической нормы» оказалась наименьшей — 31,82 %, а показатель аффективных расстройств, следовательно, является наивысшим (68,18 %), но при двукратном преобладании субклинических расстройств (46,97 %) над отчетливо клинически выраженными (21,2 %).

По всей видимости, выделенный в колонии строгого режима наиболее низкий относительный показатель аффективных расстройств, включая клинически завершенные, объясняется тем, что в учреждении данного типа наказание отбывают преимущественно преступники-рецидивисты, которые, несмотря на молодой возраст, имеют повторные судимости. Эти лица оказываются более адаптированными к условиям пенитенциарных учреждений, легко ориентируются в структуре взаимоотношений между заключенными и владеют ранее выработанными соответствующими формами внутриучрежденческого поведения. По существу, речь идет не о приспособлении к новым трудным и стрессогенным условиям жизни, а реадаптации к уже известным и ранее пережитым условиям существования.

Столь большая распространенность аффективной патологии в колонии общего режима отчасти может быть обусловлена тем, что лица, находящиеся в учреждении данного типа, наиболее остро переживают сам факт наказания и изоляции, т. к. в основной массе случаев заключение молодых лиц в колонию общего режима устанавливается судом за впервые совершенные правонарушения, которые не относятся к тяжким. Процесс адаптации к пребыванию в спецучреждении оказывается для них особенно сложным в психологическом плане.

Несмотря на то, что отбывание наказания в условиях колонии-поселении отличается наименее строгими режимными ограничениями и возможностью более широких социальных контактов, у многих обследованных поселенцев выявлены аффективные расстройства. Такая тенденция показателей, на первый взгляд, контрастирует с наиболее мягким режимом содержания заключенных, однако она, по всей видимости, во многом связана с ситуацией приближения окончания сроков заключения и предстоящей проблемой реадаптации в гражданском социуме, что может становиться предпосылкой к возникновению внутриличностных конфликтов и невротизации.

УДК 616.89-008.442

Субаева К. Р.

Харьковский национальный медицинский университет

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ СРЕДИ МОЛОДЫХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ ОБЩИХ И ОБЛЕГЧЕННЫХ УСЛОВИЙ СОДЕРЖАНИЯ

Исправительные колонии (ИК) минимального уровня безопасности (МинУБ) разделяются на два типа — с облегченными условиями содержания (ОблУС) и с общими условиями содержания (ОбщУС). Основанием исполнения и отбывания наказания является приговор суда.

С целью выявления у молодых осужденных (18 — 28 лет) аффективных нарушений адаптации (АНА) обследовано 166 лиц в ИК ОблУС и 162 лица в ИК ОбщУС. В первой выявлено 113 случаев АНА (68,7 %), во второй — 101 случай (62,35 %). По отношению к осевой аффективной симптоматике выделено три психопатологических варианта АНА: тревожный, тревожно-депрессивный и депрессивный. В ИК ОблУС тревожный вариант выявлен у 18,07 % обследованных, в ИК ОблУС — у 24,08 %. Тревожно-депрессивный вариант в ИК ОблУС выявлен в 39,16 % случаев, в ИК ОбщУС — в 38,27 %. Депрессивный вариант обнаружен в ИК ОблУС среди 10,84 % обследованных, в ИК ОблУС — не зафиксирован.

Исходя из степени выраженности аффективных нарушений и наличия или отсутствия вегетативной симптоматики, случаи АНА разделили на два типа: субсиндромальный (АНА-СС) и невротический (АНА-НТ). Первый тип характеризуется меньшей степенью выраженности тревоги и (или) депрессии, меньшей устойчивостью и соответствует критериям F 43.2 по МКБ-10. Второй тип отличается синдромальной оформленностью, относительной устойчивостью психопатологической структуры, постепенным усложнением, сочетается с разнообразными вегетативными включениями и, в целом, соответствует критериям нескольких секций клинической категории F 41.

В ИК ОбщУС случаи АНА-ССТ составили 56,62 %, в ИК ОбщУС — только 14,20 %. Случаи АНА-НТ среди отбывающих наказание в ИК ОблУС выявлены у 11,45 % обследованных, в ИК ОбщУС — у 48,15 % лиц.

Тревожный вариант АНА-ССТ в ИК ОблУС составил 10,84 %, в ИК ОбщУС — 6,17 %. АНА-НТ выявлены в данных ИК в 7,23 % и 17,9 % случаев, соответственно.

Тревожно-депрессивный вариант АНА-СС в ИК ОблУС обнаружен у 34,94 % обследованных, в ИК ОбщУС данный тип установлен у 8,03 % лиц. АНА-НТ в этих же ИК составил 4,32 % и 30,25 %, соответственно. Депрессивный — выявлен только в ИК ОблУС (1,84 %) в виде неглубокой меланхолии.

Патопсихологическое исследование (шкала тревожности Спилбергера —Ханина) показало, что среди лиц с АНА соотношение численности случаев с реактивной тревожностью (психогенно-пенитенциарной) к личностной тревожности составило в ИК ОблУС 1 : 4,14, а в ИК ОбщУС — 1:3,39.

Углубленный анализ материала и сопоставление полученных данных выявил следующее: у осужденных в колонии общего режима, по сравнению с облегченным режимом содержания, аффективные нарушения адаптации встречаются реже, но проявляются более сложной психопатологической и клинической структурой. Возникают чаще у лиц с личностно-тревожной акцентуацией. Полученные данные следует учитывать при выявлении АНА и их профилактики в пенитенциарных учреждениях.

УДК 616.89-008.442

Субаева К. Р.*, Брагин Р. Б.**
Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская медицинская академия последипломного образования***

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ АДАПТАЦИИ, У МОЛОДЫХ ОСУЖДЕННЫХ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ С ОБЛЕГЧЕННЫМИ УСЛОВИЯМИ СОДЕРЖАНИЯ

Согласно нынешнему Уголовно-исполнительному Кодексу Украины существуют исправительные колонии (ИК) следующих типов: минимальный уровень безопасности с облегченными условиями содержания (ОблУС), минимальный уровень безопасности с общими условиями содержания (ОбщУС), средний уровень безопасности и максимальный уровень безопасности. Тип ИК отбывания наказания определяется приговором суда. ИК ОблУС характеризуется наименее строгим режимом ограничительных мероприятий и более широкими социальными контактами. Осужденные содержатся под надзором, но без охраны, свободно передвигаются в пределах колонии; вне ее территории с разрешения администрации находятся без надзора; предусмотрен еще целый ряд послаблений, в отличие от ИК иного типа.

Обследовано 166 осужденных в возрасте 18—28 лет в ИК ОблУС на предмет выявления аффективных нарушений адаптации (АНА). Ориентируясь на осевую симптоматику, выявленные случаи АНА по отношению к числу обследованных распределились следующим образом: тревога — 18,07 %, тревожная депрессия — 39,16 %, депрессия — 10,84 %. По степени выраженности АНА, наличию вегетативных отклонений и других особенностей клинической картины, одни случаи отнесены к расстройствам субсиндромального уровня (56,62 %), другие — к расстройствам невротического типа (11,45 %).

С целью изучения факторов, которые сочетались с возникновением АНА, проводили анкетирование по специальной количественной методике. Сумма баллов, полученная по каждому из факторов (90 баллов максимально), указывала на выраженность его значимости для обследованного. Факторы разделяли на две группы: субъективно негативные и субъективно позитивные. Первая группа относится к факторам, связанным с жесткой регламентацией поведения в виде ограничений физического порядка и социально-коммуникационной изоляцией. Вторая группа отнесена к факторам, связанным с возможностью реализации социальных контактов с внешним миром (в пределах допускаемых), с изменением ценностной ориентации и с приобретаемым трудовым и жизненным опытом. Среди субъективно негативных факторов (отягчающих отбывание наказания), наибольшее количество баллов набрали факторы, связанные с социально-коммуникативной изоляцией: невозможность помочь родным в решении материальных проблем (70 баллов) и семейных конфликтов (65 баллов), отсутствие вестей из дома и неприятные известия от родных (по 67 баллов). Среди воздействий и ограничений преимущественно физического порядка наиболее значимыми для осужденных являлись: качество питания (44 балла), контакт с вредными материалами и веществами в ходе трудовых процессов (42 балла). Среди субъективно позитивных факторов (облегчающих отбывание наказания), наиболее значимыми для заключенных являлись: реализация допустимых социальных контактов с внешним миром, длительные и кратковременные свидания с родными и близкими (59 и 58 баллов, соответственно), возможность переписки с друзьями и подругами (53 и 45 баллов, соответственно). К личностным субъективно позитивным изменениям, как наиболее значимым, отнесены: намерения выйти из прежней «криминальной» среды — 50 баллов, чувство «повзросления» и устойчивость к трудностям морального порядка (по 50 баллов, соответственно). Обогащение жизненного опыта набрало 58 баллов, а обретение дополнительной специальности — 37 баллов.

Как видно, нынешнее положение в ИК даже с облегченными условиями содержания для осужденных является хронической пенитенциарной стрессогенной ситуацией, которая при отсутствии достаточных резервов психического здоровья приводит к расстройствам адаптации в виде возникновения тревожной и депрессивной симптоматики. Поэтому при совершенствовании системы профилактических мероприятий следует учитывать то, что расширение контактов с внешним миром имеет для осужденных особую значимость. Именно эта группа факторов оценивается ими в позитивном плане значительно выше, чем ограничения физического порядка.

УДК: 616.831:616.8-009.836-08

Сухоруков В. І., Біневська О. М., Бовт Ю. В., Назарчук І. А., Нікішкова І. М.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

РОЛЬ ҐЕНЕЗУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ДИССОМНІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Використання у терапії диссомнічних розладів у пацієнтів з енцефалопатіями різного ґенезу комплексних лікувально-профілактичні заходів, які включали базисну (з урахуванням стандартів) (судинну, антиагрегантну, нейропротекторну, антиоксидантну) та симптоматичну (седативну) медикаментозну терапію, поєднану з адекватними індивідуально підібраними немедикаментозними формами лікування (психотерапія, фототерапія, рефлексотерапія, аудіофонотерапія та радіохвильова терапія) призвело до значущих змін кількісних та якісних показників сну.

Найбільшої ефективності у відновленні нормального циклу сну — неспання вдалося досягти у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію I стадії: 66,7 % пацієнтів після лікування повідомляли про відсутність проблем з нічним сном та денною сонливістю. Серед хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії кількість пацієнтів, які в результаті лікування позбулися як інсомнії, так і гіперсомнії, була на третину менше, ніж у групі з дисциркуляторною енцефалопатією I стадії — 42,6 %, проте у 62,2 % випадків вдалося позбутися вираженого розладу сну — неспання, у той час як цей показник у групі з дисциркуляторною енцефалопатією I стадії склав лише 28,9 %. Достатньо ефективним було й лікування диссомній у пацієнтів з енцефалопатіями інфекційно-алергічного ґенезу: більш ніж у половини хворих (56,2 %) після лікування повністю зникли ознаки розладу сну — неспання, а у решти — знизилася ступінь вираженості диссомнії. Менш ефективним було лікування розладів сну — неспання у хворих на енцефалопатію травматичного ґенезу. Незважаючи на те, що у цій групі у найбільшої кількості осіб ступінь вираженості диссомній знизилася до помірно або слабко вираженої по закінченні терапевтичного курсу, тим не менш повністю вирішити проблеми безсоння й денної сонливості хворих з травматичним ґенезом енцефалопатії вдалося лише у чверті випадків (25,8 %).

Таким чином, аналіз використання медикаментозних та немедикаментозних методів терапії диссомнічних розладів у хворих на енцефалопатію свідчить, що ефективність та динаміка змін показників розладів сну — неспання та характер відновлення сну цих пацієнтів значною мірою визначалися не тільки застосованими комплексними лікувально-профілактичними заходами, але й ґенезом енцефалопатії.

УДК: 616.831:616.8-009.836

Сухоруков В. І., Нікішкова І. М., Біневська О. М., Бовт Ю. В., Назарчук І. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ДИССОМНІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ

Порівняльна оцінка якісної та кількісної представленості диссомнічних розладів у пацієнтів з різним ґенезом енцефалопатії виявила суттєві відмінності між ними.

Найпоширенішим розладом сну серед хворих на дисциркуляторну енцефалопатію I стадії у більшості випадків була помірно

виражена, короткочасна інсомнія з порушенням засинання та частими нічними прокиданнями на тлі тривожно-фобічного синдрому (G 47.0), тим не менш ці пацієнти в цілому мали найефективніший сон (72—81 %). Для більшості хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії були властиві виражені диссомнічні розлади з хронічним перебігом (інсомнія соматичного ґенезу, гіперсомнія (G 47.1), порушення циклічності сну — неспання за типом синдрому фази, що запізнюється (G 47.2), сонне апное (G 47.3)), а також найнижча ефективність сну (35—50 %). За більшістю вказаних показників хворі на енцефалопатію травматичного ґенезу були подібні до пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією II стадії: у третині випадків спостерігалися клінічні ознаки стійкого порушення циклічності сну — неспання за типом синдрому фази, що запізнюється (G 47.2), у двох третинах випадків розлади сну — неспання були пов'язані з соматичними порушеннями (больові синдроми, синдром неспокійних ніг (G 25.8)), але через меншу тривалість засинання та кількість нічних пробуджень ефективність сну у пацієнтів з травматичним ґенезом енцефалопатії була трохи вищою (50—60 %). Серед хворих на енцефалопатію інфекційно-алергічного ґенезу половина мали виражене хронічне порушення сну — неспання, інші дві чверті — слабко або помірно виражені, скоминущі або короткочасні диссомнії (G 47.0, G 47.1). Завдяки іррегулярності ритму сну — неспання (G 47.8), що спостерігалася у частини хворих на енцефалопатію інфекційно-алергічного ґенезу, відбувалася часткова компенсація дефіциту сну у цих пацієнтів, тому в цілому його ефективність складала 65 %.

Таким чином, притаманні усім хворим на енцефалопатію диссомнічні порушення в залежності від ґенезу енцефалопатії мали певні відмінності за типом, вираженістю, хронізацією, кількістю та спектром розладів сну — неспання, а також за впливом на ефективність нічного сну та денного неспання.

УДК 616.89-008.441.33-053.6/7-08

Табачніков С. І., Марценковська І. І., Марценковський І. А.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН, ЯК ПРОБЛЕМА ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ: ВІД УСВІДОМЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДО КОНЦЕПЦІЇ ДОПОМОГИ

Вживання наркотиків дітьми і підлітками асоційовано з розладами психіки та поведінки, кримінальною поведінкою. Відсутність ефективних систем протидії епізодичному вживанню наркотичних речовин у віці до 18 років, стандартів медичної, зокрема спеціалізованої психіатричної допомоги при коморбідних психічних та поведінкових розладах є складною проблемою, яку потрібно вирішити при реорганізації системи охорони психічного здоров'я дітей.

Вживання психоактивних речовин і формування наркотичної залежності взаємопов'язані з соматичними і психічними розладами, які, в свою чергу, також впливають на фізичне і психічне здоров'я. Описаний феномен не є виключно проблемою охорони здоров'я. Вживання психоактивних речовин соціально детерміновано і пов'язано з особистістю споживача психоактивних речовин, його очікуваннями і мотиваціями як користувача, його соціальним оточенням, можливістю отримати соціальну підтримку в родині та соціумі. Очевидним є зв'язок адиктивної поведінки із злочинністю, громадським порядком і суспільною безпекою, а також значні фінансові та економічні наслідки вживання наркотичних речовин підлітками та молоддю. Все це дозволяє говорити про психоактивні речовини як проблему громадського здоров'я.

Рання медико-соціальна допомога та первинна профілактика мають вирішальне значення для зменшення впливу факторів ризику і посилення захисту людини, яка є вразливою та/або належить до групи специфічного ризику початку вживання наркотичних речовин. Мова йде як про попередню, так і про ранню стадії вживання наркотиків, про випадки, коли потенційні проблеми залежної поведінки лише формуються. Ранні втручання передбачають її виявлення і надання специфічної психологічної та соціальної допомоги у вирішенні проблеми на такій стадії формування наркотичної залежності, на якій проблема зникає або зменшується завдяки лише цьому обмеженому втручанню. Можливими цільовими групами для цілеспрямованих втручань є не тільки діти і молоді люди, а всі, кого ми можемо вважати уразливими та/чи схильними до ризику.

При плануванні допомоги підліткам із епізодичним вживанням психоактивних речовин необхідно враховувати взаємодію факторів ризику формування залежної поведінки і захисних факторів. До уваги необхідно брати етап фізичного та емоційного розвитку споживача наркотиків та специфіку поточного етапу його життя — відрив від сім'ї і початок самостійного життя, безпритульність і кримінальне оточення, наявність уподобань і поява соціальних зобов'язань перед іншими людьми. Як чинники ризику у молодих людей повинні розглядатися: відсутність роботи і постійного місця проживання, виключення зі школи, наявність доступу до наркотиків, приналежність до субкультур, в яких вживання наркотиків є соціально прийнятним, наявність травматичного досвіду в дитинстві, зловживання батьками алкоголем чи наявність наркотичної залежності в сімейній історії. До числа захисних факторів прийнято відносити сімейну підтримку, високий освітній і соціально-культурний статус, наявність організованого дозвілля і значущих для підлітка відносин. В залежності від того, мають вони позитивний або негативний характер впливу, психосоціальні фактори можуть стати факторами ризику, і навпаки.

Обсяги та форма медико-соціальної допомоги підліткам, що вживають наркотичні речовини, можуть змінюватись в залежності від потреб і цілей: від цілеспрямованого профілактичного втручання на ранніх стадіях і психотерапії, спрямованої на подолання залежності до замісної терапії та застосування програм зменшення шкоди. Ефективність наведених методів лікування значною мірою залежить від культуральних факторів і має бути визначена на українській популяції дітей та підлітків

Важливими цілями лікування та/чи психосоціальної допомоги мають бути: професійна і соціальна інтеграція, стабілізація і мінімізація вживання психоактивних речовин, поліпшення соматичного та психічного здоров'я, зміна соціального середовища і взаємодії з ним, емоційний розвиток (дозрівання) підлітка. Окремі методи та терапевтичні стратегії мають застосовуватися для досягнення зазначених цілей диференційовано, в залежності від тяжкості залежності і соціальної ситуації. Цілі можуть постійно змінюватися або піддаватися модифікації в ході надання допомоги. Цілі повинні формулюватися відповідно до можливостей реципієнта допомоги, і значною мірою залежать від наявності у нього ресурсів, поточної соціальної ситуації та доступності послуг. Отже, до уваги повинні братися як суб'єктивні, так і об'єктивні потреби і можливості їх задоволення.

Для того, аби допомога наркозалежним підліткам була ефективною, необхідно забезпечити розподіл функцій та чітку міжсекторальну взаємодію між органами влади, юстицією, соціальними службами, закладами освіти і охорони здоров'я, достатню кваліфікацію залучених до надання допомоги соціальних працівників та лікарів. Універсальними вимогами при побудові моделі медичної та психосоціальної допомоги підліткам, що є споживачами наркотичних речовин, є: 1) створення мережі з фахівців (викладачів навчальних закладів, працівників соціальних служб для молоді, медичних працівників) для первинних контактів з проблемною молоддю; 2) залучення до цієї мережі всіх наявних ресурсів для підтримки рішення проблеми на різних рівнях (груп однолітків, сім'ї та/чи найближчих родичів, церкви, пенітенціарної системи, адвокатів, представників громадських організацій, які піклуються про проблеми молодих людей та маргінальних груп); 3) визначення і надання пріоритету при побудові наркотичної політики залежностям, що мають культуральні переваги (вживання алкоголю, куріння марихуани, аптечна наркоманія, використання ін'єкційних наркотиків, розчинників). Дуже важливим при організації системи допомоги наркозалежним підліткам є створення майданчиків для комунікації та міжсекторальної взаємодії, наприклад, проведення круглих столів, ініціативних груп. Вони надають додаткові можливості для розвитку і пошуку альтернативи кримінальному переслідуванню споживачів наркотиків.

УДК 616.85:615.874.2:616.831-001.31-06

Теренковский Д. И.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

В работах многих авторов имеются указания на наличие у больных, перенесших черепно-мозговую травму, различных неврозоподобных состояний, в частности: тревожно-фобического, астено-ипохондрического, депрессивного и других синдромов, которые утяжеляют течение основного заболевания. Имеющиеся работы по применению ряда психотропных средств при данной патологии показывают на отсутствие стойкого терапевтического эффекта, развитие побочных эффектов и зависимости при

использовании психотропных средств, что ограничивает их использование.

Разгрузочно-диетическая терапия (РДТ) является одним из активных биологических методов лечения, который в настоящее время находит все более широкое применение в комплексной терапии различных заболеваний. Данный метод отличается от медикаментозного тем, что приводит к более устойчивым и существенным изменениям в организме, не вызывает привыкания к медикаментам, не дает аллергии. К тому же, по данным ряда авторов (Ю. А. Николаев, 1963; Ю. Л. Шапиро с соавторами; Г. И. Бабенков, В. Б. Крайцеров, 1972 и др.), РДТ воздействует на адаптационные механизмы, патологические изменения мозговой ткани, состояние сосудистой системы и вегетативно-сосудистую регуляцию.

Дозированное лечебное голодание проводилось нами у 28 больных с неврозоподобными состояниями травматического генеза по методу Ю. С. Николаева в пределах 14—16 дней, из них мужчин — 20, женщин — 8, в возрасте от 40 до 55 лет. Давность травмы — от одного года до 30 лет; больные перенесли травму в возрасте от 18 до 40 лет. По ведущему психопатологическому синдрому больные распределялись следующим образом: тревожно-фобический — 14, астено-ипохондрический — 10, депрессивный — 4 больных. Нужно указать, что данные больные с указанной патологией неоднократно лечились у невропатологов, терапевтов, получали разнообразные курсы лечения, в том числе и психотропными препаратами, однако улучшение было кратковременным. Помимо общепринятых клинических и параклинических исследований до лечения и в динамике РДТ проводили исследования ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ. Анализируя общие результаты лечения РДТ, мы можем констатировать, что все больные отметили существенные перемены в своем состоянии здоровья, причем, у 20 из 28 клиническая психопатологическая симптоматика полностью регрессировала, а у остальных 8 больных отмечалось значительное улучшение, у них оставалась все же тревожная настроенность по отношению к своему здоровью, иногда появлялись страхи, однако, они были нерезко выражены и больные сами с ними справлялись.

Данные ЭЭГ и РЭГ позволяют объективизировать улучшение мозговой нейродинамики и мозгового кровообращения в процессе РДТ. Таким образом, РДТ является эффективным методом лечения неврозоподобных состояний травматического генеза.

УДК:616.89-008.46/47:616.379-008.64

Товажнянская Е. Л., Безуглова И. О., Семенчук Е. В., Семенчук Е. В.
Харьковский национальный медицинский университет)

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сахарный диабет (СД) — распространенное эндокринное заболевание, одним из осложнений которого является диабетическая энцефалопатия, приводящая к когнитивному снижению. СД способствует также развитию и прогрессированию атеросклероза (АТС) — независимого фактора риска развития цереброваскулярной патологии и связанной с ней когнитивной дисфункции. Сочетание СД и АТС, нарушая когнитивную продуктивность, приводит не только к ухудшению качества жизни пациентов, нарушая их социальную активность, но также снижает способность адекватно контролировать течение болезни, увеличивает риск инвалидизации и смерти.

Целью исследования явилось выявление особенностей формирования когнитивных нарушений при СД 2 типа в сочетании с АТС.

Обследовано 30 больных с диабетической энцефалопатией II степени на фоне СД 2 типа в сочетании с АТС (основная группа) и 32 пациента с атеросклеротической энцефалопатией II степени без СД (группа сравнения) в возрасте 45—55 лет, которые находились на стационарном лечении в неврологическом и эндокринологическом отделениях Областной клинической больницы г. Харькова. Комплекс обследования включал оценку когнитивных функций с помощью Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и Адденбрукской шкалы оценки познавательных способностей (ACE-R), а также нейрофизиологическое и биохимическое обследование.

Проведенное обследование выявило признаки когнитивного снижения у 96,7 % пациентов основной группы и 87,5 % больных группы сравнения в виде нарушения памяти и концентрации внимания, трудности быстрого воспроизведения полученной информации, снижение общей работоспособности и др. По данным шкалы MMSE у 27,6 % больных основной группы и 33,3 % больных группы сравнения наблюдались легкие когнитивные нарушения (26—28 баллов), у 72,4 % и 66,7 % пациентов соответственно — умеренные когнитивные расстройства (24—25 баллов). Изучение структуры когнитивных нарушений с использованием шкалы ACE-R выявило, что при СД 2 типа в сочетании с АТС наиболее выраженно снижались функция памяти (на 36,8 % в сравнении с возрастной нормой) и беглость речи (на 25,6 %), менее выраженно — внимание (на 11,8 %) и зрительно-пространственные способности (на 8,4 %), а функции языка имели лишь тенденцию к снижению. В то же время атеросклеротическая энцефалопатия II степени у больных без СД характеризовалась превалированием нарушения функций внимания (на 21,4 %), зрительно-пространственных способностей (на 20,1 %) и памяти (на 19,2 %), менее значимо снижались языковые функции (на 10,5 %) и беглость речи (на10,4 %).

При нейрофизиологическом обследовании у больных обеих групп наблюдались диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде дезорганизации основных ритмов, сглаженности зональных различий, повышения индекса медленноволновой активности, более выраженные в основной группе. Ультразвуковая допплерография выявила снижение скоростных характеристик в артериях экстра- и интрацеребрального уровней, наличие стенозирующих процессов в магистральных артериях головы, частота и выраженность которых достоверно отличалась в обеих группах.

Энцефалопатия на фоне сочетания СД 2 типа и АТС характеризуется большей частотой встречаемости и выраженностью когнитивных расстройств в сравнении с атеросклеротической энцефалопатией без СД. Выявленные особенности структуры когнитивной дисфункции при СД 2 типа могут быть использованы в качестве дифференциально-диагностических критериев формирования диабетической энцефалопатии.

УДК 616.89:616.36-002.2:615.851

Б. С. Федак*, М. Г. Шекманов*, **
*Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)******, *КЛПУ «Міська інфекційна лікарня м. Димітрова Донецької області»*******

ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ РЕСУРС ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С В АСПЕКТІ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Мета роботи — оцінка психосоціального ресурсу пацієнтів, які хворіють на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС), в аспекті значимості для розроблення та організації медико-психологічної допомоги даній категорії хворих.

На основі інформованої згоди, з дотриманням принципів медичної етики та деонтології, на базі КЛПУ «Міська інфекційна лікарня м. Димітрова Донецької області» протягом 2010—2012 років проведено психодіагностичне дослідження 128 хворих на ХВГС з неін'єкційним шляхом інфікування. Оцінку психосоціального ресурсу проводили за допомогою визначення наявності соціальної підтримки (за багатомірною шкалою сприйняття соціальної підтримки — MSPSS Д. Зімета в адаптації В. М. Ялтонського та Н. О. Сироти) та діагностики здатності особистості сприйняти наявну допомогу з боку інших людей, про що судили за рівнем суб'єктивного контролю (РСК) особистості, який встановлювали за однойменною методикою.

Аналіз самооцінки соціальної підтримки за шкалами в обстежених показав, що хворі на ХВГС найбільш відчутну допомогу отримували від родини, меншу роль відігравали друзі та значущі інші.

Однак наявність доступної соціальної підтримки не була однозначним критерієм наявності психосоціального ресурсу. Даний феномен пов'язаний зі здатністю індивіда до сприйняття себе та оточення через призму локусу контролю, точки відліку суб'єктивної оцінки у діапазоні інтернальності — екстернальності.

Локус контролю є універсальним фактором щодо будь-яких подій та ситуацій, з якими особистість зіштовхується у різних сферах соціального функціонування. У разі екстернального локусу контролю індивід схильний пояснювати все, що з ним трапляється, дією сторонніх зовнішніх сил (випадку, інших людей), тоді як інтернальний локус навпаки інтерпретує значимі події як результат суто власної діяльності.

При вивченні рівня суб'єктивного контролю за методикою РСК виявлено, що у хворих на ХВГС спостерігається екстерналізація контролю за шкалами невдач (Ін), сімейних (Іс) та

міжособистісних відносин (Ім), здоров'я та хвороби (Із). Це відображалося стосовно шкали Із (здоров'я та хвороби) у висловлюваннях щодо захворювання як непередбачуваного негативного збігу обставин, заперечення будь-якого стосунку (участі) до інфікування, списування невдач у лікуванні на недостатню кваліфікованість медичних працівників, схильністю діяти під впливом ситуативних обставин, конформність. Пацієнти вважали хворобу результатом випадку і сподівалися, що одужання настане в результаті дії інших людей, перш за все лікарів.

У міжособистісній та сімейній сфері екстерналізація проявлялася претензіями до близького оточення в поєднанні з потребою у їх підтримці, міцних емоційних контактах, тобто спостерігалася нездатність адекватно формувати своє коло спілкування та схильність вважати свої стосунки результатом дії партнерів. Тоді як інтернальність в області досягнень (Ід) свідчила про наявність тенденції до приписування своїх успіхів, досягнень власним силам.

Так, у пацієнтів з оцінкою соціальної підтримки як достатньої, Ізаг (загальний показник інтернальності) становив 4,8 бали, тобто був в діапазоні оптимуму на шкалі інтернальності — екстернальності, відповідальність за події та ситуацію розподілялася збалансовано, тоді як у хворих з незадовільною оцінкою соціальної підтримки — склав 6,6 балів, тобто був екстерналізований. Варто зазначити, що і суттєва інтерналізація локусу контролю супроводжувалася порушенням міжособистісної перцепції. У першому випадку (екстерналізації) негативні зміни були обумовлені зниженням значимості власної активності в ситуації на фоні делегування відповідальності за негативні наслідки на оточення, що створювало конфліктні ситуації, а у другому випадку відбувалося знецінення впливу та ролі оточення і відкидання сторонньої допомоги.

Отже, загалом у хворих з ХВГС відбувалася екстерналізація локусу контролю. Дезадаптивними виступали виражені варіанти як екстерналізації, так і інтерналізації, які відрізнялися різними механізмами розвитку порушення сприйняття власної ролі та соціальної підтримки. Отримані дані покладені в основу під час розроблення заходів медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів.

УДК 615.86-08:616.839:001.8

Харченко А. В.

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

КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ХВОРИХ З СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ (F 45.3)

Мета дослідження — проведення релаксаційного аутотренінгу хворим з соматоформною вегетативною дисфункцією (СВД) (F 45.30, F 45.31, F 45.33) методом біологічно-зворотного зв'язку (БЗЗ) за допомогою апаратно-програмного комплексу «Ауторелакс» для корекції психофізіологічних показників.

Дослідження було проведене у 35 хворих з СВД, курсом 15 щоденних півгодинних сеансів. Контрольним психофізіологічним показником була шкірно-гальванічна реакція (ШГР), а також психодіагностичні шкали (Айзенка, Зунге, Спілбергера, FPI, Малкової, Леонгарда, Вагнера, УНП).

Актуальність дослідження пов'язана з провадженням у повсякденну практику сучасних інноваційних технологій апаратних методів для відновлення функціонального стану хворих на психічні та поведінкові розлади. Для успішного лікування соматоформних розладів, як і більшості невротичних, окрім відповідної клінічному протоколу надання медичної допомоги (Наказ МОЗ від 5.02.2007 № 59) фармакологічної терапії, потрібне проведення психокорекційних заходів.

Апаратно-програмний комплексу (АПК) «Ауторелакс» («Амблиокор™-01Р»), призначений для лікування хворих з синдромом хронічної втоми, порушеннями сну, станом тривоги, тривожно-депресивного синдромом, неврастенією, невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами. АПК для рефлекторної антистресової терапії використовує здатність мозку самостійно перебудовувати роботу всіх систем організму. Датчики на тілі пацієнта автоматично аналізують поточний психоемоційний стан, і комп'ютер за допомогою спеціальної технології навчає мозок пригнічувати надлишкове порушення. Через 14—16 щоденних півгодинних сеансів мозок формує нову систему рефлекторних зв'язків, що контролює прояви стресу, і навчається пригнічувати негативні емоційні реакції. Нормалізація процесу функціонування органів досягається активацією ендогенних механізмів саморегуляції на основі технології мотиваційного аутотренінгу. Цього далеко не завжди можливо досягти лише за допомогою медикаментозної терапії.

Методика проведення сеансу. Аутотренінг проводився у психологічно комфортних умовах. Усім пацієнтам рівним голосом з елементами суггестії пояснювали зміст сеансів і лікувальної дії, з роз'ясненням умовно-рефлекторного принципу, розробленого І. П. Павловим. Після отриманої інформованої згоди, на передпліччя хворого безболісно встановлювалися датчики, які постійно контролюють рівень психоемоційного напруження шляхом реєстрації психофізіологічного показника шкірно-гальванічна реакція (ШГР). Далі починався сеанс із переглядом художніх фільмів. Проведення сеансів методом відеокомп'ютерного релаксаційного аутотренінгу, супроводжувалося формуванням нового рефлекторного механізму, спрямованого на пригнічення надлишкового психоемоційного порушення. Після сеансу і відключення від АПК із закріпленням через вплив позитивного настрою на лікувальний процес відбувалося формуванням установок на видужання.

У всіх пацієнтів ШГР була найбільш вагомим параметром біоуправління для досягнення стану релаксації (показник ефективності сеансу, а саме час позитивної зміни психоемоційного стану пацієнта у відсотках, складав у середньому 71,0 % (норма 50,0 — 75,0 %).

Досить важливим для хворого було те, що не було необхідності свідомого вольового контролю: мозок самостійного виробляє систему нових функціональних зв'язків, які забезпечують корекцію фізіологічних функцій у бік їх оптимального значення.

УДК 616.89-057-051-085

Є. М. Харченко, М. І. Продан

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРАЦЮЄ ІЗ ХВОРИМИ НА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Мета: визначення клінічного змісту стану професійної дезадаптації (ПД) у середнього медичного персоналу, що працює з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання.

За умови інформованої згоди обстежено 237 медичних сестер, що працюють з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання. Серед загальної кількості обстежених для участі в подальшій роботі було відібрано 120 осіб, в яких було діагностовано ПД різного ступеня вираженості (за допомогою опитувальника «Рівень професійної дезадаптації», розробленого О. Н. Родіною). За тривалістю виявленої ПД обстежені були поділені на дві групи: особи з тривалістю ПД до року (гостра дезадаптація — 60 осіб, основна група 1, ОГ1) та особи з 2—5-річною ПД (хронічна дезадаптація — 60 осіб, основна група 2, ОГ2). Як група порівняння були досліджені 50 медичних сестер, в яких встановлено низький рівень ПД, або її відсутність (50 осіб, ГП).

Виявлено, що для осіб ОГ1 та ОГ2 були характерні: емоційна спустошеність, виснаженість ($p < 0,05$), утома ($p < 0,05$), неможливість йти на компроміс ($p < 0,05$), надавати емоційну підтримку ($p < 0,05$), нездатність підтримувати партнерські стосунки ($p < 0,05$). Чіткими ознаками ПД діагностовано: усамітнення ($p < 0,05$), уникання колег ($p < 0,05$), збільшення вживання психоактивних речовин (кава, тютюн, алкоголь), що впливають на емоційний стан ($p < 0,05$). У обстежуваних ОГ1 переважали зміни у відчуттях ($p < 0,05$), а саме: відчуття гумору ($p < 0,05$), відчуття невдахи ($p < 0,05$), провини ($p < 0,05$), самозвинувачення ($p < 0,05$), гніву ($p < 0,05$), образи, гіркоти життя ($p < 0,05$), підвищена дратівливість ($p < 0,05$), відчуття збентеження і байдужості ($p < 0,05$), безсилля ($p < 0,05$).

В обстежуваних ОГ2 встановлено руйнування їхнього життєвого світу ($p < 0,05$), спустошення ($p < 0,05$), нікчемність ($p < 0,05$), слабкість ($p < 0,05$), зниження соціальної активності ($p < 0,05$), виснаження ($p < 0,05$), агресивність ($p < 0,05$), хронічна втома ($p < 0,05$), головний біль ($p < 0,05$), зміни артеріального тиску ($p < 0,05$), астенія ($p < 0,05$), підвищення або втрата ваги ($p < 0,05$), безсоння ($p < 0,05$), статеві дисфункції ($p < 0,05$).

У більшості пацієнтів ОГ1 та ОГ2 глибина детермінантів деструктивних станів є результатом розбіжностей між якостями особистості та виконуваною нею роботою, що зумовлювало конфліктність і роздратування.

За результатами дослідження у ОГ1 та ОГ2 виокремлено такі фази ПД: попереджувальна (надмірна участь у діяльності); виснаження (відчуття безсилля, безсоння); зниження рівня власної участі (щодо колег, оточення, професійної діяльності,

підвищення вимог) емоційні реакції (депресія, агресія); фаза деструктивної поведінки (сфера інтелекту, мотиваційна сфера, емоційно-соціальна, психосоматичні реакції та зниження імунітету, розчарування та негативна життєва настанова).

Виявлені клінічні ознаки, фази та форми ПД обумовлюють необхідність розроблення системи психокорекційних та психопрофілактичних заходів, спрямованих на середній медичний персонал, які працюють хворими на особливо небезпечні захворювання, що здійснюватиметься нами у подальшій роботі.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

О. М. Царенко

Вінницька обласна психіатрична лікарня № 2 (м. Вінниця)

ЩОДО РОЗРОБКИ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПСИХІЧНО ХВОРИХ В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ

Питання надання психіатричної та медико-психологічної допомоги спеціальним цільовим групам психічно хворих, що мають певні особливості психічного й соціального статусу, набувають сьогодні особливої актуальності (Н. О. Марута, 2007—2012; Л. Н. Гуменюк, 2007; 2008; В. А. Абрамов, 2002—2009). Однією з таких груп є пацієнти, що перебувають в умовах примусового лікування.

Тривале вимушене перебування в умовах психіатричного стаціонару, примусове спільне проживання, втрата особистого життя, пасивна участь у своїй долі, відсутність будь-яких повноважень, що активують мотиваційно-когнітивні процеси, не менш деструктивно впливають на особистість пацієнта, ніж власне психічна хвороба (Г. Г. Путятін, 2010). В умовах примусового лікування відбувається формування патологічних зв'язків з навколишнім середовищем, втрата індивідуальних властивостей особистості як суб'єкта соціальних відносин, що, за умови відсутності заходів психосоціальної корекції та профілактики, сприяє виникненню та формуванню госпіталізму та дезадаптації пацієнтів, яка обумовлена тривалим перебуванням в одноманітних умовах психіатричного стаціонару та нераціональній організації лікарняного середовища.

Між тим, незважаючи на беззаперечну актуальність даної проблеми, а також стратегію гуманізації, дестигматизації, деінституалізації та поліпрофесійності вітчизняної психіатричної допомоги (М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута, 2010), питання профілактики та корекції дезадаптації психічно хворих в умовах примусового лікування ще не знайшли свого вирішення.

З огляду на вищенаведене, нами здійснюється дослідження клініко-психопатологічних та патопсихологічних характеристик психічно хворих в умовах примусового лікування, що дозволить визначити особливості формування в них проявів дезадаптації та розробити систему її психосоціальної корекції і профілактики.

Досягнення мети відбувається шляхом вивчення особливостей, механізмів та етапів формування дезадаптації у психічно хворих з різною тривалістю перебування в умовах примусового лікування; визначення рівню когнітивної, емоційної та поведінкової дезадаптації у психічно хворих в умовах примусового лікування; проведення аналізу особливостей міжособистісних стосунків психічно хворих в умовах примусового лікування; визначення впливу терапевтичного середовища на особливості функціонування психічно хворих в умовах примусового лікування на різних рівнях дезадаптації.

УДК 616.89

Ю. В. Чайка, А. И. Химчан

Городской психоневрологический диспансер № 3 (г. Харьков).

ПСИХИАТРИЯ ПОЗДНЕГО ПОСТМОДЕРНА

Постмодерн — новый цивилизационный период в развитии бытия человека XXI века (Ж. Лиотар, В. Подорога). Он неразрывно связан с постмодернизмом как мировоззрением новой реальности (Е. Петровская). Постмодерн — крайне многогранное и противоречивое явление, которое характеризуется кризисом во всех сферах жизни человека. С одной стороны — это рост внутренней свободы личности, снижение её отчужденности, широкий плюрализм (Р. Рорти), с другой — кризис личностных, этических, культуральных, социальных основ. Эти явления отражаются и в психиатрии (П. В. Морозов, Н. Г. Незнамов с соавт., Ю. С. Савенко, Х. Мёллер).

В психиатрии постмодерн проявляется рядом признаков.

1. Права человека. Ю. Хабермас считает, что это «реалистическая утопия», т. к. они никогда не соблюдаются. В психиатрии же они приняли уродливую форму и привели к снижению врачебной ответственности психиатров по отношению к пациентам, что можно выразить так: «хочешь быть безумным — будь им». Такие процессы сопровождаются деантропологизацией человека: отсутствием новой гуманитарной идеи, раздробленностью человека, который стал «техноидом» без тела и души, идентичности, самотождественности, укорененности. Единого душевнобольного «растащили» психоаналитики, психотерапевты, социологи (Р. Барт, П. С. Гуревич).

2. Концепция деконструкции Ж. Деррида. Смысл этого понятия состоит в создании нового через хаос и разрушение старого. Но разрушение свершается, а созидание — нет. В психиатрии — это демонтаж организации психиатрической помощи как по вертикали, так и по горизонтали. В науке — это распад теоретического знания, отсутствие адекватной парадигмы, договорное понимание истины и развитие атеоретических оснований в исследованиях. Происходит демонтаж клинических форм с нарушением принципов классификации. Классификация — это свернутая теория психиатрии, а не набор симптомов, синдромов и рудиментов нозологии. Отсутствие психиатрической парадигмы приводит к тому, что фундаментальным в психиатрии начинают считать различные биологические исследования, а не клинику, которая конституирует предмет психиатрии. Психопатологическая феноменология, симптомо- и синдромология, синдромодинамика и клинические единицы всегда будут определять фундамент психиатрии как науки. Деконструкция в психиатрии разрушает клиническое мышление врача и ориентирует его на экспресс-интервью с применением диагностических шкал.

3. Симулякр в психиатрии. Симулякр — это «псевдовещь» без внутреннего содержания (Ж. Бодияр, Ж. Делёз). В нем стираются границы между реальным и воображаемым. Он есть не истинная, пустая жизнь. Когда психиатрия стремится восстановить изменённую реальность у пациентов, симулякры стоят на пути этого процесса.

4. Власть и постмодерн. М. Фуко показал, что психиатрия пронизана «оком власти». Оно формирует клинику, стандарты диагностики и лечения, самого врача. Власть «спаивается» с фармацевтическими фирмами, «вымывает» доступные и проверенные психотропные средства и навязывает доктору и пациенту дорогие, часто малоэффективные препараты. Власть формирует и мышление врача. Врачевание и свободная мысль из психиатрии исчезают.

5. Традиция и постмодерн. В связи с неспособностью создать новую парадигму психиатрия постмодерна обращается к традиции. *Но это своеобразная традиция.* Она «переиначивает» старое и выдает его как новое, например, первичный психотический эпизод, коморбидность внутри аффективных синдромов, замена классической терминологии и многое другое.

Выход из создавшегося положения Ю. С. Савенко видит в возврате к Ясперсу, мы же дополняем необходимостью возврата к новому прочтению и пониманию классической психиатрии на основе постнеоклассической рациональности.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

Чеботарьов Є. В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНАЦІЇ МЕЛІТОРУ ТА ПОЛІОКСИДОНІЮ

Соматизовані депресивні розлади (СДР) характеризуються виникненням симптоматики, характерної для захворювань внутрішніх органів або нервової системи, що повторюється, разом із постійними вимогами медичного обстеження і лікування у лікарів-фахівців. Значна увага на сучасному етапі патогенезу депресій приділяється вивченню характеру порушень імунологічного та біохімічного гомеостазу у хворих на СДР. Тому потрібна розробка досить ефективних способів лікування та профілактики рецидивів СДР, що має суттєве значення для клінічної психіатрії. В наших попередніх роботах вже вказувалося на різноманітні імунні та біохімічні порушення у хворих з даною патологією та вплив на них комбінації сучасного антидепресанту мелітору та імуноактивного препарату поліоксидонію (ПО), тому, з нашої точки зору, доцільним було вивчення показників клітинної ланки імунітету у хворих на СДР при лікуванні мелітором та ПО.

Нами було обстежено 65 пацієнтів (34 жінки і 31 чоловік), у віці від 18 до 61 року, з симптомами СДР. Усі хворі були поділені на дві групи — основну (33 пацієнти) та порівняння (32 хворих).

Пацієнти групи порівняння отримували лише загальноприйняту терапію, а хворі основної групи в комплексі лікування отримували комбінацію мелітору в дозі від 25 мг на добу одноразово всередину 2—3 місяці та ПО по 6 мг внутрішньом'язово через день — 5 ін'єкцій, потім 2 рази на тиждень — ще 10 ін'єкцій препарату (всього на курс — 90 мг ПО). Під час імунологічного обстеження встановлено, що у більшості хворих на СДР, до початку лікування виявляються порушення з боку показників клітинної ланки імунітету. Вказані імунні зсуви характеризувались наявністю Т-лімфопенії різного ступеня вираженості та дисбалансу субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, який переважно полягав у зменшенні кількості $CD4^+$-клітин (Т-хелперів/індукторів) на тлі помірного зниження кількості Т-супресорів/кілерів ($CD8^+$-лімфоцитів), а вміст у крові В-клітин ($CD22^+$) у більшості випадків мав лише незначну тенденцію до зниження. При повторному проведенні імунологічних досліджень після завершення лікування було встановлено, що в основній групі хворих, які отримували лікування мелітором та ПО відзначено суттєве покращання імунологічних показників, що характеризують стан клітинної ланки імунітету. Дійсно, у цих пацієнтів спостерігалася ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до нижньої межі норми лімфоцитів з фенотипом $CD4^+$ (Т-хелперів/індукторів) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8. В групі порівняння, яка отримувала лише загальноприйняту терапію, також відзначалася позитивна динаміка з боку імунологічних показників, однак суттєво менш виражена. Тому після завершення лікування у хворих групи порівняння кількісні та функціональні показники клітинної ланки імунітету (кількість $CD3^+$ та $CD4^+$клітин, індекс CD4/CD8, показник РБТЛ) залишалися вірогідно нижче як норми, так і відносно показників в основній групі. Так, абсолютна кількість $CD3^+$-клітин (тотальна популяція Т-лімфоцитів) у хворих групи порівняння збільшилася у порівнянні з вихідними значеннями у 1,3 рази та складала (0,95 ± 0,02) Г/л, що однак було менш норми у 1,4 рази; відносний вміст загальної популяції Т-лімфоцитів у обстежених пацієнтів збільшувався у 1,2 рази, складаючи (54,4±1,3)%, що було нижче норми у середньому в 1,3 рази ($P < 0,01$). Абсолютна кількість $CD4^+$-лімфоцитів збільшилася в абсолютному вирахуванні в 1,3 рази та складала на момент завершення загальноприйнятого лікування (0,68 ± 0,03) Г/л, що однак була в 1,26 рази меншою за норму; відносний вміст $CD4^+$-клітин збільшився до (38,7±1,3)%, тобто в 1,2 рази, але залишався в 1,2 рази меншим за норму; $P < 0,01$. Кількість $CD8^+$-клітин та $CD22^+$-клітин у абсолютному та відносному значенні вірогідно від норми не відрізнялися. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 також зазнавав тенденцію до підвищення, а саме збільшився у 1,2 рази, але був меншим за норму у 1,13 рази. Показник РБТЛ збільшився у порівнянні з першопочатковим у 1,4 рази, але залишався вірогідно меншим за норму у 1,2 рази. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним застосування комбінації мелітору та поліоксидонію при лікуванні хворих на соматизовані депресивні розлади.

УДК 616.89:615.8:616-053.2

Черкасова А. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПРОФИЛАКТИКА ДЕФЕКТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АУТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Аутизм в детстве как отдельный признак или в целом психическое расстройство признается специалистами большинства стран. Основными определяющими его признаками являются аутистические формы контактов, расстройство речи, ее коммуникативной функции, нарушение социальной адаптации, расстройства моторики, стереотипная деятельность, нарушения развития. Во взглядах на патологическую сущность, структуру, систематику аутизма до сих пор отмечаются противоречия. В МКБ-10 детский аутизм относится к разделу «Общие расстройства развития» — F 84.

Выделяют несколько этапов в развитии учения об аутизме у детей. Первые упоминания о детях со стремлением к одиночеству и уходам приходятся на конец XIX — начало XX в. (I этап). Так называемый доканнеровский период в развитии проблемы аутизма охватывает 20—40-е годы нашего столетия, когда формировалось понятие аутизма у детей (II этап).

Термин «аутизм» введен в психиатрию E. Bleuler (1911, 1922). Автор назвал аутизмом отрыв от реальности с наличием внутренней жизни, особого мира грез и фантазий при шизофрении.

В детской психиатрии понятие аутизма как симптома или синдрома стало впервые использоваться со времени выделения ранней детской шизофрении [Сухарева Г. Е., 1926, 1937; Гуревич М. О., 1949] и шизоидии [Симеон Т. П., 1929]. Третий этап в развитии проблемы аутизма в детстве принято называть каннеровским (40—80-е годы). Этот период ознаменован выходом в свет кардинальных работ по детскому аутизму, среди них первая принадлежала L. Kanner (1943).

Клиника синдрома детского аутизма достигает наибольшего развития к 3—5 годам, обращает на себя внимание сочетание сложных и примитивных реакций в каждой функциональной системе. Интеллектуальный уровень не достигает среднего значения.

Лечение, преимущественно, проводится в зависимости от ведущего симптомокомплекса.

В настоящее время основным направлением в развитии психиатрии является профилактика заболеваний и дефектных состояний при психических расстройствах.

Проблема реабилитации аутистического спектра из-за выраженной социальной дезадаптации больных этих контингентов занимает существенное место в общей проблеме реабилитации детской и подростковой личностной патологии, нарушений развития. При аутизме профилактические мероприятия проводятся для предотвращения дефектных состояний, и включают в себя психологическую и психотерапевтическую коррекцию, направленную на социально-бытовую реабилитацию, которая позволяет детям и подросткам с ранним детским аутизмом адаптироваться в повседневной жизни. Наибольших успехов в области социально-бытовой реабилитации людей с ранним детским аутизмом достигли сторонники поведенческой терапии.

Психокоррекционные занятия с детьми, страдающими аутизмом, строятся по принципу чередования различных заданий и игры в строгом соответствии с расписанием на фоне четко дозированного эмоционального тонизирования.

Подход к детскому аутизму как к асинхронному дизонтогенезу с задержкой развития всех сфер деятельности ребенка позволяет вскрыть значимость правильно организованной комплексной коррекции, сочетанной с терапией, направленной на преодоление аутизма и социальную адаптацию таких детей. Результаты лечебной и коррекционной работы с детьми приближают нас к решению вторичной профилактики детского аутизма.

УДК: 616.89-084:615.851:614.84

Чистикова Е. И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

К ВОПРОСУ О ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СРЕДИ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПОЖАРНОЙ ОПАСНОСТИ

В современном обществе одной из главных проблем остается недостаток психологического совладания с нервно-психическими расстройствами, вызванными особо трудными условиями труда. По настоящее время круг профессий, связанных с риском для жизни, возрастает. Возрастает и количество запросов к медико-социальному обеспечению работников, в число которых входят пожарные. Они одни из немногих сталкиваются со сложными ситуациями выбора при спасении пострадавших, стрессорными факторами непредсказуемости стихий.

Программы психосоциального сопровождения должны учитывать особенности психической адаптации контингентов к сложным условиям труда. Последнее должно выражаться в разработке специализированной психологической диагностики, психопрофилактики, а также краткосрочной системы психотерапевтической коррекции.

Все это и обусловило суть проводимых нами медико-психологических исследований, основной целью которых являлось — разработать принципы психопрофилактики и психокоррекции лиц, работающих в условиях пожарной опасности, на основании комплексного медико-психологического анализа феноменов психической адаптации и дезадаптации.

В исследовании приняло участие 320 работников пожарной службы, которые проходили профилактический осмотр на базе научно-исследовательского института профилактической медицины (г. Харьков) за период 2009—2011 гг. Средний стаж по профессии составил 5 лет.

Реализованы клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-демографический методы и методы математической статистики.

Диагностические мероприятия осуществлялись в 4 основных блоках: первичный клинико-психологический (с учетом социально-демографических и психоанамнестических данных);

клинико-психопатологический; индивидуально-психологический; аддиктологический.

На основании анализа полученных результатов у большинства пожарников отмечались выраженные психопатологические проявления астенического, аффективного, психосоматического спектра; искажение феноменов самооценки; нарушения когнитивно-поведенческих стратегий/реакций в ситуации риска; аддикции в виде злоупотребления спиртным, чрезмерного желания играть в азартные игры, употреблять седативно-снотворные средства, курить никотиносодержащие субстанции.

В результате обобщения медико-психологических данных нами была предложена психодиагностическая, психопрофилактическая и психокоррекционная фокусировка на следующих «мишенях» психической дезадаптации. Они были выражены такими 3 векторами: психопатологическим, индивидуально-психологическим и аддиктологическим/поведенческим. Была разработана система скрининговой клинико-психологической диагностики, а также системы психопрофилактики и психокоррекции, направленные на редукцию психопатологических феноменов, патоперсонологических особенностей и специфических форм поведенческих отклонений у пациентов.

Психопрофилактическая работа заключалась в поэтапном трехуровневом процессе оптимизации и укрепления знаний среди пожарных о психологической разгрузке, овладении анализом психологически сложных ситуаций на работе, а также рефлексивности и своевременном обращении к специалисту врачу-психологу / практическому психологу.

Психокоррекционная работа проводилась в 4 последовательных этапа и включала набор методов (методик), практик в рамках нейрофизиологической, поведенческой и рациональной коррекционных концепций. Их суть заключалась в формировании обучения навыкам релаксации и оптимизации копинг-стратегий в ситуации риска. Эффективность указанных систем подтверждается 78,67 % результатом 1,5-летнего катамнестического наблюдения.

УДК 618.3:615.851

О. О. Чистова

Харківська медична академія післядипломної освіти

ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПОДРУЖНЬОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ У ЖІНОК: АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Генітальний ендометріоз на сьогодні залишається надзвичайно актуальною проблемою гінекології. Згідно з даними різних авторів, ендометріоз спостерігається у 12—50 % жінок репродуктивного віку, при цьому частота його у різних категорій хворих може коливатися від 2 % до 80 % (И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М А. Геворкян, 2001; В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович, 2001; В. Я. Голота, В. А. Бенюк, 2005; Л. В. Адамян, В. И. Кулаков, 2008). Незалежно від локалізації, генітальний ендометріоз має негативний вплив не тільки на функцію уражених та суміжних органів, але й організм у цілому. Тривалий перебіг, зниження працездатності зумовлює соціальну дезадаптацію хворих у віці їх потенційної активності (В. П. Баскаков і співавт., 2002; Л. В. Адамян, 2006).

Ендометріоз, як будь-яке тривало існуюче страждання, що знижує якість життя, нерідко призводить до невротичних розладів і сексуальних порушень: за різними даними, вони виникають у 17,0—69,5 % жінок (В. Д. Менделевич, 1989; А. Е. Волков, А. А. Окороков, Е. Г. Фардзинова, 2004, 2005; Н. Н. Глебова, А. Н. Додонов, 2004, 2005; И. И. Горпинченко, О. В. Ромащенко, С. Н. Мельников, 2005; G. Bachmann, 2007). У свою чергу, сексуальні розлади дружини, в силу парного характеру сексуальної функції, неминуче призводять до розладу сексуального здоров'я подружньої пари і розвитку порушення подружніх стосунків (В. В. Кришталь, М. В. Маркова, 2002; В. В. Кришталь, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, Л. Ф. Шестопалова, 2006; В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь, 2008). Внутрішньоособистісний конфлікт у дружини і міжособистісний конфлікт подружжя, в свою чергу, обтяжують психопатологічну симптоматику у жінок і посилюють порушення подружньої взаємодії (Н. К. Агишева, 2007, 2008). Залучення до патологічного процесу вегетативно-судинних і обмінно-ендокринних патологічних змін створює своєрідний симптомокомплекс, що призводить до розвитку вторинної патогенетичної титуляризації (В. В. Свиридова, 2010). Усе вищевикладене зазвичай не враховують гінекологи під час розроблення реабілітаційних стратегій ведення даної категорії пацієнток (В. В. Котлік, 2009).

На сьогодні в світі визнано, що ключовою ланкою будь-якого реабілітаційного процесу є сім'я (Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, 2005; В. А. Абрамов та співавт., 2006, 2009; Г. А. Пріб, 2007; В. О. Діхтяр, М. В. Маркова, 2009), реабілітаційний потенціал якої залежить від стану подружніх стосунків (Т. Л. Ряполова, 2008; В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова, 2009; А. В. Іпатов, Б. В. Михайлов, С. М. Мороз, 2009). Саме тому вивчення особливостей подружньої взаємодії для оцінки реабілітаційного потенціалу сім'ї є облігатним під час розроблення будь-якої реабілітаційної стратегії, у тому числі, і медико-психологічної допомоги жінкам, що страждають на ендометріоз. Проте, незважаючи на актуальність вищевикладеного, на сьогоднішній день в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні дослідження, які б об'єднували в собі вивчення як гінекологічних, так і психологічних і сімейних аспектів реабілітації жінок з ендометріозом.

Враховуючи вищенаведене, нами здійснюється робота з всебічного системного вивчення закономірностей формування порушення сексуального здоров'я та подружньої взаємодії при ендометріозі у жінок, на основі чого буде розроблено систему їх психокорекції та психопрофілактики.

УДК [616.89+159.9]:616-07.001

Чугунов В. В.

Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)

ИСТИННЫЙ ПАТОМОРФОЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Под истинным (дотерапевтическим) патоморфозом психических заболеваний понимается изменение «классической» клинической картины психического заболевания в филогенетическом аспекте. К числу основных причин этих процессов относятся следующие.

1. Усовершенствование ранней диагностики психических заболеваний и смещение направленности диагностики с выраженно нарушенного поведения на незначительные отклонения мышления, отражённые в вербальной продукции (от «поведенческой патологии» — к «вербальным продромам»).

2. Выявление всё более ранних форм психических заболеваний и, как следствие, возрастающие трудности психопатологической (с соскальзыванием к патоперсонологической) квалификации психопатологических расстройств и их диагностической кодификации.

3. Мозаичность клинической семиотики в рамках не только нозологической единицы (например — кататоническая импрегнация параноидной и простой форм и параноидная — простой и кататонической форм шизофрении), но и между различными нозологическими формами (например — тревога в структуре депрессивного синдрома в рамках инволюционной меланхолии, постшизофренической депрессии и циркулярного психоза; [псевдо]обсессивные включения в симплекс-комплексе; проявления специфической дефицитарности при расстройствах шизоаффективного круга).

4. Дискурсивная инсталляция «депрессий» и вообще аффектологическая аранжировка психиатрической клиники: её выраженность столь велика, что можно даже говорить об «аффектологической редукции» последней.

5. Дискурсивное муссирование темы психогений (в рамках понятийного континуума «стресс — дистресс») и, как следствие, тотальная «психогенизация» психиатрической клиники, приводящая к деформации диагностического процесса, диссолюции нозо- и синдромографии и к резкому увеличению количества викарных диагнозов «неврозологического» плана.

6. Клиническая модификация дебюта эндогенных психозов за счёт патопластического влияния широко распространённых тенденций к полинаркотизации (как в плане искажения клиники за счёт присоединения экзогенных или псевдоэкзогенных компонентов, так и в плане специфических модусов «аутокурации» психически больных).

7. Придание определяющего значения так называемой «органике»: указание на наличие последней является довлеющим дифференциально-диагностическим фактором *contra* квалификации заболевания (состояния, процесса) как «эндогенного». Разумеется, что в такой ситуации клиническая семиотика отступает на задний план.

8. Реципрокное социально-фармакологическое влияние в сочетании с антипсихиатрическими (по сути, антинозологическими) тенденциями, а именно смещение диагностики в континуум клинической семиотики, фактически даже минуя уровень синдромологии.

9. Стандартизация и формализация, скрининговый характер выявления психической патологии, что приводит к следующим негативным тенденциям: укрупнение групп/кластеров психической патологии; схематизация диагностики с закономерным её огрублением и утратой важнейших черт клинического мышления и компаративного анализа; элиминация клинической патоперсонологии с одновременной гипердиагностикой внеклинических личностных особенностей/изменений (речь идёт о так называемых «акцентуациях», к коим присоединяются псевдотипологии ряда психологических методик); внесение в тексты клинических опросников всех актуальных дефектов и искажений психоического дискурса (псевдомодернизация) при отсутствии действительно необходимой и клинически адекватной модернизации.

10. Расширение сети психиатрических и консультативно-психологических (в том числе ассоциированных с учебными заведениями) инстанций с возможностью первичной («ранней») диагностики психической патологии в широком (и даже вульгарном) её понимании

УДК 616.895-008.44 7

Чугунов В. В., Данилевская Н. В.
«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

ПСЕВДООБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ

Вопрос дифференциальной диагностики психических расстройств остаётся актуальным поныне, особенно в свете патоморфоза психических заболеваний, в том числе отмечающегося на протяжении последних десятилетий патоморфоза шизофрении, выражающегося в сдвиге на более лёгкие формы изменённости — в сторону малопрогредиентных форм — либо во включении в клиническую картину симптомов и симптомокомплексов, в том числе неврозоподобных (в особенности обсессивно-компульсивных, психопатоподобных, аффективных, ипохондрических), выступающих на первый план в картине заболевания, изменяющих его течение и усложняющих дифференциальную диагностику между регистрами психопатологической симптоматики.

Возможно, это послужило одной из причин наметившейся в последнее время тенденции внесения в структуру клинического диагноза шизофрении синдромологических указаний, относящихся не к эндогенному, а к невротическому регистру.

Целью исследования стало проведение дифференциальной диагностики обсессивного и псевдообсессивного синдромов в структуре клинической картины больных обсессивно-компульсивным расстройством и шизофренией (параноидная и простая формы) соответственно.

На базе КУ «Областная психиатрическая больница» (г. Запорожье) под наблюдением находились 100 пациентов, средний возраст которых составлял 35 ± 14 лет. Среди них основную группу составили 40 пациентов с диагнозом «шизофрения, простая форма» (F 20.6) (группа 1). Контрольную группу составили 20 пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F 20.0) (группа 2.1), а также 20 пациентов с диагнозом «обсессивно-компульсивное расстройство» (F 42.0) (группа 2.2).

Среди методов исследования применяли клинико-психопатологический, патопсихологический, катамнестический, контент-анализ, системный и клинико-статистический анализ.

Результаты исследования показали, что у больных простой формой шизофрении, кроме дефицитарной симптоматики, отмечалось наличие несвойственных классическому варианту простой формы шизофрении параноидных включений, подлежащих дифференциальной диагностике с обсессивным синдромом. Проведенный анализ позволил выделить две сферы дифференциальных проявлений среди выявляемых у больных признаков: признаки, составляющие собственно структуру синдрома, и признаки психопатологического фона, которые имели качественные и количественные отличия от классических обсессий и патогенетически являлись проявлениями эндогенного регистра, а именно вариантами параноидных включений (57,50 %), элементами идеаторного психического автоматизма (42,50 %) в структуре симплекс-комплекса — они и получили наименование «псевдообсессий».

Таким образом, на основании результатов исследования можно констатировать, что в случае присутствия в клинической картине больных шизофренией проявлений, подобных обсессивному симптомокомплексу, фактически выявляются псевдообсессии как патогенетический вариант параноидных включений и элементов идеаторного психического автоматизма в структуре симплекс-комплекса, ранее трактуемые как варианты классического обсессивного синдрома, что подвергает сомнению правомерность выделения синдромологической составляющей, относящейся к невротическому регистру в структуре диагнозов у больных эндогенными заболеваниями.

Результаты проведенного исследования позволяют улучшить тонкую дифференциальную диагностику клинических проявлений в структуре эндогенных заболеваний, разработать клинические диагностические принципы, повысить качество терапевтических воздействий.

УДК 616.89-008.444.4-053.2

А. П. Чуприков
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Число случаев детского аутизма (ДА) растет во всем мире, в том числе и в Украине. В этом сообщении мы хотим обсудить ряд спорных моментов в диагностике, понимании клиники, терапевтически-реабилитационной политике данного расстройства.

Известно, что ДА достаточно часто (до 75—80 %) сочетается с органическим фоном: церебральной резидуально-органической недостаточностью в виде разной степени выраженности последствий перинатальной гипоксической энцефалопатии. Как демонстрируют результаты ЭЭГ, ЯМР (в Украине) и нейровизуализационных исследований (за рубежом), органические находки являются не только фоном, но и активно влияют на формирование ведущей психопатологической симптоматики. Детские психиатры игнорируют этот факт при постановке диагноза. Стоит ли это делать? Широкое заимствование тестов из зарубежной коррекционной педагогики и психологии, вне всякого сомнения, обогащает научные исследования в области детской психиатрии. Но нужно ли их навязывать врачу-практику? Мне думается, что вполне достаточно диагностических критериев МКБ-10.

Спорным является отказ от понимания детского аутизма как нейробиологического процесса. О процессуальности аутизма многократно сообщали В. М. Башина (1974, 1999, 2003) и ее ученица Н. В. Симашкова (2006). Международная классификация болезней не требует от врача отказа от традиционной структурно-динамической оценки течения заболевания, что может быть применено и в случае расстройства спектра аутизма. Те факты, что детский аутизм в подавляющем большинстве имеет дебют, спровоцированный разнообразными стрессорами, период активного течения, которое у части детей выглядит как волнообразное, а также выход в состояние со своеобразным дефектом — все это для медикоориентированного специалиста является свидетельством того, что в основе аутистического отклонения развития ребенка лежит динамически развивающееся болезненное состояние. Признание этого обстоятельства вовсе не означает, что мы относим детский аутизм к разделу F 20 МКБ-10, это самостоятельное расстройство.

Еще одним из свидетельств процессуальности ДА являются результаты иммунологических исследований. Накопилось достаточно убедительное количество фактов наличия при ДА аутоиммунного компонента заболевания. К сожалению, утвержденные стандарты лечения игнорируют этот факт.

Здесь уместно сказать, что утвердившееся в психиатрии требование раннего лечения, как условия положительного прогноза, в детской психиатрии приходит в противоречие с инструкциями использовать атипичные нейролептики с 5 и позже лет. Т. е. врач-практик, поставив диагноз аутизма, вынужден порой несколько лет ждать, не имея права назначить эффективное лекарство, быть свидетелем, а не активным участником противоборства с болезнью.

Биологически активные вещества, как нейропептиды и клеточные экстракты (цереброкурин, кортексин и др.), с трудом пробивают себе дорогу в клинику, хотя они способны повлиять на компонент процессуальности ДА.

Наконец, на Конгрессе по медицинскому праву и биоэтике (Киев, апрель 2011) мы совместно с коррекционными педагогами В. Н. Синёвым, Д. И. Шульженко и др. впервые выступили против смены диагноза аутизма на другие «взрослые» диагнозы по достижении подростком-аутиком возраста 18 лет. Пора вслед за зарубежными странами признать диагноз аутизма возможным и у взрослых больных. Надеемся, что здесь «на меже» между детской и взрослой психиатрией, наконец, начнется взаимодействие главных специалистов, НИИ, Минздрава и Министерства труда и социальной политики.

УДК 616.89-053.2-085+616.8-053.2-085+615.851.82:599

А. П. Чуприков, И. В. Вовченко, А. С. Бураго, Е. Е. Кушнирская, Н. Ю. Василевская
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)

АНИМАЛОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Анималотерапия считается комплексным многофункциональным методом реабилитации. Во многих клиниках и лечебных центрах США и Европы проводятся терапевтические процедуры с привлечением различных животных. Анималотерапевты работают в больницах для детей и взрослых, в домах для лиц пожилого возраста, в воинских частях и пенитенциарных заведениях США. Зарубежный опыт показывает перспективность широкого использования метода анималотерапии для социокультурной коммуникации и реабилитации людей разного возраста с инвалидностью. Наиболее распространенными и известными направлениями являются дельфинотерапия, иппотерапия и канистерапия.

Считается, что основным фактором, действующим в дельфинотерапии, является локация пациента в воде дельфином с помощью сонара, излучающего звуки разной частоты. Под влиянием дельфинотерапии у детей с отклонениями в развитии психики (детский аутизм, олигофрения, задержки развития речи, гиперактивность и др.) улучшается коммуникация с окружающим миром, улучшается настроение и аппетит, появляется дневной сон, а ночной становится длительным и глубоким. Дельфинотерапия положительно влияет также и на симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Улучшается ситуация в случаях энуреза и нервных тиков. У детей с умственной отсталостью улучшается социализация, появляются новые коммуникативные навыки. По данным Б. П. Поповского и соавторов (2009), из общего количества детей, которые прошли дельфинотерапию в киевском дельфинарии «Немо», до 75—80 % демонстрировали те или другие признаки улучшения психического состояния.

Центры иппотерапии сегодня есть во многих странах: в США, западных странах, а также в России, Белоруссии, Грузии.

В процессе верховой езды в работу включаются все основные группы мышц тела больного ребенка. Особенно это полезно для детей с нарушениями стато-кинетического развития и последствиями детского церебрального паралича. В настоящее время иппотерапия с успехом стала применяться и в детской психиатрии.

При иппотерапии симметричность нагрузок на всех осях играет важную роль при работе с детьми, имеющими асимметричные двигательные расстройства (которые присущи, в том числе, и детям с аутизмом). Коррекционный эффект имеет также влияние на мускулатуру всадника низкочастотных колебаний тела движущегося животного, что способствует снижению повышенного тонуса и росту объема движений в конечностях. Дозированные нагрузки на вестибулярный анализатор благотворно влияют на нормализацию его функции, улучшают статико-кинетическую организацию моторики, способствуют приобретению уверенности в движениях.

В связи с тем, что анималотерапия, прежде всего, дельфино- и иппотерапия распространены в Украине, насущным является врачебный контроль за деятельностью подобных центров. Министерство здравоохранения официально признало эти виды анималотерапии как вспомогательные методы реабилитации в детской психоневрологии. Однако это не изменило ситуацию — детских неврологов и психиатров в центрах анималотерапии мало. Необходимо продолжить научно-организационную и клинико-диагностическую проработку анималотерапии детей с психоневрологическими отклонениями в развитии.

УДК: [622.81:616-099-06:616.891.6]-071. 072.8-08:615.851

Шарко О. М.
«Харьковская медицинская академия последипломного образования» (г. Харьков)

МОДЕЛЬ ПСИХОПАТОГЕНЕЗА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА НА ФОНЕ ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ

Коморбидные отравлению угарным газом (СО) психопатологические расстройства, особенно вследствие техногенных катастроф, такие как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), представляют собой актуальную медицинскую проблему. Патофизиологически подобные расстройства развиваются на фоне поражения нервной системы, возникающего из-за аноксемии и метаболических нарушений в тканях мозга вследствие опосредованного влияния СО, а также непосредственного токсического действия СО на нервную ткань. Большое значение в патогенезе возникновения коморбидных отравлению СО расстройств имеет нарушения биохимических констант.

Учитывая это, особенностью ПТСР на фоне отравления СО является развитие клинической картины ПТСР на фоне органического поражения центральной нервной системы в результате отравления СО, что часто проявляется психоорганическим синдромом. Однако модель психопатогенеза ПТСР на фоне отравления СО до сих пор не разработана.

Поэтому целью исследования стало разработать патогенетическую модель психопатогенеза ПТСР на фоне отравления СО.

На базе отделения интенсивной терапии и гипербарической оксигенации КЛПУ «Областная клиническая больница профессиональных заболеваний» (г. Донецк) было обследовано 100 больных с ПТСР на фоне отравления СО, 35 больных, страдающих ПТСР в результате аналогичных катастроф, но без отравления СО, и 30 больных с отравлением СО без установленного диагноза ПТСР.

Среди методов исследования применялись: клинико-психопатологический, патопсихологический, контент-анализ, системный и клинико-статистический анализ.

Согласно полученным данным, в обоих случаях — при хроническом отравлении угарным газом и остром отравлении в первичном периоде заболевания (т. е. в момент непосредственного воздействия психотравмирующей ситуации) — возникала острая стрессовая реакция, которая со временем трансформировалась в ПТСР. Однако в раннем — первом — периоде развитие ПТСР имело существенные отличия в зависимости от вариантов (острого либо хронического) отравления СО. У больных с предыдущим хроническим отравлением СО развитие ПТСР происходило на органическом фоне, который сформировался ранее, при этом в клинической картине заболевания симптомы ПТСР сопровождались экзогенно-органической аранжировкой. Одновременно у больных ПТСР с совмещенным острым отравлением угарным газом развитие ПТСР происходило на неизменной почве, в этом случае в клинической картине доминировали симптомы отравления СО, нивелирующие проявления ПТСР.

У обследованных больных отмечались три варианта перехода острой стрессовой реакции в ПТСР: прямой, интермиссионный и трансформационный, которые отличались наличием либо отсутствием периода интермиссии, соответствия первичной клинической семиотики, структурными и динамическими параметрами.

В отдаленном — втором — периоде заболевания происходило частичное нивелирование клинической картины и конвергенция остаточной симптоматики. При этом выделялись несколько вариантов ПТСР, в зависимости от доминирования клинических проявлений: расстройства аффективного круга; расстройства патоперсонологического круга; расстройства невротически-соматоформного круга; расстройства депрессивно-ипохондрического круга, фоном для проявления которых служил резидуально-органический фон.

Таким образом, результаты исследования позволяют построить патогенетическую модель психопатогенеза ПТСР на фоне отравления СО, что дает возможность усовершенствовать систему дифференциальной диагностики и терапии данной патологии.

УДК 614.2

Шейніна Т. Л.
Харківська медична академія післядипломної освіти, КЗОЗ «Харківська міська дитяча лікарня № 5» (м. Харків)

ПОГЛЯД НА РЕОРГАНІЗАЦІЮ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В УКРАЇНІ

Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливою складовою життя, які міцно пов'язані між собою та залежать один від одного. За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, у 25 % всього населення в той чи інший період життя розвиваються психічні відхилення, у 10—20 % дітей розвиваються одне чи більше відхилень поведінки.

Система психіатричної допомоги дітям в Україні дійсно застаріла, та потребує реорганізації, мають місце також проблеми з кадровим забезпеченням, особливо в сільській місцевості. При цьому, з одного боку, система охорони здоров'я провідних Європейських держав не є досконалою, і значний відсоток пацієнтів з розладами психіки не отримують високоспеціалізованого обслуговування, або отримують його на пізніх етапах розвитку хвороби, з другого боку, особливості українського суспільства, рівень життя населення, віддаленість та малодоступність

окремих населених пунктів від районних центрів диктують необхідність інших підходів до надання спеціалізованої психіатричної допомоги. При реформуванні необхідно зберегти те позитивне, що існує в діючій системі охорони здоров'я — систему диспансерно-динамічного спостереження.

По-перше, сучасні стратегії в галузі охорони психічного здоров'я потребують міжгалузевого підходу та мають передбачати заходи з урахуванням можливостей багатьох сфер та спеціалістів різного профілю — медичних працівників, органів освіти, органів соціального захисту, засобів масової інформації тощо.

По-друге, пріоритетним повинно бути забезпечення доступу дітей до спеціалізованої психіатричної допомоги за місцем мешкання.

На первинному рівні медичної допомоги працюють сімейні лікарі, які повинні проводити профілактичну роботу, скринінги рівня психічного розвитку, скринінги рівня суїцидальності у дітей шкільного віку сумісно з психологами та педагогами загальноосвітніх шкіл, та, при наявності у дитини ознак психічних порушень, направляти в кабінети охорони психічного здоров'я та психіатричної допомоги. В штати цих кабінетів повинні бути включені дитячі психіатри та психологи, які проводять діагностику психічних захворювань, направляють на другій рівень медичної допомоги та здійснюють диспансеризацію та реабілітацію дітей з розладами психіки та поведінки на підставі спадкоємності з фахівцями другого та третього рівня медичної допомоги. Особливо важливо створення таких кабінетів в районних центрах для забезпечення доступності надання спеціалізованої допомоги дітям та можливість виїздів фахівців в сільські амбулаторії (пересувні кабінети консультативної психіатрії). В рамках цих кабінетів можуть працювати бригади раннього втручання для забезпечення діагностики розладів у дітей до 3-х років.

Для забезпечення якості надання високоспеціалізованої психіатричної допомоги вважаємо необхідним організацію регіональних лікувально-реабілітаційних центрів з консультаційним відділенням та ліжками денного перебування. В центрах повинні працювати бригади спеціалістів за різними напрямками: робота з дітьми, які мають розлади розвитку спектра аутизму, бригада, що працює з дітьми з опозиційно-зухвалою поведінкою, бригада спеціалістів по корекції гіперкінетичного розладу та ін. В таких центрах повинні працювати спеціалісти з різних галузей: охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та ін. Фахівці центрів є координаторами в роботі фахівців первинного, вторинного та третинного рівня, бригад раннього втручання, працівників соціального захисту, органів освіти, проводять організаційну, просвітницьку, навчальну роботу.

УДК 159.922:614.253-071-082.6

Л. Ф. Шестопалова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ДОСЛІДЖЕННЯ ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ В СУЧАСНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

В умовах реформування сучасної медицини, коли змінюється характер відносин між лікарем і пацієнтом, зростає потреба в оптимізації психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу та організації нових форм допомоги хворим, що неможливо без належно сформованого терапевтичного альянсу.

На підставі отриманих результатів комплексного психодіагностичного дослідження було визначено основні типи терапевтичного альянсу (ТА) та його підтипи. Основними типами ТА є партнерський, емпатійний, регламентувальний, формальний, дистантний та нональянс, тобто альянс фактично несформований. Основними змістовними компонентами ТА виступають рольові позиції лікаря та пацієнта, які становлять індивідуальний стиль реалізації їхніх соціальних ролей. В залежності від співвідношення рольових позицій кожного з учасників взаємодії було виділено конгруентні (коли їх рольові позиції узгоджені між собою, комплементарні) та неконгруентні (коли їх рольові позиції не узгоджені або суперечливі) підтипи терапевтичного альянсу. Партнерський ТА є конгруентним і включає власне партнерство та функціональне співробітництво як з боку лікаря, так і з боку пацієнта. Емпатійний альянс може бути конгруентним у разі гіперпротекції з позиції лікаря та емоційної залежності з боку пацієнта та неконгруентним при гіперпротекції лікаря (емоційній залежності хворого) та будь-яким ставленням з боку пацієнта (лікаря). Регламентувальний альянс є конгруентним у разі авторитарної позиції лікаря і пасивності пацієнта та неконгруентним при авторитарній позиції лікаря (пасивності пацієнта) і будь-якій іншій позиції хворого (лікаря). Формальний ТА може бути конгруентним при формальній позиції обох учасників взаємодії а також неконгруентним у разі формальності співпраці з боку одного з них та будь-якій позиції іншого. Дистантний ТА є неконгруентним і передбачає дистанціювання хворого, незалежно від позиції лікаря. Нональянс також є неконгруентним і включає псевдопартнерство або неадекватність з боку пацієнта при будь-якій позиції лікаря.

Дані проведених досліджень дозволили визначити групи психологічних чинників, що впливають на формування терапевтичного альянсу у лікарів та пацієнтів: базові, інтегративні та ситуативні. Базові чинники відображають загальні індивідуально-психологічні характеристики учасників взаємодії: особливості особистості, емоційної сфери та когнітивної продуктивності (у хворих). Інтегративні чинники — характеристики, що формуються на основі базових, а також пов'язані з особливостями соціальної перцепції та соціальних установок учасників взаємодії: рівень емпатії та довіри до партнера по спілкуванню, рівень відповідальності за результат лікування, особливості комунікативного стилю, соціальних установок та характеристик соціально-перцептивних процесів. Ситуативні чинники є найбільш динамічними і пов`язані з конкретною ситуацією взаємодії: рівень емоційного комфорту в процесі спілкування, ступінь співробітництва, рівень психологічної дистанції з партнером по спілкуванню. Встановлено також умови формування ТА у лікарів і хворих, а саме — особливості параметрів терапевтичного середовища (рівень, тип, ефективність роботи його терапевтичних функціональних груп), умови професійної діяльності медичних спеціалістів, клінічні характеристики захворювання пацієнтів та особливості його лікування, існуюче ставлення до медицини у суспільстві, попередній досвід взаємодії з медичними спеціалістами (у хворих).

УДК 159.922: 616.89-057-85:615.214

Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСНОВНІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

Однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем на цей час є вивчення психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу, насамперед, терапевтичного альянсу (ТА) між лікарем і пацієнтом. Це має велике значення як для організації ефективного лікування хворих, так і для профілактики емоційного вигоряння медичних спеціалістів. Однак багато аспектів даного феномену досі залишаються не дослідженими. Так, недостатньо вивчені умови його формування та функціонування, медико-психологічні та соціально-психологічні чинники, значущі для встановлення тієї чи іншої форми ТА у медичних спеціалістів та пацієнтів тощо.

В дослідженні взяли участь 30 лікарів: 14 (46,66 %) неврологів та 16 (53,34 %) психіатрів. Використовували комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення особливостей взаємин в системі «лікар — пацієнт» (з позиції медичних спеціалістів), а також емоційно-комунікативних характеристик лікарів.

В результаті дослідження було визначено основні рольові позиції лікарів як конкретні форми реалізації терапевтичного альянсу: «Гіперпротекція» (30,00 %), «Функціональне співробітництво» (23,34 %), «Авторитарність» (16,66 %) «Партнерство» (16,66 %) та змішана форма (13,34 %).

Вивчено емоційно-комунікативні особливості лікарів, значущі для формування їх рольових позицій при взаємодії з пацієнтами. Встановленню партнерської позиції медичних спеціалістів сприяє широкий діапазон конструктивних копінг-стратегій, розвиненість емоційного інтелекту та емпатійних здібностей, гнучкість комунікативного стилю, діалогічна спрямованість у спілкуванні. Схильність лікарів до функціонального співробітництва з хворим поєднується з індиферентною спрямованістю у спілкуванні. Формуванню гіперпротекції медичних спеціалістів у відносинах з пацієнтом сприяє схильність до прояву надмірної емпатії. Маніпулятивна і авторитарна спрямованість у спілкуванні з хворими ускладнює встановлення партнерської позиції лікарів, функціонального співробітництва та гіперпротекції. Схильність лікарів до авторитарності при взаємодії з пацієнтами поєднується з ригідністю комунікативного стилю та авторитарною

спрямованістю у спілкуванні. Ускладнює встановлення подібної рольової позиції діалогічна комунікативна стратегія.

Також виявлено основні системоутворюючі чинники формування ТА у лікарів: професійні настанови, характер репрезентації образу пацієнта та форми рольових позицій, які формуються на основі їх базових індивідуально-психологічних особливостей та системи потреб, мотивів, цілей та цінностей, що пов`язані з професійною діяльністю.

Отримані результати можуть бути використані для розроблення засад оптимізації терапевтичного альянсу між лікарем та пацієнтом в ході лікувально-реабілітаційного процесу, а також створення спеціальних тренінгів для медичних спеціалістів, спрямованих на розширення їх комунікативних ресурсів та профілактику емоційного вигоряння.

УДК 612.014.46:615.9-08

Шуклин Д. Е.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ГОРМЕЗИС В АДАПТИВНЫХ СИСТЕМАХ

Негативное воздействие на систему может приводить к различным нарушениям её функций. Возможны структурные разрушения отдельных компонентов или выход параметров компонентов из области допустимых значений. Рассмотрим негативное воздействие, которое, нанося ущерб отдельным компонентам системы, недостаточно для разрушения адаптационных функций системы и системы в целом. Такое негативное воздействие нарушает равновесие, запуская механизмы активного противодействия, адаптивная система стремится сохранить внутреннее гомеостатическое равновесие. Это осуществимо благодаря такой перестройке системы, которая скомпенсирует внешнее негативное воздействие. Компенсирующий ответ системы на негативное воздействие будет запаздывать на время, требуемое для развертывания и активации компенсирующей подсистемы. Адаптация системы к негативному воздействию завершается по достижении заданного уровня гомеостатического баланса.

После снятия внешнего негативного воздействия компенсирующая подсистема автоматически утрачивает свою полезность, но продолжает выполнять работу и может стать новым воздействующим фактором. Равновесие в системе нарушится и возникнет эффект гиперкомпенсации. Отключение компенсирующей подсистемы произойдет с некоторой задержкой, определяемой временем наступления гиперкомпенсации и временем реакции на факт обнаружения гиперкомпенсации. За это время будет выработано некоторое количество того фактора, который компенсировал вредное воздействие. Не будучи востребованным в новой ситуации, этот фактор либо депонируется в системе, либо вступит во взаимодействие с компонентами системы. Можно предположить, что в ряде случаев недоиспользованный фактор, выработанный системой для компенсации внешнего вредного воздействия, будет стимулировать систему. Система не изменит качества выполняемых функций, но увеличит свои количественные показатели. Для биологических организмов это приведет к стимуляции метаболизма, репараций, жизнеспособности и поведенческой активности. В данной работе выдвигается предположение, что гормезис реализуется на основании изложенной гипотетической модели.

Гиперкомпенсация смещает состояние системы вне зоны гомеостатического баланса. Адаптивная система стремится отреагировать на нарушение гомеостаза и отключить механизмы активного противодействия. Для пролонгации эффекта гормезис интересно отсрочить деактивацию механизмов противодействия. Для этого можно применить тетаническую стимуляцию системы негативным воздействием. Периодически повторяющееся негативное воздействие будет поддерживать уровень стресса и не допустит отключения механизмов противодействия. Тем самым в промежутках между отдельными квантами стимуляции будет сохранена гиперкомпенсирующая функция активного противодействия.

Отключение механизмов активного противодействия возможно по различным сценариям. Можно предположить, что в ряде случаев прекращение негативного воздействия приведет к структурному разрушению неиспользуемых компенсирующих механизмов. В этом случае при повторном воздействии негативного фактора системе придется разворачивать компенсирующий механизм с нуля, так же как это происходило при первом столкновении с негативным фактором.

Можно также предположить, что прекращение негативного воздействия не приведет к структурному разрушению компенсирующих механизмов, а привет к их деактивации. В этом случае при повторном воздействии негативного фактора система будет обладать развернутой компенсирующей подсистемой и сможет активировать ее с меньшими затратами энергии и времени. Можно говорить, что такая система обладает памятью на негативные воздействия и при первом воздействии негативного фактора приобретает иммунитет к этому негативному фактору. В этом сценарии прослеживается аналогия с вакцинацией, когда первое подпороговое негативное воздействие приводит к сенсибилизации.

При необходимости сформировать устойчивость организма к воздействию токсинов возникает соблазн использовать для активации компенсирующей подсистемы нетоксичный агонист. Это представляется возможным, когда у организма могут быть выработаны иммунитет к токсину и условный рефлекс на воздействие агониста. Воздействие на несенсибилизированный организм нетоксичного агониста в силу нетоксичности не приведет к нарушению гомеостатического баланса. Система управления не сформирует команду на формирование компенсирующего механизма. Представляется возможным натренировать систему совместным воздействием токсина и его нетоксичного агониста. Токсин вызовет нарушение гомеостаза, и формирование компенсирующего механизма (сенсибилизацию). Совместное воздействие на систему токсина и его агониста сформирует условный рефлекс, благодаря которому воздействие агониста будет распознаваться системой управления так же, как воздействие токсина. При воздействии агониста на сенсибилизированный организм, у которого выработан условный рефлекс агонист = токсин (компенсирующая подсистема построена во время предыдущего воздействия токсина), компенсирующая подсистема может быть активирована не по факту нарушения гомеостатического баланса, а фактом распознавания агониста. Это дает надежду на возможность запуска механизма «гормезис» нетоксичным агонистом без причинения ущерба организму токсином.

УДК 616.89-058

Юрьев М. Н., Дымшиц С. М., Двирская Э. А., Сардак С. Б., Шажко Е. Л.

КРУ «Клиническая психиатрическая больница № 1» (г. Симферополь)

ШИЗОФРЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХОТИЧЕСКИХ И НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

В настоящее время остаются актуальными указания Комитета экспертов ВОЗ по психическому здоровью [1961] о том, что психически больные «по возможности должны получать лечение, находясь в обществе, в обычной для них обстановке». Такие условия могут осуществляться в дневном стационаре.

Целью работы явилось изучение частоты больных шизофренией среди поступивших пациентов с психотическими и непсихотическими расстройствами в дневной стационар в различные пятилетние периоды его 35-летней деятельности.

Дневной стационар при Крымской республиканской клинической психиатрической больнице № 1 организован в середине 1974 года. Анализ частоты поступлений больных шизофренией в дневной стационар в пятилетние периоды его 35-летней работы проводился с 1975 г. по 2009 г. В дневной стационар поступали больные с различными нозологическими заболеваниями, которые не требуют обязательной госпитализации и сохраняют положительную установку на лечение. Исключение составляли больные, представляющие опасность для себя и окружающих, пациенты, страдающие тяжелыми соматическими, инфекционными заболеваниями, а также больные с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ.

В дневной стационар ежегодно поступало в среднем 730 больных, у которых диагностировались шизофрения, шизотипические, шизоаффективные, бредовые, аффективные, личностные и невротические расстройства, а также органические психотические и непсихотические расстройства и умственная отсталость. Их диагностику осуществляли с учетом критериев, представленных в МКБ-10 [1994].

В общей численности больных, находящихся на лечении в дневном стационаре в I и II пятилетних периодах, с 1975 г. по 1984 г., частота больных шизофренией не отличалась и соответственно составляла 45,4 и 44,9 % случаев ($p > 0,3$). Частота

поступлений больных шизофренией в III пятилетнем периоде, с 1985 г. по 1989 г. (35,2 %), снизилась в 1,2 раза в сравнении с предыдущим пятилетием (44,1 %) ($p < 0,001$). Отмеченная тенденция к уменьшению частоты больных шизофренией наблюдалась и в IV и V пятилетних периодах, с 1990 г. по 1999 г., где ее частота составляла 26,3 и 28,7 % случаев, что соответственно в 1,7 и 1,6 раза меньше в сравнении со средней ее величиной (45,2 %) в I и II пятилетних интервалах, с 1975 г. по 1984 г. ($p < 0,001$).

Снижение частоты больных шизофренией среди поступающих в дневной стационар в 15-летний период (с 1985 г. по 1999 г.) обусловлено повышением количества поступивших пациентов с невротическими, аффективными и соматоформными расстройствами, связанными с социально-экономической нестабильностью и снижением материального уровня населения в период перед распадом СССР и в первое 10-летие независимости Украины.

В VI и VII пятилетних периодах, составляющих последнее 10-летие, с 2000 г. по 2009 г., частота шизофрении среди различных заболеваний у поступавших на лечение в дневной стационар пациентов не отличалась и соответственно составляла 44,6 % и 46,3 %. Отмеченные величины в 1,6 раза превышали частоту шизофрении в структуре V пятилетнего периода (1995—1999 гг.) — 28,7 % ($p < 0,001$). Ее частота соответствовала показателям в I и II пятилетних интервалах (45,4 и 44,9 %), приходящихся на первое 10-летие работы дневного стационара.

Таким образом, анализ поступлений больных шизофренией на лечение в дневной стационар в течение 35 лет (с 1975 г. по 2009 г.), обнаружил снижение ее частоты в 15-летний период, с 1985 г. по 1999 г., что обусловлено увеличением частоты невротических, аффективных и соматоформных расстройств. В последнее десятилетие (2000—2009 гг.) частота больных шизофренией достигла уровня первого 10-летия работы дневного стационара, с 1975 г. по 1984 г.

УДК 616.89-008.441.44-036.8:711.437:711.13(477)

Юрьева Л. Н.*, Зинченко Е. Н.**, Юрьев А. Е.*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины (г. Днепропетровск),*

*Министерство здравоохранения Украины** (г. Киев)*

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Нами была проанализирована динамика городских и сельских самоубийств в Украине за двадцатилетний период (1991—2010 гг.). Преобладание сельских суицидов над городскими было стабильным на протяжении всего изучаемого периода времени. Причем, соотношение суицидов среди сельского населения к суицидам среди городского населения имеет тенденцию к увеличению. В 1990 году оно составило 1,4:1; в 2008 году — 1,7:1, в 2010 году — 1,8:1.

Анализ суицидологической ситуации среди городского и сельского населения Украины за 2010 год выявил, что сельские жители в 1,8 раза чаще совершают самоубийства, чем городские. Причем, мужчины, проживающие в сельской местности гораздо чаще совершают самоубийства, чем женщины. Соотношение завершенных суицидов у мужчин и женщин в сельских районах в 2010 году составило 6,7:1 (в городах — 4,8:1, а в среднем по Украине 6,1:1). Среди факторов, потенцирующих суицидальный риск, первостепенное значение имеет злоупотребление алкоголем и его суррогатами.

Для анализа регионального и гендерного уровня смертности в результате суицидов среди городского и сельского населения нами были вычислены средние показатели частоты суицидов в восточных, западных, центральных и южных регионах Украины за 2000—2010 годы, отраженные в таблице.

Региональное и гендерное распределение городских и сельских суицидов в Украине (среднее за 2000—2010 гг., на 100 тыс. населения)

Регионы	Мужчины			Женщины			Город	Село
	Город	Село	Село/ город	Город	Село	Село/ город	муж/ жен	муж/ жен
Восточная Украина	44,3	77,9	1,8	8,9	13,0	1,5	5,0	6,0
Западная Украина	19,5	26,6	1,4	3,3	3,3	1,0	5,9	8,0
Центральная Украина	32,7	67,3	1,9	5,8	10,0	1,5	5,6	6,8
Южная Украина	42,3	62,0	1,5	8,9	9,9	1,1	4,8	6,3
Украина	35,4	56,2	1,6	7,0	8,7	1,2	5,0	6,5

При анализе данных таблицы обращает на себя внимание преобладание сельских суицидов, как в популяции мужчин, так и в популяции женщин, во всех регионах Украины. Максимальное соотношение сельских и городских суицидов отмечается в Центральной и Восточной Украине как у мужчин так и женщин. минимальное — в Западной Украине. Следует отметить, что среди женщин, проживающих в Западной и Южной Украине, различия не существенны.

В целом, соотношение мужских суицидов к женским в селе выше, чем в городе (6,5:1 и 5,0:1 соответственно). Максимальная разница этого показателя зафиксирована в Западной Украине (8,0:1), минимальная — в Южном (4,8:1 для города) и в Восточном (6,0:1 для села) регионах Украины.

Полученные данные указывают на необходимость разработки региональных дифференцированных профилактических программ, направленных на предотвращение суицидального поведения среди населения.

УДК 616.89-008.454.441.44-071.2-084:61:168.3

Юрьева Л. Н., Шевченко Ю. Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины (г. Днепропетровск)

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КОНТЕКСТЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Аффективные расстройства являются наиболее суицидоопасными среди всех психических и поведенческих расстройств. Их высокий суицидальный потенциал обусловлен тем, что в структуре подавляющего большинства аффективных расстройств присутствует депрессия. С целью разработки современных профилактических программ для этих пациентов нами была проанализирована база данных, которая содержит в себе данные доказательной медицины, направленные на фармакотерапевтическую и психотерапевтическую коррекцию депрессивных расстройств.

Согласно современным стандартам, выделяют следующие уровни доказательности.

- Уровень I (A) — к этому уровню доказательности относят данные полученные в результате крупных, рандомизированных, двойных слепых, плацебоконтролируемых исследований.
- Уровень II (B) — данные небольших рандомизированных и контролируемых исследований.
- Уровень III (C) — результаты исследования случай — контроль, или когортные исследования (иногда их относят к уровню II).
- Уровень IV (D) — сведения, содержащиеся в отчётах экспертных групп или консенсусах специалистов (иногда их относят к уровню III).

В результате проведенного анализа было выявлено, что при фармакотерапии у пациентов с депрессивным расстройством препаратами первой линии являются антидепрессанты (уровень доказательности А), и электросудорожная терапия (ЭСТ). Доказано, что с целью профилактики суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами лечение нужно проводить в острой фазе до достижения ремиссии (уровень доказательности А). Доказана необходимость применения антидепрессантов в течение 12-ти месяцев (при первичном эпизоде). В случае рецидива — более длительно (уровень доказательности В).

При выборе антидепрессантов доказано значение следующих факторов:

- Тип депрессии (психотический или непсихотический) (уровень доказательности А)
- Прошлая результативность применения препарата (уровень доказательности С)
- Переносимость данного препарата (уровень доказательности А)
- Безопасность препарата (уровень доказательности А)
- Потенциальные побочные эффекты (уровень доказательности А)
- Лекарственное взаимодействие (уровень доказательности А)
- Хорошая приверженность терапии («комплайенс») (уровень доказательности В).

В контексте доказательной медицины установлена высокая результативность когнитивно-бихевиоральной и диалектической бихевиоральной терапии (уровень доказательности А).

Была подтверждена эффективность с уровнем доказательности «В» кризисной психотерапии.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о необходимости создания образовательных программ по клинической суицидологии и специализированных клинических протоколов, базирующихся на данных доказательной медицины.

УДК 616.89-008.441.44-036.8(477)

Юрьева Л. Н., Юрьев А. Е.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины (г. Днепропетровск)

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В УКРАИНЕ

При проведении анализа динамики уровня суицидов в Украине за 30-летний период (с 1981 по 2010 годы) выявлены значительные колебания суицидальной смертности, которые могут быть разделены на несколько периодов.

1. Период снижения суицидальной смертности времен позднего СССР («застой») и антиалкогольной кампании (1981—1988). Наивысший показатель суицидальной смертности в Украинской ССР был зафиксирован в начале изучаемого периода (25,06 самоубийств на 100 тыс. населения в 1982 г.). В течение следующих четырех лет число суицидов сократилось почти в 1,4 раза и достигло своего минимума в 1986 году (18,47 самоубийств на 100 тыс. населения). В дальнейшем уровень самоубийств колебался незначительно вплоть до 1991 года. В этот период проводилась масштабная антиалкогольная кампания. В работах ряда авторов выдвинута гипотеза о взаимосвязи между антиалкогольной кампанией и снижением уровня суицидов.

2. Период роста суицидальной смертности времен «кризиса после распада СССР» (1991—1996) характеризуется стремительным ростом самоубийств среди населения Украины. За период с 1991 по 1996 годы уровень завершенных суицидов увеличился в 1,4 раза с 20,6 самоубийств на 100 тыс. населения в 1991 году до 29,4 в 1996 году. Данный период исторически характеризуется глубокими и стремительными изменениями, связанными с трансформацией в социальной, экономической, культурной сферах жизни. Данный период также характеризуется отменой антиалкогольных ограничений и широкой доступностью алкоголя для населения.

3. Период стабилизации суицидальной смертности (1996—2000) характеризуется стабильно высоким уровнем суицидов на протяжении 4 лет. Исторически этот период совпал с экономическим кризисом 1998 года.

За 15-летний период (1983—1997 гг.) изменилась возрастная и социальная структура суицидентов. Так, если в 1983 году 94,6 % суицидов приходилось на возрастную группу 20—60 лет, то в 1997 году в эту группу было отнесено только 87,4 % суицидентов. Наибольшее количество завершенных суицидов в 1997 году совершили лица работоспособного возраста (71,5 %). Средний возраст смерти суицидентов составил 48,3 года. На 1,5 % возросло число лиц моложе 20 лет и на 8,4 % — старше 60 лет. Более чем в шесть раз увеличилось количество суицидов среди неработающих (2,4 % и 15,2 % соответственно).

4. Период снижения суицидальной смертности (2000—2010) характеризуется снижением уровня распространенности суицидов. С 2006 года Украина из группы стран с высоким или «критическим» уровнем суицидов (более 20 самоубийств на 100 тыс. населения) переместилась в группу стран со средним уровнем распространенности самоубийств.

Описанная динамика самоубийств в Украине характерна для многих стран СНГ, где пик суицидальной активности был достигнут через 4—6 лет после распада СССР. В этот период была особенно выражена психическая дезадаптация населения, вызванная социально-экономическими потрясениями, сменой и ломкой национальной мотивации, кризисом идентичности, аномией. Затем наступает адаптация населения к новым социокультуральным условиям и наблюдается постепенное снижение частоты суицидов.

Полученные данные указывают на высокую значимость первичной профилактики суицидов с акцентом на психологические, социальные и информационно-образовательные стратегии и необходимость разработки дифференцированных программ превентивных вмешательств.

УДК 616.831-001.31-008.47(-07)(581)

Якущенко И. А.*, Песоцкая Е. В.**

КП «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3», ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»** (г. Харьков)*

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ПОЛУЧЕННОЙ В БОЕВЫХ УСЛОВИЯХ (АФГАНИСТАН)

У ветеранов локальных войн, в т. ч. участников военных действий в Афганистане, в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) формируется дефицитарная органическая симптоматика.

Целью нашей работы явилось изучение психопатологических и неврологических нарушений у этой категории пациентов.

В период с 2009 по 2011 гг. нами обследовано 252 пациента мужского пола в возрасте от 49 до 55 лет, ветеранов войны в Афганистане, перенесших «боевую» закрытую ЧМТ легкой и средней степени тяжести, которые находились на стационарном лечении в 23-м госпитальном отделении ХОКПБ № 3. Всем больным проводили стандартное клинико-неврологическое обследование, исследование функции вегетативной нервной системы с применением опросников (Вейн А. М. с соавт., 1998), психодиагностическое исследование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D), нейропсихологическое исследование с использованием шкалы оценки психического состояния (Mini-mental state examination — MMSE).

При объективном исследовании у обследованных пациентов выявлены следующие неврологические синдромы: пирамидный — 63,8 %, вестибуло-атактический — 71,0 %, подкорковый — 34,3 %, нарушения со стороны черепно-мозговых нервов — 49,5 %, синдром вегетативной дисфункции (пароксизмальное течение — 59,1 %, перманентное — 32,6 %).

В психическом статусе у больных обнаруживались неврозоподобные (36,5 %) и поведенческие (46,3 %) расстройства с ведущим психопатоподобным синдромом и негрубым когнитивным снижением (24—25 баллов по шкале MMSE), ипохондрическими переживаниями сверхценного уровня (64,3 %). В большинстве случаев эта психопатологическая симптоматика имела тенденцию к прогредиентному течению с формированием хронических посттравматических изменений личности. У 26,2 % больных клиническая картина характеризовалась четко очерченным психоорганическим симптомокомплексом с выраженными когнитивными нарушениями (20—22 балла по шкале MMSE). Эти больные отличались однотипностью жалоб, однообразием психопатологической симптоматики, полиморфизмом сопутствующих соматических заболеваний. В психическом статусе выявлялись инертность и ригидность мышления, нарушения памяти и расстройства волевой сферы. Аффективная сфера больных характеризовалась пониженным настроением с элементами угрюмости или эксплозивности, неадекватными по силе и выраженности эмоциональными реакциями, возникающими непосредственно в ответ на психотравмирующую ситуацию. Отмечена характерная динамика личностных изменений с нарастанием мнестического дефекта и эмоционально-волевого регресса с формированием органической деменции.

Проведенное исследование продемонстрировало у пациентов, перенесших «боевую» ЗЧМТ, наличие неврологического и психопатологического симптомокомплекса, характерной особенностью которого является раннее формирование подкоркового синдрома в виде дрожательной формы паркинсонизма и прогрессирующих когнитивных нарушений (деменции).

НАРКОЛОГІЯ

УДК: 616.89-008.441.13(477)-036.66:615.851

Андрух П. Г.
Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

О ЗНАЧЕНИИ ФЕНОМЕНОЛОГИИ СОЗАВИСИМОСТИ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Всё большее количество наркологических пациентов на Украине и за рубежом обращаются за помощью к врачам-психиатрам, наркологам и психотерапевтам. Позитивный результат зачастую зависит от уникальности организации специализированной помощи. Как правило, учитываются многие особенности окружения наркозависимых, результаты психодиагностических исследований и анализ социального окружения. Однако не всегда учитываются психические феномены созависимости родственников и близких больных, не проводится специализированное клиническое интервью, направленное на диагностику семейных взаимоотношений.

На основании цели — разработать принципы и дифференцированные системы психотерапии и реабилитации лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ (ПАВ) на основании сравнительного клинико-психопатологического, медико-психологического и клинико-психофеноменологического анализа выявленных у них эмоциональных нарушений и сочетанных расстройств, а также отношений созависимости в их семьях, были осуществлены мероприятия анализа феноменологии созависимости.

Обследовано 726 пациентов, которые страдали зависимостью от разных видов ПАВ. Из них были выделены основные контингенты (470 лиц): с зависимостью от алкоголя (200 лиц); с зависимостью от опиоидов (180 лиц); с зависимостью от психостимуляторов (90 лиц).

Так, кроме основных методов — клинико-психопатологического, психодиагностического и клинико-психофеноменологического, нами были реализованы социально-психологические (социометрические) методы.

Социометрические исследования направлены на изучение феноменологии созависимости в семьях пациентов на разных стадиях развития наркомании. С пациентами проводили клинические беседы (приближенные к нарративному интервью), ретроспективный анализ семейных взаимоотношений (для исследования преморбида), а также использовали специально разработанный нами метод геноэмоциограммы (вариант геносоциограммы). Основным направлением последнего являлось выявление эмоционально значимых моментов, событий в жизни семьи в их связи с факторами наркотизации и формированием «наркоманической личности». В отличие от геносоциограммы, в геноэмоциограмме много статусно-ролевых моментов семейной истории подверглись элиминации, а доминирующее место занял именно эмоциональный контекст отношений.

На основании анализа полученных результатов сформулированы следующие принципы системы психотерапии зависимых от ПАВ пациентов: эмотивности, стрессорности, интрузивности, конгруэнтности, нарастающей массивности, полифокальности, мультиобъектности, социометричности.

Разработанная система психотерапии состояла из таких компонентов: эмотивного, телесноориентированного, личностно-реконструктивного, мотивационного, аутогенного, семейного и конативного, а также этапов: оценочно-диагностического, индивидуально-психотехнического, индивидуально-клинического, индивидуально-персонологического, аутогенного, семейного, апробационного, катамнестического.

Психосоциальная реабилитация проводилась по принципам: мотивированности, совпадения модусов амбулаторной/госпитальной терапии больного и созависимых членов семьи и/или лиц близкого окружения, интенсивности, партнёрства, взаимной ответственности, внешней и внутренней транспарентности.

Эффективность разработанных систем в сравнении с контрольной группой составляет 72,00 % у лиц с зависимостью от алкоголя; 64,00 % — у лиц с зависимостью от опиоидов; 51,00 % — у лиц с зависимостью от психостимуляторов.

УДК: 616.89-008.441.13-07-08-092-037:577.11

Артемчук А. А.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

БИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДБОРА КОМПОНЕНТОВ В ФАРМАКОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕХНОЛОГИЮ «КОМПОЗИТ-1» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Нами разработана и успешно применяется в течение ряда лет эффективная антиалкогольная фармакологическая технология «Композит-1» (Патент 72 687 UA, A61 K31/00. Спосіб лікування алкоголізму / А. П. Артемчук, Г. Х. Божко, О. О. Артемчук. Бюл. № 3, 15.03.2005). В ней используется девять препаратов, официально разрешённых к медицинской практике, собранных для удобства пользователя в одном пакете для перорального приёма на протяжении 1,5 часов, в определённой последовательности. «Композит» предназначен для выведения из запоя, снятия алкогольной интоксикации (АИ), купирования синдрома отмены алкоголя (СОА), а также для профилактики рецидива алкогольной зависимости (АЗ) на этапах ремиссии.

Концептуальной особенностью наших подходов было понимание того факта, что для эффективного лечения основных алкогольных симптомов необходима целенаправленная активация определённых биохимических адаптационных механизмов. Во-первых: лекарственные воздействия должны стимулировать энзимные реакции, которые имеют важное патогенетическое значение при АЗ. Во-вторых: коррекция метаболизма должна происходить вследствие направленного повышения уровня, прежде всего, предшественников синтеза, а не готовых для функции молекул. В-третьих: подобранные лекарственные средства не должны сопровождаться дополнительными токсическими эффектами.

Превращение этанола в организме катализируют специфические ферменты — алкогольдегидрогеназа и ацетальдегиддегидрогеназа. Вместе с тем, этиловый алкоголь, как и другие ксенобиотики, может окисляться и в микросомах клеток печени в результате прямого присоединения кислорода с помощью неспецифических механизмов в результате действия монооксигеназ микросом (цитохромы Р450) и каталазы. Повышенная концентрация этанола в крови больных способствует его превращению преимущественно путём неспецифических механизмов. Главной особенностью всей группы этих ферментов (монооксидаз) является их способность к индукции субстратом. Это означает, что при наличии субстрата (ксенобиотика этанола) их количество и активность в организме скачкообразно повышается (в 25 и более раз). Ряд исследований свидетельствуют о функциональной сопряжённости монооксигеназной и иммунной систем. Всё это указывает на целесообразность использования индукторов микросомальных монооксигеназ в терапии интоксикационных и постинтоксикационных состояний.

В состав «Композита-1» включён бензонал — 0,2 г (фенобарбитал), являющийся эффективным индуктором микросомальных монооксидаз. Идее метаболической адаптации полностью отвечает применение β-аланина (0,1 г). Следующим компонентом «Композита» является рибоксин (0,2 г), который увеличивает энергетический потенциал организма и повышает его способность к адаптации. Пирацетам (0,4 г) является синтетическим аналогом γ-аминомасляной кислоты и выполняет в организме функцию тормозного нейромедиатора. Он стимулирует окислительно-восстановительные процессы, улучшается метаболические и биоэнергетические процессы в нейронах. Пирроксан (0,03 г) используется нами для ослабления нарушений симпатоадреналовой системы в структуре СОА и нормализации экскреции катехоламинов. Мочевина (10 г) устраняет ацидоз, предупреждает отёк-набухание мозга. Никотиновая кислота (0,1 г) предотвращает дефицит никотинамидадениндинуклеотидов и коферментов. Ацетилсалициловая кислота (0,5 г) оказывает противовоспалительное, антиагрегантное и анальгезирующее действие. Циннаризин (0,05 г) восстанавливает общее и мозговое кровообращение, улучшает реологические свойства крови, снимает перевозбуждение нервной системы.

Применение «Копмпозита» в амбулаторной практике показало его высокую эффективность, сопоставимую с эффектами парентерального лечения.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артемчук А. П.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

КОНЦЕПТУАЛЬНЕ ПІДҐРУНТЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НАРКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ (за матеріалами російських дослідників)

Лікування та реабілітація наркохворих — це ланки єдиного процесу з досягнення тверезого способу життя [Лекции по наркологии / под ред. Иванца Н. Н., 1995]. Реабілітація — це комплекс медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на профілактику прогресування патології, вивільнення ресурсів особистості, відновлення або набуття ефективних життєвих навичок та повернення хворих у суспільство [Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2000]. Поняття реабілітації виходить за межі класичної медицини [Меновщиков В. Ю., 1998]. Реабілітація в наркології — це системний багатовекторний та багатоаспектний процес на протязі всього життя пацієнта [Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А., 2001; Валентик Ю. В., 2001]. Виділяють такі моделі реабілітації: «покрокову» (тобто у напрямку — від меншої за напруженням, ціною та обсягом — до більш інтенсивної, довгострокової та коштовної) та «повного піклування» (тобто шляхом застосування усіх видів допомоги — не тільки медичної) [Кабанов М. М., 1978; Николаева Л. Ф., 1998].

Головні складові реабілітації: медична (третинна профілактика), психологічна та соціальна [Дудко Т. Н. и др., 2001]. Як магістральні завдання реабілітації російські дослідники виділяють: формування мотивації у хворих на участь у відновному процесі; дезактуалізація провідних проявів синдрому залежності і превенція рецидивів; усунення негативних наслідків вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (ПАР); стимуляція особистісного зростання; формування взаємодії із сімейним колом і відновлення соціального функціонування [Алфёрова Т. С., Потехина О. А., 1995; Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2000; Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000].

До головних принципів реабілітації наркохворих відносять: добровільність, відповідальність, системність та командну роботу, опору на відновлені соціальні цінності та норми, диференційованість, етапність та послідовність, відмову від вживання ПАР [Дереча В. А., Дереча Г. И., Карнец В. В., 2001; Дудко Т. Н. и др., 2001].

До типів реабілітаційних програм належать професійні медичні; змішані, але під контролем медичних робітників. Перші спрямовані на досягнення повного утримання пацієнтів від вживання ПАР: навчання «контрольованому вживанню»; проведення замісної терапії. Серед інших виділяють сімейні, конфесіональні, трудові, «повний притулок», а також терапія середовищем, зайнятістю, когнітивно-, психодинамічно- та релігійно-орієнтовані форми психотерапії, арт-терапія і т. д. [Меновщиков В. Ю., 1998; Копытин А. И., 1999; Навайтис Г., 1999; Алфёрова Т. С., Потехина О. А., 1995; Фримен Д., 2001].

Типи реабілітаційних структур поділяються на малоструктуровані (поселення наркоманів, комуни, групи само- та взаємодопомоги) та багатоструктуровані (реабілітаційні центри, терапевтичні товариства, дім «на півшляху»). Як фази реабілітації дослідники [Кабанов М. М., 1978; Алфёрова Т. С., Потехина О. А., 1995; Дудко Т. Н. и др., 2001] виокремлюють: власне лікування; власне реабілітацію; підготовку до життя за межами реабілітаційних закладів; повернення у суспільство; післялікувальний період. За тривалістю розрізняють короткочасні (протягом 3—6 місяців), середньострокові (6—12 міс.) та довгострокові реабілітаційні програми (1 рік і більше) [Валентик Ю. В., 2001; Дудко Т. Н. и др., 2001].

Проте, в Росії до теперішнього часу не створено адекватних, поліпрофесійних та реабілітаційних структур, які б могли реально забезпечити повернення хворих наркопрофілю у суспільне життя. Просте запозичення закордонного досвіду та автоматичне перенесення його у сьогодення — не може дати бажаних результатів.

УДК 616.89-008.44.13-08

Артемчук А. П.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

МЕТАБОЛІЧНЕ ПІДҐРУНТЯ ТРАНСФОРМОВАНИХ, ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ РІЗНОВИДІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА РОЗРОБКА БЕЗПЕЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ СЕНСИБІЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

Головним завданням наркологічних установ є лікування значного контингенту хворих на алкогольну залежність (АЗ) та застосування різних технологій, спрямованих на збереження терапевтичних ремісій. З цією метою широко застосовують такі препарати спрямованої дії як дисульфірам, налтрексон, тіаприд, а також великий арсенал засобів симптоматичної дії в поєднанні із психотерапією.

Похідні дисульфіраму (тетурам, антабус, есперал), цитрат-карбаміду кальцію (темпозіл, колме), метранідазолу (трихопол, флагіл), фуразолідону, а також новітні форми (тетлонг-250, лідевін) використовують для створення фізичної непереносимості до вживання алкоголю. Підґрунтям цього явища є процес інгібірування альдегіддегідрогенази дисульфірамом або карбамідом кальцію, що веде до накопичення в організмі хворого на АЗ дуже токсичної речовини — ацетальдегіду, що обумовлює різке погіршення його психічного та фізичного стану (задуху, нудоту та блювоту, почервоніння обличчя і тулубу, серцебиття, страх смерті). Саме ця інтоксикація ацетальдегідом примушує хворого утримуватися від подальшого вживання алкоголю. Окрім того доказано, що саме ацетальдегід справляє виражену мембраностабілізуючу дію в організмі хворого на АЗ.

Разом з цим, вищезазначені токсичні препарати та продукти їх перетворення в умовах довгострокового застосування і періодичного підвищення їх концентрації в тканинах, супроводжуються процесами трансформації типової картини АЗ та металкогольних коморбідних розладів, виникненням різних ускладнень.

Серед змін типового перебігу АЗ під впливом лікування препаратами сенсибілізуючої дії нами виявлені такі: поява змінених форм алкогольного сп'яніння з агресією, саморуйнівною та руйнівною поведінкою, стійкого психоорганічного синдрому; збільшення частоти психотичних розладів, амнестичних форм сп'яніння та нападів епілепсії, гепатозу та цирозу печінки, гіпертонії; прискорення виникнення та обтяження проявів соціальної та особистісної декомпенсації, III стадії АЗ.

Водночас, сучасна наркологія не в змозі відмовитися від застосування препаратів сенсибілізуючої та аверсійної дії. Вихід — в спрямованому вивченні великого клінічного матеріалу, що відображає результати багаторічного застосування сенсибілізуючих методів лікування, дослідження головних напрямків і результатів патоморфозу АЗ під їх дією та розроблення максимально безпечних, комбінованих, новітніх сенсибілізуючих до алкоголю технологій.

УДК 615.015.6:614.2(083.75)

Бражник Л. О., Милашенко О. М., Чуєва К. Ю., Лизунов С. М., Шабанов В. М., Баганча О. В., Резниченко М. В., Густодим Ю. О.
Наркологічний центр «Авіценна» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ВИМОГ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРИВАТНОЇ НАРКОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Метою цього дослідження стало вивчення нормативно-правової бази та наказів Міністерства охорони здоров`я України щодо організації приватної медичної, у тому числі наркологічної практики. Проаналізована низка документів МОЗ на протязі останніх років, які регламентують питання ліцензування, акредитації, якості надання допомоги, та стандартів діагностичної, лікувальної та профілактичної діяльності лікувальних закладів. У національній системі охорони здоров'я України надання наркологічної допомоги особам із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин здійснюють державні та приватні наркологічні заклади. Відповідно до сучасних вимог МОЗ України, медична практика у приватних наркологічних клініках здійснюється на підставі ліцензії на даний вид медичної практики та виконання клініками кваліфікаційних, організаційних та інших спеціальних вимог, установлених ліцензійними умовами провадження господарської діяльності. Особливі вимоги до ліцензіатів, які провадять медичну практику, у т. ч. надання наркологічної допомоги, визначені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2 лютого 2011 р. № 49 (з доповненнями) «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики». Важливо відмітити, що у 2010 році «Тимчасовий галузевий класифікатор медичних процедур (послуг)» доповнений розділом «Наркологічна допомога».

Право надавати наркологічну допомогу має лікар-нарколог, який є фахівцем з повною вищою освіту (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Лікувальна справа», з подальшою спеціалізацію «Наркологія», та має чинний сертифіката лікаря-спеціаліста.

Лікар нарколог повинен кожні 5 років проходити курси тематичного удосконалення, підвищувати свій кваліфікаційний рівень на передатестаційних циклах. Через два роки від початку діяльності приватного наркологічного закладу проводиться державна акредитація, тобто встановлення відповідності закладу охорони здоров'я певним вимогам до процесу та умов надання визначеного виду медичної допомоги, які затверджені наказом МОЗ від 14 березня 2011 року № 142 «Про удосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я».

Незважаючи на загальний характер Ліцензійних умов, надання наркологічної допомоги у приватній практиці має свої певні обмеження (проводити профілактичні наркологічні огляди громадян, судові експертизи, експертизу сп'яніння, видавати листки непрацездатності, використовувати психотропні речовини). При провадженні наркологічної практики приватними лікарями-наркологами пропоновані види і форми допомоги повинні бути досить різноманітними та гнучкими, що дозволить реагувати на потреби клієнтів з огляду на ступінь важкості їх залежності, особисті обставини, мотивацію, а також реакцію на медичне втручання. При цьому наркологічна допомога повинна надаватись згідно з «Тимчасовими галузевими уніфікованими стандартами медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України», «Нормативами надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», та наказу «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія» № 681 від 21 вересня 2009 р. Особисту увагу треба звернути на таку законодавчу норму, що діагноз «наркоманія» може бути встановлений при медичному обстеженні пацієнта у стаціонарних умовах лікарсько-консультаційною комісією, тобто не менше 3-х лікарів. Методи лікувального впливу в приватній наркології можуть застосовуватися лише за усвідомленою інформованою згодою дієздатної особи, щодо якої вони застосовуються, або за згодою її законного представника.

УДК 613.84-07-092-08

Бухтіярова О. Г.

Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЮТЮНОПАЛІННЯ

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування залежності від тютюнопаління (ТП) на основі виявлених нових патогенетичних механізмів формування даної адикції.

В дослідженні брали участь 150 молодих чоловіків віком від 19 до 25 років із залежністю від ТП, згідно з критеріями МКХ-10, середній стаж ТП складав 5,1 ± 2,6 роки, досліджувані в середньому випалювали 17,0 ± 7,4 сигарет на добу.

Курці основної групи А (n = 50) отримували комплексне лікування, що було націлено на кілька ланок патогенезу залежності від ТП, та включало до себе умовно-рефлекторну терапію препаратом анальгін-хінін, що завдяки появі неприємного гіркого присмаку в ротовій порожнині сприяло утворенню негативного умовного рефлексу та почуття відрази від ТП у відповідь на дію стимулів, пов'язаних із ТП; екзистенціальну групову психотерапію, за допомогою якої здійснювалось реструктурування життєвих цінностей, підвищувалась цілеспрямованість та мотивація до подолання залежності від ТП; препарат конвулекс (вальпроєва кислота) для нормалізації електрофізіологічних порушень у головному мозку курців, починаючи з 5 мг/кг 1 раз на добу внутрішньовенно з поступовим збільшенням дози до 500 мг/добу, після чого пацієнти переходили на його пероральний прийом в дозі 500 мг 1 раз на добу вранці курсом 3 місяці.

В терапії групи Б (n = 50) для корекції неврастеноподібного стану в абстинентному періоді, клінічними проявами якого були астенія, загальне недомагання, сонливість, роздратування, деяке когнітивне зниження, підвищена фізична та психічна виснаженість, нами додатково до вказаного вище лікувального комплексу призначався препарат настоянки женьшеню, що має нікотиноподібну дію, по 15—30 крапель 2—3 рази на добу за 30—40 хвилин до прийому їжі протягом 3 місяців.

Пацієнти контрольної групи В (n = 50) отримували стандартне лікування — нікотинзамісну терапію нікотиновою гумкою «Нікоретте» протягом 3 місяців на тлі раціональної психотерапії, що включала до себе роз'яснювальну бесіду про шкоду для здоров'я, що наносить ТП.

Наприкінці 3 місяця в групі А 62 % пацієнтів продовжували стримуватися від ТП, в групі Б цей показник складав 70 %, що значно перевищувало ефективність лікування в контрольній групі (21 %).

Через 6 місяців після закінчення лікування кількість залежних від ТП, що перебували в ремісії, в контрольній групі складало лише 11 %, що значно поступалося результатам в основних групах, що отримували комплексне лікування. Найбільш стійка ремісія відзначалася в групі Б, в якій 60,9 % пацієнтів продовжували втримуватися від вживання тютюнових виробів.

Таким чином, отримані результати дослідження вказують на те, що запропонована комплексна патогенетично обґрунтована терапія залежності від ТП є ефективною та сприяє стійкої ремісії даної адикції.

УДК 616.89-008.441.13-073.97.001.8

Васильєва О. О.

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

НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ

За останнє десятиріччя в Україні визначилася тенденція до збільшення захворюваності на синдром алкогольної залежності з тяжкими психоневрологічними розладами. Вплив алкоголю на порушення функцій нервової системи, головного мозку та усього організму в цілому визначається в загальнотоксичній дії, яка проявляється спочатку функціональними, а потім в органічними ураженнями внутрішніх органів та нервової системи, формуванням та становленням синдрому алкогольної залежності та алкогольного абстинентного синдрому, розвитком тяжких соматоневрологічних та психічних порушень на фоні гострих алкогольних психозів та хронічних алкогольних станів, а також різних депресивних розладів та специфічних змін особистості. В світі сучасного погляду нейрофізіологічні механізми розвитку залежності від алкоголю базуються в стовбурових та лімбічних структурах мозку, у тих його ділянках, де розташовується так звана система емоційного підкріплення, яка бере участь у забезпеченні регуляції емоційного стану, серцево-судинних та вегетативних реакцій, настрою, мотиваційної сфери, психофізичного тонусу, поведінки людини в цілому, його адаптації до навколишнього середовища. Всі ці зміни мають безпосереднє відображення у електрофізіологічній активності головного мозку та клінічній неврологічній симптоматиці у осіб, що страждають на алкогольну залежність.

У зв'язку з вище означеними проблемами ми дослідили особливості клінічних проявів неврологічних порушень та особливості біоелектричної активності головного мозку у хворих двох груп (по 30 осіб) з синдромом алкогольної залежності на тлі постійної та запійної форми алкоголізації для виявлення та корекції різноманітних неврологічних та психотичних порушень в гострому психотичному стані

Найбільш тяжкі неврологічні прояви у хворих обох груп можливо об'єднати у три провідних синдроми: дискоординаційний синдром (спостерігався в обох групах, але частіше — у пацієнтів із постійною формою алкоголізації), ліквороногіпертензійний синдром (головний біль був виражений у хворих на запійну форму) та епілептичний синдром (який клінічно був представлений у хворих обох груп, але більш специфічними для нього проявами алкогольної епілепсії спостерігався у хворих з запійною формою алкоголізації). В період гострого психотичного стану неврологічна симптоматика у цих хворих характеризувалася більш грубими розладами.

ЕЕГ обстеження проводилося на 16-канальному електроенцефалографі фірми «Радмир» з монополярним розташуванням електродів по міжнародній системі «10—20». Аналіз біоелектричної активності у хворих в гострих психотичних станах (абстинентному синдромі, делірії) показав, що у хворих з запійною формою алкогольної залежності відбувається порушення активуючої неспецифічної системи стовбура, внаслідок чого відбувається посилене генерування частот β-діапазону та пароксизмальної активності. ЕЕГ у хворих з постійною формою алкогольної залежності характеризується загальномозковими змінами органічного типу з наявністю патологічної епілептиформної, іритативної, осередкової активності на тлі десинхронізації α-ритму середньої амплітуди, домінуванні β-активності високої частоти й амплітуди, переважно діенцефального рівня дисфункції.

Таким чином, ураження стовбурових структур та структур мозочка було характерним для хворих на алкогольну залежність з запійною формою алкоголізації, а ураження коркових та підкоркових діенцефальних структур, а також структур мозочка відбувалося при постійній формі зловживання алкоголем.

УДК 616.89-008

Виноград С. П.
Сумской областной клинический психоневрологический диспансер (г. Сумы)

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ

Медицинские, и прежде всего наркологические, аспекты безопасности дорожного движения являются ключевыми в плане предотвращения дорожно-транспортных происшествий и связанных с ними проблем травматизации и смертности. В связи с этим идентификация острой интоксикации алкоголем, синдрома алкогольной зависимости, соматической патологии алкогольного генеза имеет большое значение среди контингента лиц, проходящих медицинскую комиссию на предмет допуска к управлению транспортными средствами. Это приобретает особую актуальность, так как большинство обследуемых либо отрицают употребление алкоголя, либо значительно занижают количество и качество потребленного. В медицинской комиссии «Сумского регионального медицинского центра безопасности дорожного движения» ежедневно проходят обследование от 40 до 60 водителей и кандидатов в водители. Согласно приказа МЗ Украины за № 339 от 28.11.97 и № 124/345 от 5 июня 2000 г. медицинский осмотр водителей транспортных средств проводится с целью определения способности к безопасному управлению транспортными средствами.

Обследована сплошная выборка респондентов (235 человек), обратившихся к врачу наркологу за наркосертификатом с целью дальнейшего получения медицинской справки водителя (форма 083-о). Алгоритм осмотра включал клинико-психологическое тестирование, ЭКГ, РЕГ, ЭЭГ, исследование артериального давления (АД), частоты пульса, частоты дыхательных движений, лабораторное обследование (активность ферментов ГГТ, АСТ, АЛТ). По результатам клинического осмотра, данных анамнеза была выявлена группа обследуемых (28 респондентов), имевших комбинацию соматоневрологических и психопатологических признаков алкогольной зависимости (гиперемированная кожа, цианотичный оттенок, инъекция склер, общий гипергидроз, ЧДД до 22 в 1 мин, АД свыше 160/100 мм рт. ст., ЧСС свыше 90 в 1 мин, обложенный язык, болезненность в правом подреберье, увеличенная печень, установочный нистагм, церебральные дисфункции, пароксизмальная активность, генерализованный тремор рук, век, головы, туловища, промахивание при выполнении пальценосовой пробы обеими руками, затрудненная ходьба с закрытыми глазами, атаксия в позе Ромберга, формальный контакт, отвлекаемость, суетливость, напряженность, раздражительность, грубость, тревожность), сопряженные с положительными лабораторными маркерами (повышенный уровень γ-ГГТ, АСТ, γ-ГТП/АЛТ > 1, АСТ/АЛТ — коэффициент ДеРитиса более 1,4). У 4 обследуемых выявлены симптомы остаточных явлений острой алкогольной интоксикации, что подтвердилось при дополнительном исследовании с помощью аппаратного обследования (прибор «Алконт-01 СУ»). Все респонденты были мужчины, в возрасте 34,4 ± 5,7 лет, не состоящие на учете в наркологическом диспансере и ранее не обращавшиеся за наркологической помощью. В связи с наличием клинико-лабораторных данных в пользу алкогольной зависимости все они были направлены на углубленное обследование в стационарное наркологическое отделение.

Полученные результаты свидетельствуют, что идентификация алкогольной зависимости является сложной проблемой на этапе наркологического профилактического осмотра, клинические и лабораторные данные могут носить в ряде наблюдений противоречивый характер, а дальнейшее исследование по данной тематике должно быть направлено на поиск новых, диагностически ценных и статистически достоверных комбинаций нескольких клинических и лабораторных маркеров. Тщательный скрининг алкогольной зависимости с помощью клинико-лабораторного тестирования позволит избежать тяжелых медицинских, социальных и юридических проблем на транспорте и поможет в своевременной диагностике и лечении алкогольной болезни.

УДК: 616.89-008.441.13:615.212.7

Гайдабрус А. В.
Наркологічний кабінет клініки психіатрії та наркології Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (м. Харків)

КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЗВІЛЬНЕНИХ У ЗАПАС

Поширення алкоголізму є однією з центральних проблем сучасної України. Досить сказати, що на далеко не повному диспансерному обліку з приводу хронічних алкогольних синдромів сьогодні перебуває 608 648 хворих або 1 324,20 на 100 тис. населення. Пік вживання алкогольних напоїв припадає на вік від 20 до 40 років, на осіб працездатного віку, що підриває економічну основу існування нації. Залежність від алкоголю не визнає гендерних, станових або професійних бар'єрів. Її поширення триває не тільки серед цивільних громадян, а і серед військовослужбовців. Так, у 2007 році, у військових госпіталях лікувалось від алкоголізму 768 чоловік, а вже у 2008 році, у порівнянні з 2007 роком, цей показник збільшився на 15 %.

Не менш актуальною є проблема поширення алкоголізму серед пенсіонерів Міністерства оборони, які залишають лави збройних сил відносно молодими людьми. Ця проблема для таких нових пенсіонерів додатково загострюється через сильний стрес, пов'язаний із різкою зміною способу життя, соціального статусу, оточення та умов праці вже в новому, цивільному стані. Часто у військовослужбовців після звільнення з'являється тривога, пов'язана із невизначеністю їхнього майбутнього. Тривога обтяжується пригніченим настроєм, іпохондричними переживаннями, спалахами дисфорії, порушеннями сну, нічними жахами та специфічними переживаннями психотравмуючих подій, свідками яких були ці люди під час своєї служби. Часто саме алкоголізація стає для таких людей хибною спробою розв'язання своїх проблем.

Між тим проблема алкогольної залежності серед військових пенсіонерів в Україні залишається практично не дослідженою. Існують лише поодинокі публікації щодо цієї теми, переважно соціологічного характеру. Що стосується статей, присвячених власне медичним, наркологічним аспектам проблеми, проблемам профілактики та спеціалізованої допомоги цій категорії населення, то їх знайти не вдалося.

Ось чому метою цієї роботи є розроблення підходів до профілактики, лікування та реабілітації військових пенсіонерів, залежних від алкоголю, на основі дослідження факторів ризику формування цього розладу та клініко-психопатологічних особливостей його перебігу у хворих зазначеного контингенту

Проаналізовано медичну документацію та анамнез 80 пацієнтів, залежних від алкоголю: 40 військовослужбовців, звільнених у запас (ВЗЗ) і 40 цивільних осіб (ЦО) порівнянного віку та службового/робочого стажу. В результаті дослідження анамнезу встановлено, що ВЗЗ (у порівнянні з ЦО) достовірно ($p < 0,05$) частіше мали вищу освіту (62,5 % проти 29 %) й запійну форму вживання алкоголю (87,6 %, проти 77,0 %); більшу середню тривалість госпіталізації (18,63 ± 1,82 діб проти 10,46 ± 1,32 діб), але меншу середню тривалість запоїв (7,5 ± 0,74 діб проти 9,5 ± 1,01 діб) та меншу середню тривалість захворювання (6,84 ± 0,75 років проти 7,38 ± 0,59 років). В результаті фізикального дослідження встановлено, що у ВЗЗ (порівняно з ЦО) достовірно ($p < 0,05$) частіше: спостерігались периферичні набряки (17,1 % проти 2,6 %), але рідкіше — наліт на язику (41,5 % проти 61,5 %). В результаті параклінічних досліджень встановлено, що ВЗЗ (у порівнянні з ЦО) мали достовірно ($p < 0,05$) вищі середні рівні АЛТ (95,06 ± 22,40 од/л проти 53,41 ± 6,89 од/л), але нижчі середні рівні АСТ (74,28 ± 12,27 од/л проти 81,79 ± 11,19 од/л) та нижчі середні рівні тромбоцитів у крові (185,33 ± 59,96 10^9/л проти 244,59 ± 15,13 10^9/л), а також лейкоцитів у полі зору при мікроскопії осаду сечі (4,86 ± 1,07 лейкоцитів проти 6,77 ± 1,44 лейкоцитів).

Зараз триває дослідження інших особливостей залежних від алкоголю ВЗЗ з метою створення передумов для комплексної оцінки їхнього соматичного, неврологічного та психічного статусу і розроблення на цій основі нових підходів до профілактики, лікування та реабілітації цього контингенту хворих.

УДК 616.89-008.441.13-092:616-08

К. Д. Гапонов
КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків)

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В УМОВАХ ЇЇ СУЧАСНОГО ПАТОМОРФОЗУ

Мета роботи — з позицій біопсихосоціального підходу до вивчення сучасного патоморфозу алкогольної залежності (АЗ) розробити диференційовану систему лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії хворих.

На першому етапі з метою встановлення та ідентифікації змістовного наповнення феномену патоморфозу АЗ проведено ретроспективний аналіз 300 історії хвороби пацієнтів з АЗ, що проходили лікування у 1990, 2000 та 2010 рр. на базі КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків). На другому етапі роботи для встановлення особливостей клінічного аранжування перебігу АЗ в умовах її сучасного патоморфозу, а також його соціальних та психологічних предикторів, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру було обстежено 120 чоловіків, хворих на АЗ, з діагнозом F 10.24 (основна група). Тривалість АЗ до 3-х років була притаманна 35 особам (29,2 ± 4,5 %), від 4 до 5 років — 45 пацієнтам (37,5 ± 4,8 %), від 6 до 9 років — 40 хворим (33,3 ± 4,7 %). Групу порівняння склали 50 практично здорових чоловіків. На третьому етапі роботи для визначення ефективності розроблених лікувально-реабілітаційних заходів основну групу було поділено на дві підгрупи: терапевтичну, пацієнти якої брали участь у заходах, розроблених за результатами власних досліджень — 64 особи, та контрольну — 56 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію.

Дослідженням підтверджено існування феномену патоморфозу АЗ на сучасному етапі, ідентифіковано його змістовне наповнення та виділено його психосоціальну, клінічну та терапевтичну форми, які можуть існувати окремо, або переходити одна в другу, обумовлюючи обтяження медико-соціальних наслідків АЗ.

Встановлена специфічність клініко-психопатологічних та соціальних особливостей АЗ, які систематизовані як індикатори вираженості шкідливих наслідків АЗ, що об'єднані в кластери ознак в аспекті оптимізації її комплексного лікування: мінімальні, виражені та тяжкі шкідливі наслідки ($p < 0,01$). Доведена необхідність їх визначення як критерію диференціації вибору змісту та обсягу заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих з АЗ, в залежності від тяжкості шкідливих наслідків алкогольної хвороби.

Визначені особливості здатності сприйняття соціальної підтримки в осіб з залежністю від алкоголю. Основними факторами впливу на процес сприйняття соціальної підтримки виділені компрометація емоційно-вольових властивостей особистості та низька комунікаційно-емоційна компетентність, які складають особистісний ресурс сприйняття соціальної підтримки, а також негативна динаміка вищезазначеного феномену у хворих на АЗ із прогресуванням захворювання ($p < 0,01$).

На основі аналізу та узагальнення отриманих даних розроблено алгоритм оцінки реабілітаційного потенціалу (РП) хворого на АЗ як критерію диференціації обсягу і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу — інтегрального показника, що містить стандартизовану оцінку психосоціального, клінічного та терапевтичного ресурсів хворого.

Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну практику систему лікувально-реабілітаційного супроводу, що складається зі стаціонарного та амбулаторного етапів лікування, обсяг і зміст заходів яких диференційований в залежності від РП хворого.

Впровадження даної системи із визначенням змін у клінічній, психосоціальній та особистісній/міжособистісній сферах життя пацієнтів довело її ефективність порівняно з заходами регламентованої терапії ($p < 0,01$).

УДК 616.89-008.441.13-036.1

В. В. Гегешко
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Цель данной работы — установить характерные особенности формирования и течения синдрома отмены алкоголя с впервые возникшим делирием.

В условиях стационара проведено сравнительное исследование 120 мужчин в возрасте 20—60 лет, из них — 60 человек с синдромом отмены алкоголя с первым психотическим эпизодом (СОА с делирием) и 60 человек — с неосложненным синдромом отмены алкоголя (СОА без делирия).

Методы: клинико-психопатологический метод, с использованием оценки зависимости и синдрома отмены по МКБ-10; выявление устойчивых психологических характеристик (тест-опросник Айзенка); оценка тяжести алкогольной зависимости (шкала SADQ-C T. Stockwell et al.); оценка тяжести синдрома отмены алкоголя (CIWA-Ar); оценка тяжести синдрома отмены алкоголя с делирием (DRS); статистические методы.

Установлено, что пациенты с первичным СОА с делирием достоверно отличаются от пациентов с СОА без делирия более высокой месячной толерантностью (248,47 ± 30,47 СДА против 150,45 ± 26,62 СДА); наличием бессонницы (2,63 ± 0,14 дней против 1,55 ± 0,08 дней, большим количеством дней воздержания от употребления алкоголя перед госпитализацией (2,98 ± 0,16 дней против 1,63 ± 0,08), меньшим числом предыдущих госпитализаций (1,28 ± 0,33 против 2,48 ± 0,40).

Кроме того, показано, что пациенты с СОА с делирием достоверно отличаются от пациентов с СОА без делирия общей тяжестью своего состояния при госпитализации (1,55 ± 0,06 балла против 1,08 ± 0,04); продолжительностью воздержания от употребления алкоголя накануне госпитализации (3,02 ± 0,17 дней против 1,62 ± 0,08); сниженным мышечным тонусом (0,07 ± 0,12 балла против 0,68 ± 0,09); температурой тела — (36,68 ± 0,03)° С против (36,61 ± 0,02)° С.

Оценка выраженности проявлений синдрома отмены алкоголя по шкале CIWA-ar показала достоверно более высокую выраженность следующих симптомов: тошнота или рвота (1,82 ± 0,18 балла против 2,42 ± 0,12); тактильные расстройства (3,47 ± 0,21 балла против 0,44 ± 0,10); зрительные расстройства (4,20 ± 0,09 балла против 0,37 ± 0,09); слуховые расстройства (4,15 ± 0,14 балла против 0,02 ± 0,02); пароксизмальный пот (4,30 ± 0,13 балла против 3,87 ± 0,10); дезориентация и помутнение сознания (2,33 ± 0,12 балла против 0,58 ± 0,08); головная боль, тяжесть в голове (3,18 ± 0,20 балла против 3,87 ± 0,17); возбуждение (4,50 ± 0,12 балла против 3,78 ± 0,10); выраженность синдрома отмены в целом (36,08 ± 0,69 балла против 23,17 ± 0,45).

Оценка выраженности проявлений синдрома отмены с делирием по шкале DRS показала наличие достоверных различий по следующим основным симптомам: расстройства восприятия (2,77 ± 0,07 балла против 0,00 ± 0,00 балла; галлюцинации (2,18 ± 0,06 против 0,00 ± 0,00); бред (1,48 ± 0,19 против 0,03 ± 0,03); психомоторное возбуждение (2,00 ± 0,07 против 1,22 ± 0,09); лабильность психики (настроения) (1,12 ± 0,07 против 0,70 ± 0,08); смена симптомов (1,00 ± 0,00 против 1,30 ± 0,10); DRS в целом (15,48 ± 0,30 балла против 5,37 ± 0,22 балла).

Результаты, полученные с помощью теста-опросника Айзенка показали, что пациенты с СОА с делирием достоверно менее лживы, чем пациенты с СОА без делирия (3,65 ± 0,21 против 12,68 ± 0,18), также у них достоверно ниже показатели экстраверсии (10,40 ± 0,34 против 33,83 ± 0,36) и нейротизма (15,38 ± 0,47 против 33,15 ± 0,41).

УДК 616.89-008.441.13-06:616.74-009.17

Задорожный В. В.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

МИАСТЕНОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ

Со времен Маньяна получило признание, что алкогольная патология необыкновенно разнообразна и может имитировать многие другие заболевания. Один из классиков отечественной психоневрологии — Г. Я. Лукачер (1976) провел своеобразную «инвентаризацию» неврологических проявлений при алкоголизме, и описал 10 различных синдромов, в том числе гипоталамический, псевдотабетический, ликворно-гипертензионный, синдром рассеянного энцефаломиелита и другие. Указаний на наличие у таких больных симптомов, сходных с миастенией, в доступной литературе мы не выявили.

При неврологическом осмотре больных в острейшем периоде алкогольного делирия мы обратили внимание на наличие своеобразной симптоматики, весьма сходной с таковой при «глазной» форме *myasthenia gravis*. По мере движений глазных яблок вслед за неврологическим молоточком происходит

постепенное опускание век вплоть до полного закрытия глазной щели. После непродолжительного отдыха больной может открыть глаза, но при повторном проведении данной пробы ситуация повторяется. Первоначальное предположение о том, что это связано с психическим состоянием пациентов (кратким временем привлечения активного внимания, астенией, сонливостью), было нами отвергнуто, поскольку они были достаточно стеничны, чтобы выполнять другие, достаточно сложные инструкции и действия.

Нами обследовано 585 больных в острейшем периоде алкогольного делирия. Все больные были мужчины в возрасте от 20 до 72 лет. Больных с указанной симптоматикой среди них оказалось 40 человек (6,8 %, I группа). Их мы сравнивали с пациентами, у которых отмечалось полное открытие глазной щели (321 человек, II группа), и больными с умеренно выраженным постоянным птозом (224 пациента, III группа).

Мы попытались выявить другие клинические и лабораторные особенности, характерные для I группы больных. Оказалось, что пациенты с миастеноподобным синдромом являются достоверно более молодыми люди, чем те, у которых эти проявления не наблюдаются (соответственно 35 ± 4 и 46 ± 2 года). Также у них достоверно короче стаж алкоголизации до развития психоза, что указывает на высокую прогредиентность алкоголизма. Делирий у них чаще, чем в других группах, развивался без отмены алкоголя. В случаях отмены алкоголя период абстиненции до развития психоза у них также был заметно короче. Эти люди были атлетического сложения, с хорошо развитой мускулатурой. Признаки хронической алкогольной миопатии у них выявлялись достоверно реже, чем у остальных пациентов. Размеры зрачка совпадали с таковыми у лиц с постоянным птозом и были достоверно меньшими, чем у лиц с полным открытием глазной щели. Проявления наружного офтальмопареза были умеренными и достоверно менее выраженными, чем, например, у больных с признаками частичного птоза век. Выраженность нистагма была такой же, как у лиц с полным открытием глазной щели и достоверно выше, чем у пациентов с постоянным птозом. Зато косоглазие выявлялось существенно чаще. Выявлены также некоторые биохимические особенности (статистически значимое относительное повышение уровня глюкозы крови, ферментов — АЛТ, АСТ, амилазы крови, — по сравнению с группами сравнения). Летальность у этих больных достоверно ниже, чем в группах сравнения.

Можно заключить, что лица с миастеноподобным синдромом среди больных с алкогольным делирием образуют когорту с вполне характерными проявлениями. В будущем предстоит выяснить, связаны ли эти неврологические особенности с нарушениями нервно-мышечной передачи или формируются с участием иных механизмов.

УДК 616.89-008.441.13:616.1/.4-06

Задорожный В. В.*, Юрченко Н. П.**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков), Харьковская областная психиатрическая больница № 3***

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ СОМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ

Соматические осложнения у больных тяжелым алкогольным делирием (ТАД) весьма часты. Они манифестируют обычно с 3 — 4 дня психотического периода и нередко отражают возникновение синдрома полиорганной недостаточности. Значение изменений сосудистой системы внутренних органов, особенно ее эндотелия, при этой патологии изучено недостаточно.

Несмотря на наличие современных биохимических маркеров эндотелиальной дисфункции, сохраняет свое значение баночная проба на эндотелиоз, предложенная проф. В. А. Вальдманом в 1949 г. Она выполняется путем создания с помощью медицинской банки пониженного давления на ограниченном участке кожи с последующим определением содержания моноцитов в крови, взятой с этого участка. При положительной пробе число моноцитов после такого локального воздействия значительно возрастает.

Нами обследовано 43 больных в острейшем периоде ТАД. В 1—2-е сутки психотического периода, когда соматическая патология у них еще не выявлялась, проводили баночную пробу. Подсчитывали число моноцитов в процентах от общего количества лейкоцитов. Данные о числе моноцитов обрабатывали статистически. Проба учитывалась как положительная при достоверном различии числа клеток в сравниваемых группах. Ретроспективно сопоставляли результаты пробы и возникшие соматические осложнения.

У 13 больных в дальнейшем возникла пневмония. У них статистически значимого различия числа моноцитов до и после пробы Вальдмана не было (соответственно 7,4 ± 0,6 % и 9 ± 3,5 % клеток) — проба была отрицательной. В группе лиц, у которых пневмония впоследствии не развилась, отмечалось достоверное повышение числа моноцитов в анализе крови после локального гипобарического воздействия (с 7,0 ± 0,2 % до 13 ± 1,5 % клеток — положительная баночная проба).

У 11 больных имел место острый панкреатит. Проба была положительной в той группе пациентов, у которых впоследствии его не наблюдалось (число моноцитов до и после пробы соответственно 7,0 ± 0,2 % и 12,5 ± 1,5 %), а отрицательная проба (число клеток соответственно 7,7 ± 0,8 % и 10,0 ± 3,8 %) была предвестником возникновения острого панкреатита.

У 10 из обследованных больных развились явления острой почечной недостаточности (ОПН) с азотемией. В группе лиц без ОПН проба Вальдмана была положительна (число моноцитов после пробы возросло с 7,1 ± 0,3 % до 13,0 ± 2,0 %), а развитию ОПН предшествовал отрицательный результат пробы (число клеток соответственно 7,3 ± 0,6 % и 8,0 ± 4,0 %).

У 20 больных по клиническим данным и результатам биохимических проб диагностирован острый алкогольный гепатоз. Число моноцитов у лиц с гепатозом до пробы было 7,2 ± 0,4 %, а у тех, где его не было — 7,2 ± 0,3 %. После баночной пробы у больных без гепатоза число моноцитов составило 11,5 ± 3,0 %, а у пациентов с этой патологией — 11,0 ± 2,5 %. Баночная проба оказалась положительной у обеих категорий пациентов.

Таким образом, для большинства изученных вариантов соматической патологии при ТАД (острой пневмонии, ОПН и острого панкреатита) характерно развитие на фоне отрицательной пробы Вальдмана, т. е. при сниженной способности эндотелия к трансформации в моноциты. Для острого алкогольного гепатоза этой особенности не отмечается, что можно трактовать как указание на иные, невоспалительные механизмы его развития. Можно заключить, что при ТАД сохранность функций эндотелия играет важную роль в предохранении от возникновения соматической патологии и развития синдрома полиорганной недостаточности.

УДК 613.84:547.262-06

А. П. Закревский

Донецкий областной наркологический диспансер

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВА НА ОРГАНЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Рассматривая стоматологические проблемы в связи с курением и употреблением пива, следует подчеркнуть, что еще в прошлом веке врачи отмечали неблагоприятное воздействие табачного дыма и пива на состояние зубов и других органов полости рта.

Известно, что под влиянием употребления пива и курения трескается зубная эмаль, форсируется развитие кариеса зубов. Также запах изо рта при употреблении пива и курении табака нередко связан с наличием кариозных зубов, гингивитов, стоматитов, фарингитов, плохим гигиеническим состоянием ротовой полости. В основе патогенного механизма развития этих расстройств лежит повреждающее действие смол, температур, повреждение тканей оксидом углерода и другими ядовитыми соединениями, а также постоянные спазмы сосудов.

Существует определенная связь между частотой гингивитов и употреблением табака и пива, что играет роль вторичного этиологического фактора в развитии этого заболевания (это относится также и к поражению альвеолярной кости). У курящих лиц, употребляющих пиво, чаще наблюдаются заболевания пародонта, в том числе тяжелые (лейкоплакия). У них также отмечается большая частота кариозных зубов по сравнению с некурящими и не употребляющими пиво. Также чаще наблюдается стоматит, ограничение функции лейкоцитов полости рта. Наконец, курение и употребление пива вызывает изменение в слюне и увеличение ее отделения, резкое снижение окислительно-восстановительного потенциала, небольшое увеличение pH слюны. Клиническое значение этих факторов требует дальнейшего изучения.

УДК 616.89-008.441.13:616-039.31

А. П. Закревский, И. В. Цыба, И. Н. Кононенко, Е. В. Медведева, П. В. Морозов, Г. Б. Губа, В. В. Кукта
Донецкий областной наркологический диспансер

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Нами изучено 28 больных с диагнозом синдром отмены алкоголя с судорогами. Средний возраст больных — 35 лет. У большинства больных судорожные припадки впервые возникли в возрасте 25—37 лет. Наследственность судорожными или другими эпилептическими пароксизмами не была отягощена.

У большинства обследованных больных отмечено раннее начало (с 14 лет) употребления алкогольных напитков, преимущественно суррогатов (самогона) и пива, изменение психики в течение нескольких лет, предшествующих появлению судорожных припадков, преимущественно в виде заострения личностных характерологических черт, в основном по возбудимому типу. Судорожный синдром возникал после 5—7 лет злоупотребления суррогатами алкоголя. Во всех случаях наблюдались только большие судорожные припадки, чаще в виде единичных.

При обследовании неврологического состояния признаков очагового поражения мозга не было выявлено. У всех исследованных больных наблюдались выраженные признаки вегетативной дистонии: равномерное оживление сухожильных рефлексов, тремор пальцев вытянутых рук, гипергидроз, стойкий разлитой дермографизм. Со стороны внутренних органов у большинства больных отмечены дистрофия миокарда и гепатит. Электроэнцефалографическими исследованиями выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности мозга токсико-дегенеративного характера. В психологическом статусе преобладали: эмоциональная неустойчивость, поверхностное и легкомысленное отношение к своему состоянию.

Отношение к судорожным припадкам в силу алкогольной деградации в большинстве случаев было легкомысленным, многие из них вообще отрицали наличие последних. Почти все пациенты были безработными и не имели семей. Психические изменения, характерные для эпилепсии, отсутствовали, не отмечалось также прогредиентно-гипертрофического роста симптомов, типичных для эпилепсии. Судорожные припадки возникали только на высоте синдрома отмены алкоголя, непосредственно вслед за алкогольными эксцессами, исчезали по мере прекращения злоупотребления алкоголем.

У 18 больных, которые были госпитализированы в связи с синдромом отмены алкоголя с судорогами, на второй-третий день пребывания в стационаре развивался синдромом отмены алкоголя с делирием, а в одном случае — острый алкогольный галлюциноз, который протекал очень тяжело в виде «мусситирующего» делирия на протяжении 3—5 суток. Согласно полученным данным, судорожный припадок у пациента, страдающего зависимостью от алкоголя, является показанием для немедленной госпитализации и проведения интенсивного лечения даже при отсутствии делириозных симптомов для предупреждения его возможного развития.

Лечебные мероприятия, применявшиеся больным, страдающим синдромом отмены алкоголя с судорогами, отличались от стандартного обязательным включением на короткий срок в схему лечения противоэпилептических препаратов и после госпитализации, а также симптоматических препаратов, таких как актовегин, гептрал, витамины группы В, милдронат, сульфат магния. Согласно последним данным, противоэпилептические препараты имеют и антикревинговое действие, что представляется весьма полезным при длительном поддерживающем лечении.

В дальнейшем проводили десенсибилизирующую, условнорефлекторную терапию, трем больным была успешно проведена стрессопсихотерапия по методу А. Р. Довженко.

УДК 616.89-008.441.13-055.2-036.66

А. П. Закревский, В. А. Митюков, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, Е. В. Медведева, И. Н. Кононенко, А. С. Рябцев, Н. Г. Боброва, В. И. Кучерявая
Донецкий областной наркологический диспансер

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, РЕГУЛЯРНО УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ И НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА

Вредные привычки и состояния зависимости от психоактивных веществ значительно ослабляют репродуктивную функцию женщин, что выражается в появлении нарушений фетоплацентарной системы беременных, в возникновении бесплодия, нарушениях менструального цикла, активации воспалительного процесса гениталий, предраковых и онкологических заболеваний женских половых органов.

Биопсихосоциальная парадигма современной наркологии предусматривает наличие этих трех составляющих в возникновении, поддержании существования и возникновении рецидивов психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ.

Причины наркомании и токсикомании — это во многом неправильные взаимоотношения подростка с окружающими его людьми и общественными институтами. Индивидуальные психофизиологические особенности личности подростка способствуют или препятствуют возникновению тяги к одурманивающим веществам. В результате подросток находится в состоянии значительных неопределенностей, беззащитности, из которого ему трудно выйти без посторонней помощи. В таких случаях подросток зачастую идет не в семью, а вовлекается в молодежную субкультуру, в которой наблюдается постепенное сближение с подростковой, уже сложившейся субкультурой наркоманов, со своими стереотипами поведения, понятиями и представлением о мире. Изолированное существование наркомана невозможно, вокруг него быстро образуется компания людей «объединенных общественно значимой целью». Сегодня можно говорить о сложившейся и существующей субкультуре наркоманов, которая продолжает распространяться в молодежной среде и выступает как фактор приобщения подростков к наркотикам.

Отягощенная наследственность свойственна большинству наркоманов, 85 % молодых людей, которые лечатся от наркомании, обнаруживают алкогольную наследственность. Последствия употребления одурманивающих веществ для девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста катастрофические как для их здоровья, так и здоровья внутриутробного плода, который растет и развивается при наступлении, особенно незапланированной, беременности. Все наркотики независимо от пути введения в организм девочкой-подростком или молодой женщиной репродуктивного возраста в большей или меньшей степени обязательно повреждают нервную систему, в том числе головной мозг, иммунную систему и внутренние органы — печень, сердце, легкие. Все это передается по наследству, в случае возникновения беременности.

Наркотики останавливают психологическое и физиологическое взросление, у девушек-подростков может происходить запоздалое появление первой менструации и различные расстройства менструального цикла, в подростковом возрасте может долго сохраняться устойчивое психологическое состояние и физиологическое развитие на уровне 13—15-летнего возраста, отставание в физическом развитии. Очевидно, что девочки-подростки и женщины репродуктивного возраста — социальная группа, наиболее подверженная наркотической зависимости.

УДК 616.89-008.441.13-036.66-08

А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, Е. В. Медведева, А. С. Рябцев, П. В. Морозов
Донецкий областной наркологический диспансер

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОКСАНА, ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ, ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В СТАДИИ РЕМИССИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В последнее время отмечается увеличение частоты гипотонических состояний (в 10 % случаев) у лиц молодого возраста (19—25 лет), ранее злоупотреблявших спиртными напитками и находящихся в ремиссии. Данное расстройство проявляется в виде бессонницы, депрессивного состояния. Медикаментозные препараты, применяющиеся для лечения гипотонических состояний, многочисленны и разнообразны. По механизму действия они могут быть разделены на: воздействующие на ЦНС; на каротидный синус; влияющие на сердце и влияющие на сосуды чревной области и капилляры. Симптомокомплекс гипотонических состояний характеризуется рядом жалоб: головная боль, головокружение, снижение работоспособности, раздражительность, неприятные ощущения в области сердца; при исследовании больных выявляется небольшой акроцианоз, локальный гипергидроз, выраженный красный дермографизм лабильный пульс с наклонностью к брадикардии, понижение систолического и диастолического давления. Всем наблюдаемым больным наряду с традиционными клинико-параклиническими методами

диагностики (реоэнцефалография, эхо-энцефалография, электроэнцефалография, электрокардиография), проводили кардиоритмографию и рефлексодиагностику по методу Накатани.

По результатам кардиоритмографии было выявлено: снижение низкочастотного компонента Low Frequency (LF), повышение высокочастотного компонента High Freguency (HF), уменьшение значения симпато-вагального индекса.

В ходе лечения применяли антидепрессант Вальдоксан (Агомелатин). Агомелатин — агонист мелатонинергических рецепторов MT1 и MT2 и антагонист серотониновых 5-HT2C-рецепторов. Агомелатин усиливает высвобождение дофамина и норадреналина, в особенности в области префронтальной коры головного мозга и не влияет на концентрацию внеклеточного серотонина. Агомелатин способствует восстановлению нормальной структуры сна, снижению температуры тела, выделению мелатонина и стабилизации давления. Препарат также помогает справиться с желанием «снять» состояние напряженности с помощью алкоголя.

Назначаемая доза препарата составила 25—50 мг один раз в сутки на ночь. Прием агомелатина в дозе 25 мг также способствует более быстрому наступлению сна и улучшению его качества, начиная уже с первой недели лечения, и снижению частоты сердечных сокращений; при этом заторможенности в дневное время не отмечается.

Прием агомелатина не оказывал влияния на массу тела, частоту сердечных сокращений и артериальное давление, не вызывал сексуальных нарушений, а также не вызывал ни синдрома «отмены», ни синдрома «привыкания».

Нами пролечено 37 пациентов (в т. ч. три женщины), средний возраст которых составил 28,5 лет.

Оценивая результаты проведенного лечения, мы пришли к заключению, что наиболее оптимальной схемой лечения при гипотонических состояниях у больных молодого возраста с алкогольной зависимостью в стадии ремиссии является включение лазеропунктуры и иглорефлексотерапии в традиционный медикаментозный курс лечения с применением Вальдоксана.

УДК 616.89-008.441.13:615.214-08

А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, А. С. Рябцев, Е. В. Медведева, И. Н. Кононенко

Донецкий областной наркологический диспансер

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (РЕФЛЕКСОПСИХОТЕРАПИЯ)

Доказательная медицина уже определила более высокую эффективность противоалкогольного лечения при сочетании фармакотерапии с психотерапией. В своей практике мы вначале проводим групповое собеседование, в ходе которого врач кратко в доступной форме излагает суть способа, объясняет природу бессознательных реакций нервной системы на раздражители на различных уровнях реагирования нервной системы. Объясняются случаи возникновения рефлекторных рвот, спазмов, гиперкинезов, нарушения деятельности различных органов и систем. Пациента убеждают в том, что способ лечения алкогольной зависимости основан на стрессовой психотерапии, при которой происходит формирование таких же условных рефлексов. Подчеркивается, что употребление спиртных напитков до угашения условного рефлекса вызовет стресс, т. е. нарушение физиологического равновесия в деятельности органов и систем, и приводит к возникновению физических и психических расстройств. Затем приводятся примеры, когда с помощью воздействий на высоте стресса можно создать стойкую связь, обуславливающую психическую и физиологическую непереносимость спиртного, которую называем поведенческой программой, осуществляемой на уровне подсознания, независимо от контроля больного.

Рефлексотерапия иглоукалыванием изменяет возбудимость нейронов мозга, стимулирует синтез биологически активных побуждений, благодаря чему блокируются болевые ощущения, устраняется состояние длительного торможения или возбуждения различных центров головного мозга, которые управляют функциями организма. Влияние на аурикулярные точки АТ 55 и АТ 95представляет эффективную антиалкогольную направленность на устранение алкогольной зависимости. На практике подтвердилась эффективность постоянного раздражения этих точек в период рассасывания кетгутовой нити — проявления алкогольной зависимости уменьшались и преимущественно устранялись. Проведение психотерапии в виде индивидуального косвенного суггестивного воздействия создает благотворный фон, который закрепляет и усиливает действие рефлексотерапии, в результате чего появляется возможность пролонгированного корректирующего действия с увеличением срока ремиссии и снижением психической зависимости от алкоголя.

Ушную раковину обрабатывают спиртом, дугообразной хирургической иглой с кетгутовой нитью прошивают насквозь аурикулярные точки АТ 55 и АТ 95. Кетгутовую нить завязывают хирургическим узлом и сверху заклеивают бактерицидным лейкопластырем. Таким образом, медикаментозная терапия в сочетании с суггестивной психотерапией, на фоне которой выполнялась рефлексотерапия, сквозной прошивкой аурикулярных точек АТ — 55 и АТ — 95 кетгутовой нитью на срок до ее полного рассасывания предоставляет возможности пролонгированного корректирующего антиалкогольного действия.

Беседу врач проводит в императивном стиле, направив свое искусство на повышение уровня тревожности больных, что необходимо для формирования стойких рефлекторных связей, что способствует формированию длительных устойчивых ремиссий.

Заявленным способом за 10 лет пролечено 390 больных. Больные специально не отбирались, катамнез изучался ежегодно. Проводилось анкетирование со стандартным набором вопросов. Анкета заполнялась врачом-наркологом. Подтвержденная родственниками ремиссия составляла от 1 до 10 лет. Для корректирующих психотерапевтических процедур больные являлись через 45 дней, 3 месяца, 5, 7, 9 месяцев, 1 раз в год.

УДК 616.89-008.441.13:616.895-08

А. П. Закревский, И. В. Цыба, В. А. Митюков, А. Н. Кобец, Н. Г. Боброва, Н. Е. Матеева

Донецкий областной наркологический диспансер

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОКСАНА ПРИ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Аффективная патология — один из наиболее распространенных вариантов психопатологических проявлений при алкогольной зависимости. Это подтверждается клинически бесспорной тесной связью аффективных нарушений с патологическим влечением к алкоголю (ПВА). Однако, аффективные нарушения, наблюдающиеся в клинической картине непосредственно оформляются в различные аффективные синдромы. Будь они психопатического или неврологического уровня, они представляют отдельную серьезную диагностическую и терапевтическую проблему. В настоящее время четко разграничены варианты развития аффективной патологии у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью:

Аффективная патология наблюдается у больных алкогольной зависимостью, как в острые периоды болезни (запойные состояния, синдром отмены алкоголя), так и в периоды формирования ремиссий, а нередко и в более длительные сроки, в условиях устойчивой ремиссии. Наибольшая частота аффективных нарушений в ремиссии отмечается в период ее формирования (становления и стабилизации), т. е. первые 8—10 месяцев ремиссии. Особенностями структуры аффективных синдромов различных уровней выраженности при алкогольной зависимости является весьма частое наличие в них тревожных, дисфорических проявлений, причем последние преобладают на более отдаленных этапах болезни.

Таким образом, при алкогольной зависимости довольно широк круг состояний, адекватным методом купирования которых являются психотропные препараты, и в частности антидепрессанты.

Мы использовали антидепрессант Вальдоксан (Агомелатин) в дозе 25—50 мг раз в сутки перед сном. Лечение получали 35 больных (31 мужчина и 4 женщины) в возрасте от 27 до 59 лет. 19 пациентов находились в ремиссии от 8 месяцев до 1,5 лет, а у 9-ти имели место выраженные признаки абстинентного синдрома, у остальных эти проявления были слабо выражены (5—7-й день воздержания от алкоголя). У пациентов отмечалось четыре варианта депрессивной симптоматики. У 16-ти из них имели место проявления депрессии с апатией (вне депрессии у всех отмечались изменения личности по апатическому типу), — наблюдалась угнетенность, некоторая заторможенность, равнодушие к окружающему» к своей ситуации и будущей жизни, поверхностный сон. У 10-ти больных имело место тревога, внутреннее напряжение, дурные предчувствия,

неусидчивость, выраженные нарушения сна. У 9-ти больных был представлен дисфорический радикал, выражавшийся в постоянном внутреннем напряжении, раздражительности, порой взрывчатости, нетерпимости, нарушении сна. Наконец, у 3-х больных имел место ипохондрический вариант депрессии с назойливыми жалобами на недомогание, преувеличенными опасениями за свое здоровье, стремлением постоянно прислушиваться к своим ощущениям. Исходное состояние пациентов и его динамику в процессе лечения оценивали с помощью шкалы депрессии Гамильтона и шкалы самооценки Зунга (в начале лечения, через 30 дней и через 6 месяцев).

У большинства пациентов уже на 3—4-й день лечения уменьшались проявления тревоги и нормализовывался сон, нивелировались проявления ПВА. Максимум терапевтического эффекта отмечался на 7—14-й день лечения. После двухнедельного лечения происходила стабилизация аффективно уравновешенного состояния, а в дальнейшем терапевтический эффект закреплялся.

УДК 613.816:615.214-08(477)

О. П. Закревський, І. В. Циба, О. М. Кобець, О. С. Рябцев, Д. О. Міцук, О. В. Максютенко, О. О. Федоренко
Донецький обласний наркологічний диспансер

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО АЛКОГОЛЮ В ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

Патологічний потяг до алкоголю (ППА) — це стрижневий прояв синдрому залежності. Сам ППА є складним симптомокомплексом, який включає у себе афективну, вегетативну, ідеаторну, сенсорну та поведінкову складові. Як препарат, який з доведеною ефективністю пригнічує ППА, у світі зареєстровано лише акампросат, до речі, досі не зареєстрований в Україні. Очевидно і з цим пов'язаний той факт, що як антикревінгові засоби у нашій державі використовують антиконвульсанти, антидепресанти і навіть нейролептики.

Нами розроблено та запропоновано до використання (патент України на корисну модель 70761 від 25.06.2012) авторський підхід до лікування патологічного потягу до алкоголю в структурі синдрому відміни алкоголю з використанням фармакотерапії за допомогою Нейротропіну, Ноофену, Нейромідину у сполученні з трансцеребральним електрофорезом та рефлексотерапією.

Нами обстежено та проліковано 46 осіб з ознаками синдрому відміни алкоголю та актуалізацією ППА, які звернулись по спеціалізовану наркологічну допомогу. Терапію здійснювали таким чином. Спочатку проводили 20-хвилинний сеанс трансцеребрального електрофорезу Нейромідином з використанням апарату «Електросон-4Г» з інтенсивністю 2—10 мА, частотою 4—150 Гц, тривалістю імпульсу 0,3—0,5 мс. Використовували два очних та два завушних електроди. У першу пару електродів вкладали ватні тампони, змочені теплою водопровідною водою і накладали їх на область очних ямок при закритих очах. Ця пара електродів з'єднувалась з катодом апарату. У другу пару електродів вкладали ватні тампони, змочені 0,5 % розчином Нейромідину, початкова доза якого складала 40—60 мг. Розташовували їх в ділянці соскоподібного відростку скроневої кістки і з'єднували з анодом апарату. Нейромідин — це препарат, що має біологічно вигідну комбінацію двох молекулярних ефектів — блокади калієвої проникності мембрани та інгібірування холінестерази. При цьому блокада калієвої проникності мембрани відіграє вирішальну роль — веде, перш за все, до продовження реполяризаційної фази потенціалу дії збудженої мембрани і підвищення активності пресинаптичного аксону.

Через 3 години проводили сеанс рефлексотерапії з використанням основних меридіанів (легенів, товстої кишки, шлунку, селезінки, серця, сечового міхура, нирок, перикарду, трьох порожнин тулубу, жовчного міхура, печінки, задній серединний) та аурикулярних точок — 8, 13, 22, 55, 95, 101, 102. Через декілька годин знову проводили сеанс трансцеребрального електрофорезу антиоксидантом та нейропротектором нейротропіном. Перед сном пацієнти отримували перорально ноофен 500 мг. Ноофен є похідним γ-аміномасляної кислоти та фенілетиламіну. Домінуючою є його антигіпоксична та антиамнестична дія. Препарат має транквілізуючі властивості, стимулює процеси навчання і покращання пам'яті, підвищує фізичну працездатність; знімає напруження, тривожність, страх і поліпшує сон; подовжує та посилює дію снодійних, наркотичних, нейролептичних і протисудомних засобів. Не впливає на холіно- та адренорецептори. Препарат подовжує латентний період і скорочує тривалість і вираженість ністагму, має антиепілептичну дію. Ноофен помітно зменшує прояви астенії та вазовегетативні симптоми, включаючи головний біль, відчуття тяжкості в голові, порушення сну, дратівливість, емоційну лабільність, підвищує розумову працездатність.

Повна редукція проявів ППА зокрема та синдрому відміни алкоголю в цілому відбувалася у термін 48—72 години.

Після редукції ППА та завершення лікування синдрому відміни алкоголю доцільно проведення стресопсихотерапії за О. Р. Довженком.

УДК 616.89-008.441.13:616.892-02

Кузьмінов В. Н.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОВЖИВАННЯ СПИРТНИМИ НАПОЯМИ ХВОРИМИ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ПЕРЕД РОЗВИТКОМ СТАНУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЄМ

Були вивчені особливості вживання спиртних напоїв хворими з алкогольною залежністю напередодні розвитку стану відміни алкоголю з делірієм. Дані фіксувалися за допомогою методики TLFB. Під час вивчення увага приділялася дозі алкоголю, що вживається, тривалості постійної тяжкої алкоголізації, характеру спиртних напоїв. Було встановлено, що в більшості випадків хворі перед розвитком психотичного розладу вживали алкоголь для корекції свого психологічного та соматичного стану. Майже у всіх хворих мало місце зниження толерантності до алкоголю. В більшості випадків самі хворі та їхні родичі визначали стан хворого як «запій», що розумілося як неможливість припинити прийом алкоголю в зв'язку з різким погіршенням соматичного та психічного стану в цьому випадку. При цьому вони вказували, що хворий перебуває в ньому від неділі до кількох місяців. На основі анамнестичних даних була встановлена неоднорідність досліджених хворих за формою зловживання спиртними напоями. Обстежених хворих за анамнестичними даними можна було поділити за характером вживання алкоголю на хворих з запійною та постійною формою зловживання алкоголем. Для запійного (періодичного) типу була характерна менша тривалість систематичного вживання алкоголю до розвитку психозу. Для цих хворих були характерні періоди тривалого повного утримання от вживання алкоголю. Але споживання алкоголю відразу після початку алкоголізації набувало неконтрольованого характеру. Хворі починали постійно вживати великі дози алкоголю. У хворих з постійною формою мала місто флуктуація доз алкоголю. Хворі деякий час не втрачали ситуаційний контроль, вживали великі дози алкоголю переважно наприкінці тижня. Вказані вище обставини дали змогу визначити маркерами форми вживання алкоголю: по-перше, тривалість постійного вживання алкоголю перед госпіталізацією, по-друге — тривалість здатності контролювати вживання алкоголю після його поновлення. При цьому у хворих, що мали постійну форму зловживання алкоголем, частіше спостерігався провокуючий фактор — загострення хронічних соматичних захворювань або поява гострих захворювань (пневмонія, панкреатит тощо). При запійній формі відзначався менший термін до розвитку як деліріозного синдрому, так і взагалі тяжких ознак абстинентного синдрому від припинення вживання алкоголю.

Тяжкі форми стану відміни алкоголю з делірієм трактувалися як гостра алкогольна енцефалопатія. Було встановлено, що для розвитку гострої алкогольної енцефалопатії потрібен різний термін постійного тяжкого зловживання алкоголем. При запійній формі цей термін був значно менший. Вірогідно розвиток гострої алкогольної енцефалопатії визначається не тільки токсичним фактором алкоголю але й біологічними особливостями обстежених осіб. Можливо основним ушкоджуючим фактором при розвитку гострої алкогольної енцефалопатії є не стільки токсичний фактор алкоголю, але й аутоімунні реакції, «вегетативна буря», що мають місце при стані відміни алкоголю з делірієм.

УДК 616.89-008.441.13-008.47-06

В. Н. Кузьмінов, О. О. Шульга
ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», ВМС УСБ У в Харківській області (м. Харків)

ДИНАМІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ТА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ АЛКОГОЛЬНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Тяжкі гострі психотичні розлади, що трактуються як гостра алкогольна енцефалопатія, у хворих з алкогольною залежністю зазвичай поєднуються з «бурхливою вегетативною бурею», різноманітною транзиторною неврологічною симптоматикою

та гострим психоорганічним синдромом після припинення деліріозної симптоматики.

Метою дослідження було вивчення динаміки та кореляції неврологічних порушень та гострого психоорганічного синдрому у хворих, що перенесли гостру алкогольну енцефалопатію.

Методи дослідження: клінічний (психопатологічний та ретельне вивчення неврологічного та соматичного станів), електрофізіологічний (електроенцефалографія, реоенцефалографія), методи нейровізуалізації (КТ, ЯМР-томографія головного мозку).

Нами були ретельно вивчені психопатологічні та неврологічні порушення у 80 хворих з гострим психоорганічним синдромом, які перенесли гострий психотичний розлад. У всіх хворих було діагностовано тяжкий стан відміни алкоголю з делірієм (F 10.43 згідно з МКХ-10). Характерною ознакою була наявність порушення функції черепних нервів (II, III, IV, V, VI, VII), оживлення або слабкість рефлексів, вестібуло-атактичні синдроми, дискоординація рухів, прояви полінейропатій — акроціаноз кінцівок та різноманітні чутливі порушення. У деяких випадках у хворих з тяжким деліріозним синдромом мали місце афатичні розлади, дизартрія, вогнищева неврологічна симптоматика. Це є важливим, зумовлює 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.

Перш за все, треба відзначити, що на протязі лікування суттєво зменшувалися симптоми, що є характерними для гострої алкогольної енцефалопатії — це значний ністагм, анізокорія, синдром Гудена. Але значно стійкішими вони були у хворих з амнестичним та моріоподібним типом гострого психоорганічного синдрому. Це свідчить про стійкі порушення нервової системи в хворих цих груп з тяжкими формами гострого психоорганічного синдрому (ГПОС). Прояви алкогольного поліневриту різної мірою мали місце в усіх досліджених хворих. В групі хворих з астенічним ГПОС він мав транзиторний характер. Його більша вираженість спостерігалася або в предпсихотичному стані, або безпосередньо відразу після закінчення психотичного розладу. На протязі 10—14 днів спостерігалася повна редукція. Тремор, вегетативні прояви (тахікардія, підвищений артеріальний тиск, гіпергідроз, тремор) супутні стану відміни алкоголю з делірієм редукувалися в усіх групах хворих ГПОС. У хворих з моріоподібним та амнестичним ГПОС з'являлися сухість кожних покровів, гіпотонія, тенденція до зниженого артеріального тиску. Найбільш стійким тремор був у хворих з експлозивним типом ГПОС. У хворих з експлозивним типом ГПОС на відміну від інших груп хворих відзначалася гіперрефлексія, мали місце діенцефальні симпатоадреналові пароксизми, які супроводжувалися підйомом артеріального тиску, тахікардією, загальним гіпергідрозом та зміною настрою з тенденцією до дисфоричності. Нами був досліджений зв'язок клінічної картини гострого психоорганічного синдрому з деякими анамнестичними даними. Перш за все, аналіз проводили за віком, наявністю дисциркуляторної енцефалопатії та черепно-мозкових травм в анамнезі, тяжких соматоневрологічних захворювань, судомного синдрому в структурі стану відміни, перенесених гострих психотичних розладів в минулому. Виявлено, що в деяких випадках більшої редукції піддавалися неврологічні порушення, ніж психоорганічний синдром, що виникли або загострилися при розвитку гострої алкогольної енцефалопатії. В деяких випадках, навпаки, психопатологічні порушення (в структурі гострого психоорганічного синдрому) піддавалися легшої корекції, ніж неврологічні порушення. При цьому психоорганічний синдром зазнавав більшої редукції у хворих молодого віку при відсутності значущих черепно-мозкових травм в анамнезі. У деяких молодих хворих під час редукції психопатологічної симптоматики стійкими залишалися прояви алкогольного поліневриту. В усіх хворих зі стійкими когнітивними порушеннями, що мали місце після гострої алкогольної енцефалопатії, спостерігалася значна різноманітна неврологічна симптоматика.

Отже, ретельне вивчення неврологічних порушень дозволяє прогнозувати розвиток та характер гострого психоорганічного синдрому у хворих із алкогольною залежністю, що перенесли гостру алкогольну енцефалопатію.

Наявність значних неврологічних порушень є несприятливим фактором щодо розвитку стійких когнітивних порушень.

У деяких випадках ступінь редукція неврологічних порушень не корелювала зі зменшенням провів психоорганічного синдрому.

УДК 616.89-008.441.13:159.922::615.851

Лесная Н. Н.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

КОМПЛАЙЕНС БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: УРОВНИ, ТИПЫ, СИСТЕМА ПСИХОКОРРЕКЦИИ

На основе результатов динамического психодиагностического обследования 90 больных с синдромом алкогольной зависимости описан клинико-психологический феномен комплайенса, определены его основные характеристики, содержание и структура. Комплайенс рассматривается как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. Структуру комплайенса составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный, логический и поведенческий. Сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения. Логический — представлен системой оценок и суждений, используемой для объяснения необходимости лечения и его эффектов. Поведенческий — сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

Установлено, что комплайенс больных с алкогольной зависимостью различается по своему уровню и может быть полным (при соблюдении свыше 80 % требований терапевтического режима; 20,00 % больных), частичным (при соблюдении от 20 % до 80 % требований; 62,22 %) и низким (менее 20 % требований; 17,76 %). Терапевтический режим включает соблюдение рекомендованной схемы приема лекарственных препаратов, режим трезвости и посещение психокоррекционных занятий. Показано, что уровень комплайенса детерминируется сложным сочетанием социально-демографических, клинических и психологических факторов. К факторам, способствующим формированию полного комплайенса, относятся позднее начало заболевания, наличие работы и семьи, терапевтические установки на изменение поведения, сензитивный тип отношения к болезни, ответственность и общительность. Факторами, снижающими уровень комплайенса, являются молодой возраст пациента, частые рецидивы, повторные госпитализации, анозогнозия, фаталистические установки, когнитивное снижение и нонконформизм.

Предложена новая типологическая классификация комплайенса, включающая семь его вариантов: конструктивный (наиболее оптимальный), (4,44 %); формальный (формальное отношение к требованиям терапии), (15,56 %); пассивный (подчинение режиму без осознания его необходимости), (18,89 %); симбиотический (зависимость от врача), (11,11 %); нестабильный (спонтанность в соблюдении режима), (27,78 %); негативистический (сопротивление терапевтическим мерам), (7,78 %) и дефицитарный (некритичный к проявлениям болезни), (14,44 %) типы комплайенса.

Разработана, апробирована и внедрена система психокоррекции, направленная на повышение мотивации к лечению и оптимизацию комплайенса. В ходе проведения системы психокоррекции решаются четыре основные задачи: коррекция неадекватных представлений о симптомах и прогнозе заболевания; формирование реалистической модели терапевтических результатов, выработка поведенческих схем соблюдения лечебного режима, выявление и предупреждение риска преждевременного прекращения лечения. Для больных с различными типами комплайенса созданы соответствующие алгоритмы применения психокоррекционного подхода и определены наиболее адекватные стратегии. Оценка результативности разработанной системы психокоррекции доказала ее высокую эффективность.

УДК 616.816:577.11.001.8

Малыхин А. В., Малыхина Н. А., Харченко А. В.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ЭНДОГЕННЫЙ СПИРТ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Цель работы: на основе изучения изменения терморегуляции организма, обусловленной приёмом алкоголя, определить взаимосвязь количества экзогенного алкоголя и его влияние на саму терморегуляцию организма, которая обусловлена изменением течения реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Задачи работы: установить закономерности течения реакции перекисного окисления липидов, основанные на связях метаболизма эндогенного спирта с холестерином, глюкозой, молочной кислотой и билирубином. Определить физиологические показатели суточного количества экзогенного алкоголя, вызывающего изменение концентрации эндогенного алкоголя на единицу массы тела.

На клинической базе 3-й областной психиатрической больницы за 2 года обследовано 100 человек мужского пола, страдающих злоупотреблением алкоголя. Средний возраст 40 ± 5 лет, средняя масса тела 70 ± 5 кг. Согласно анамнезу обследованные были разделены на 3 группы: 1 группа — 30 больных, употребляющих алкоголь свыше 1000 мл в сутки, поступают в стационар не менее 2-х раз в год; 2 группа — 30 больных, регулярно употребляющих алкоголь до 500 мл в неделю в течение 2-х лет и 1 раз поступившие в стационар; 3 группа (контрольная) добровольцев — 40 человек в возрасте 25 ± 5,07 лет, средняя масса тела 75 ± 5 кг, в течение 2-х часов принимали 450 мл водки с интервалом 40 минут, в среднем по 75 мл, или 7 мл на ед. массы тела.

В качестве методологической основы исследования метаболизма алкоголя в организме взят неинвазивный анализатор формулы крови, работающий с программой «Успех», в которой на основе жидко-мозаичной модели мембраны (Singer S. Nicolson G., 1973), липопротеидной частицы низкой плотности (M. Brown G. Goldstein,1984) и органелл клетки разработана термозависимая модель метаболизма молочной, пировиноградной кислот, воды, билирубина, спирта и холестерина, основанная на отношениях молярных масс и временных температурных взаимодействий, изменяющих длину связей в эритроците, содержащем железо, между азотом и кислородом на 0,064 А° и кислород — кислород на 0,046А° (Романова Т. А., 2003 г.) и определяющая взаимодействие молярных масс и регуляцию температуры с участием лейцин- и метионин-энкефалинов, адреналина, норадреналина, серотонина и ацетилхолина (коэффициент отношений — 3,782) по отношению к атмосферному давлению и газовому составу атмосферы (коэффициент отношения азота к кислороду — 3,761).

Патогенетические механизмы формирования алкоголизма и клинические синдромы отмены алкоголя связаны с нарушениями синтеза энкефалинов и эндогенного спирта (1 группа — 0,0223 мл на ед. массы тела, 2 группа — 0,0245 мл на ед. массы тела, 3 группа — 0,026 мл на ед. массы тела), в основе которых находятся реакции ПОЛ.

Концентрация эндогенного спирта и регуляция продукции синтеза лейцин-энкефалинов с молярной массой 556 связана с метаболизмом брадикинина, гликофорина, билирубина, холестерина, глюкозы и молочной кислоты, обусловленным взаимодействием их молярных масс, а также взаимодействием их с карбонильной и азотистой группой концевых аминокислот, входящих в состав брадикинина. Это находит отражение в зависимости отношения суммы температуры сонных артерий к абдоминальной, что подтверждается данными термометрии (в контрольной группе до приёма алкоголя этот показатель равен 2,02 ± 0,03, что соответствует норме). При употреблении алкоголя свыше 7 мл на ед. массы тела этот показатель уменьшается до 1,90 ± 0,02.

В формировании клинических синдромов отмены алкоголя большое значение имеет доза и временной интервал приема алкоголя. Прием алкоголя (100 мл в течение часа) вызывает изменение течения реакции ПОЛ, что проявляется увеличением частоты сердечных сокращений (до приема 68 ± 5, после приема 78 ± 5) и изменением отношения суммы температур сонных артерий к показателю температуры абдоминальной области (который становится ниже 2).

Изменения терморегуляции, обусловленные приемом алкоголя, сопровождаются изменением длины связей в эритроците, содержащем железо, что проявляется в изменениях временных интервалов PQ и QRS (в норме — 0,143 с), желудочкового комплекса QRS (в норме 0,0927 с) связанных с регуляцией течения реакции ПОЛ и метаболизмом эндогенного алкоголя, что вызывает нарушение метаболизма нейропептидов, при котором нарушается синтез энкефалинов и возникают психические, эмоциональные и органические неврологические нарушения, характерные для синдрома отмены алкоголя различной степени тяжести (F 10.2.4.2 согласно МКБ-10).

УДК 616.89-008.441.33:615.214

Л. М. Маркозова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

МАТЕРІАЛЬНІ ВИТРАТИ ПРАЦЕВЛАШТОВАНИХ ТА БЕЗРОБІТНИХ ОСІБ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН НА ПРИДБАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ТЮТЮНУ (КОГОРТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Звісно, що залежність від психоактивних речовин (ПАР) вражає осіб серед всіх верств населення, незалежно від матеріального статку.

Метою даного етапу когортного дослідження є вивчення матеріальних витрат працевлаштованих та безробітних осіб з залежністю від ПАР на придбання алкоголю та тютюну.

Використано анкетний, аналітичний та статистичний методи.

Аналіз даних проведено на основі вивчення соціального статусу та прибутку за останні 30 діб до обстеження серед осіб з залежністю від ПАР (n = 106), котрі склали 2 групи: 1 група — працевлаштовані (n = 84), 2 група — безробітні (n = 22). За середнім віком вірогідної різниці між пацієнтами 1 та 2 групи не спостерігалось, він складав відповідно 38,09 ± 2,49 та 41,76 ± 1,26 р.

Під час вивчення тривалості вживання ПАР за останні 30 діб до обстеження встановлено, що обстежені вживали алкоголь в середньому 14,18 ± 0,94 діб/міс, причому вірогідної різниці між строком вживання алкоголю пацієнтами обох груп не виявлено. Так, тривалість вживання алкоголю за останні 30 діб до обстеження пацієнтами 1 групи в середньому була 14,81 ± 1,04 діб/міс, пацієнтами 2 групи — 13,18 ± 2,18 діб/міс. Залежність від алкоголю у обстежених сформувалась в середньому протягом 7,42 ± 0,65 р. Строки формування алкогольної залежності у пацієнтів обох груп вірогідно не відрізнялись: у пацієнтів 1 групи протягом 6,95 ± 0,60 р., у пацієнтів 2 групи — 9,32 ± 2,0 р. Спроба добровільного утримання від вживання алкоголю до обстеження у пацієнтів 1 та 2 груп склала відповідно 235,73 ± 50,52 та 135,27 ± 49,89 діб (p < 0,05).

76 % обстежених палили тютюн в середньому 24,17 ± 1,18 діб/міс, залежність від тютюну сформувалась в цілому на протязі 18,45 ± 1,32 р. Вірогідної різниці між строками паління тютюну протягом місяця по групах не встановлено (пацієнти 1 та 2 груп палили тютюн 23,90 ± 1,33 та 24,86 ± 2,39 діб/міс відповідно). Залежність від тютюну сформувалась у пацієнтів 1 групи в середньому протягом 18,86 ± 1,39 р; у пацієнтів 2 групи — 15,86 ± 1,36 р (p < 0,05). Спроба добровільного утримання від вживання тютюну виявлена тільки в однієї особи 2 групи і склала 48 діб.

В результаті дослідження встановлено, що у 88,6 % обстежених заробітна платня за останній місяць в цілому склала в середньому 74,98 ± 46,86 умовних одиниць (у. о.), що є менше розміру прожиткового мінімуму. Враховуючи неофіційні джерела прибутків та допомогу родини, прибуток обстежених за останній місяць в цілому складав 176,33 ± 59,89 у. о. У пацієнтів 1 групи середній рівень заробітної платні складав 102,79 ± 68,47 у. о. при сукупному прибутку в середньому 748,83 ± 460,32 у. о. Пацієнти 2 групи отримували лише допомогу родини, яка в середньому склала 139,05 ± 22,95 у. о. (p < 0,001).

Матеріальні витрати осіб з залежністю від ПАР за місяць склали на придбання алкоголю в середньому 96,12 ± 20,02 у. о., причому пацієнти 1 групи витратили 110,22 ± 22,34 у. о., а пацієнти 2 групи — 52,07 ± 11,88 у. о. (p < 0,05). Матеріальні витрати на придбання тютюну в середньому склали 27,81 ± 1,77 у. о., пацієнти 1 та 2 груп витратили приблизно однакову суму на придбання тютюну (20,62 ± 2,07 та 20,10 ± 3,07 у. о. відповідно).

Таким чином, середні показники строків формування алкогольної залежності, кількості діб/міс вживання алкоголю та тютюну, матеріальних витрат на придбання тютюну вірогідно не відрізнялись між пацієнтами обох груп. Сукупний прибуток осіб 1 групи в середньому вірогідно перевищував рівень сукупного прибутку осіб 2 групи, витрати на придбання алкоголю у осіб 1 групи майже в 2 рази перевищували подібні витрати в осіб 2 групи 3 огляду на вищенаведене, можна зробити висновок, що проблема зловживання на рівні сім'ї не набула тієї критичної маси, необхідної для відповідних протидій, а особа, яка зловживає ПАР, подовжує погіршувати економічний стан родини незалежно від працевлаштування.

УДК 616.89-008.441.33-005-07(73)(477)

Л. М. Маркозова, О. В. Бараненко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ США ТА УКРАЇНИ (КЛАСИФІКАЦІЯ, ДІАГНОСТИКА ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН)

Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (ПАР), достатньо поширені не тільки в Україні, а і в країнах світу. Лікарю загальномедичної практики необхідні прості скринінгові інструменти для виявлення осіб з проблемами наркопрофілю. Цінність інструменту для скринінгу полягає в тому, що він дозволяє виявити ситуації, в яких необхідно більш детальне обстеження. Класифікація ж хвороб є основним інструментом статистичних опрацювань інформації про здоров'я населення і діяльності установ охорони здоров'я, забезпечує методичну єдність і можливість зіставити результати вивчення захворюваності населення, причин смерті і мотивів звернення до медичних установ як в межах країни, так і між різними країнами.

Мета: порівняльний аналіз діагностичних методик виявлення проблем, пов'язаних із вживанням ПАР та класифікацій в межах клінічних протоколів США та України.

Встановлено, що в межах клінічних протоколів США використовують 15 діагностичних методик для різних вікових груп населення та різних хімічних речовин. Найпростішим методом початкової діагностики зловживання є тест CAGE, що складається з 4-х питань, які лікар задає пацієнту в процесі звичайного збору даних [Mayfield D. et al., 1974;]. Іншими зручними і короткими (займають 1 хвилину) методиками для скринінгу зловживання є тести Швидкий Алкогольний Скринінговий Тест та Паддінгтонський Алкогольний Тест [Smith S. G. T. et al., 1996]. Існують такі шкали для діагностики станів залучення до вживання ПАР для підлітків: шкала залучення підлітків у алкоголізацію (Adolescent Alcohol Involvement Scale) [Mayer J. & Filstead W. J., 1979]; індекс підліткової алкоголізації (Adolescent Drinking Index) [Harrell A.& Wirtz P. M. 1989]; шкала залучення підлітків у наркотизацію Adolescent Drug Involvement Scale [Moberg & Hahn, 1991]; короткий клієнтський індекс вживання ПАР (Client Substance Index-Short), який було розроблено і оцінено як частину Протоколу скринінгу зловживання психоактивними речовинами Національного центру підліткової юриспруденції [Thomas, 1990]; швидкий скринінг-тест проблемного вживання наркотиків і алкоголю (Drug Alcohol Problem Quick Screen), який протестовано в педіатричній практиці [Schwartz & Wirtz, 1990]; орієнтований на проблеми скринінг-опитувальник для підлітків (POSIT — Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers) є частиною системи оцінки та виявлення причин наркоманії для підлітків, розробленої в Національному інституті зловживання наркотиками [Rahdert, 1991], інші.

Класичним є тест по виявленню розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю AUDIT [Alcohol Use Disorder Identification Test], розроблений в 1987 р.

В Україні розроблені AUDIT-подібні тести, які дозволяють провести скринінг проблем, пов'язаних з вживанням хімічних/нехімічних речовин та з різними видами діяльності людини; визначити адитивний статус за допомогою метода комплексної оцінки обстеженого за 21 шкалою [Лінський І. В. з співав., 2009].

На даний момент в світі існують дві найбільш поширені класифікації хвороб — Міжнародна класифікація хвороб та проблем, пов'язаних із здоров'ям (МКХ-10), яка була введена ВООЗ з січня 1991 року, та DSM-IV, яка передбачає «синдромальний підхід» до діагнозу. Класифікацією МКХ-10 користуються в країнах Європи, в Росії та Україні, класифікацією DSM-IV-R — в США. Незважаючи на принципову спільність, ці класифікаційні системи не є ідентичними. В той же час, в них має місце подібний опис окремих синдромальних груп, форм і варіантів психічних розладів, а багато основних категорій розладів в МКХ-10 включено у відповідні категорії DSM-IV.

УДК 616.89-008.441.13:362.147(477)

Мінко О. І.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ НАРКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

З метою забезпечення відповідності діяльності наркослужби сучасним умовам, вдосконалити наявну нормативно-правову базу її діяльності як невід'ємну складову відповідальної державної політики щодо алкоголю, наркотиків та інших об'єктів потенційного зловживання із формуванням єдиних правил роботи (державні стандарти якості, локальні протоколи, клінічні настанови, а також звітність) для установ усіх форм власності, які мають відповідати: сучасним критеріям доказової медицини та належної медичної практики (GCP) з урахуванням сучасного соціально-економічного стану в державі. Для впровадження зазначених єдиних правил роботи використовувати всі наявні механізми впливу (акредитація, атестація, ліцензування, відповідна звітність тощо), а також розробляти та лобіювати впровадження нових механізмів фінансування наркологічної служби (держзамовлення на лікування та реабілітацію хворих наркологічного профілю, використання обов'язкового фіксованого відсотку від продажу «легальних наркотиків» (тютюнових виробів, алкогольних напоїв тощо)).

З метою забезпечення конституційного права громадян України на медичну допомогу, визначити гарантовані обсяги надання допомоги хворим наркологічного профілю в закладах державної наркологічної служби. До таких гарантованих обсягів, в першу чергу, мають бути віднесені: синдроми відміни психоактивних речовин та їх ускладнення, а також синдроми вживання психоактивних речовин з різноманітними шкідливими наслідками, які безпосередньо загрожують здоров'ю або життю людини.

З метою зменшення стигматизації хворих наркологічного профілю у суспільстві, підвищення привабливості та заохочення до наркологічного лікування для осіб із станами залежності різного походження радикально переглянути зміст та терміни наркологічного диспансерного обліку. Максимальний термін диспансерного наркологічного обліку обмежити 6 місяцями з моменту останнього дня останнього амбулаторного чи стаціонарного наркологічного втручання, а мінімальний — не лімітувати зовсім.

В перспективі розглянути питання про доцільність поновлення видачі лікарняного листка, насамперед при отриманні гарантованих обсягів надання наркологічної допомоги.

Також з метою дестигматизації та забезпечення конституційних прав осіб із станами залежності різного походження, активно взаємодіяти з неурядовими громадськими організаціями, що працюють у сфері адвокації хворих наркологічного профілю.

Розробити загальнодержавну програму профілактики із застосуванням перспективних форм превентивного впливу на молодіжний загал з використанням діючих глобальних інформаційних систем як для виявлення/самовиявлення проблем у зв'язку із вживанням психоактивних речовин або об'єктів нехімічної залежності, так і заохочення до психологічної корекції або лікування у відповідних фахівців. Необхідно запровадити обов'язкове регулярне анонімне анкетування серед підлітків та молоді з питань інформативної грамотності та виявлення факторів ризику розвитку залежності і на цій основі проводити індивідуальну, групову та масову первинну профілактику.

Слід відновити обіг оновленого, анонімного «Первинного повідомлення про хворого з наркоманію (токсикоманією)». Також слід відновити періодичний перехресний аудит установ наркослужби в областях України з обговоренням результатів на робочих нарадах обласних наркологів.

Запровадити інституцію «обов'язкового лікування», як альтернативу карному переслідуванню за дрібні майнові злочини (включаючи злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотичних речовин, управлінням автотранспортом у нетверезому стані).

УДК 616.89-008.441.13-07:612.014.45

Мінко О. О.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ФОНОСКОПІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК МОВИ, ЩО ЗВУЧИТЬ

Мета роботи: на основі порівняльного комплексного клініко-психопатологічного, психодіагностичного та інструментального фоноскопічного дослідження в динаміці осіб з залежністю від опіоїдів та здорових осіб розробити нові підходи до комплексної діагностики стану залежності від опіоїдів.

Встановлено, що пацієнти у стані відміни опіоїдів відрізняються від здорових осіб достовірно ($p < 0,001$) вищими рівнями всіх психодіагностичних ознак (за Derogatis),

а саме: обсесивності-компульсивності — (0,85 ± 0,06 проти 0,27 ± 0,02 бали); міжособистісної сенситивності — (0,90 ± 0,10 проти 0,39 ± 0,03 бали); депресії — (0,70 ± 0,06 проти 0,19 ± 0,02 бали); тривожності — (0,77 ± 0,06 проти 0,15 ± 0,02 бали); ворожості — (0,73 ± 0,09 проти 0,27 ± 0,02 бали); фобічної тривожності — (0,45 ± 0,08 проти 0,06 ± 0,01 бали); параноїальності — (0,79 ± 0,09 проти 0,23 ± 0,03 бали); психотизму — (0,54 ± 0,07 проти 0,05 ± 0,01 бали); а також загальної важкості психопатологічних симптомів — (0,72 ± 0,06 проти 0,22 ± 0,01бали), що вказує на тотальний характер несприятливого впливу відміни опіоїдів на психічний статус залежних від них осіб.

Показано, що дійсно сталою особистісною характеристикою (за Eysenck) є екстраверсія, поміж рівнями якої у осіб, залежних від опіоїдів, у стані відміни та у стані ремісії, а також у практично здорових осіб достовірних відмінностей виявити не вдалося (13,88 ± 0,32; 13,26 ± 0,73 та 12,95 ± 0,39 бали відповідно при $p > 0,05$), в той час як рівень нейротизму достовірно ($p < 0,001$) зростає при переході від стану відміни (11,56 ± 0,60 бали) до стану ремісії (15,81 ± 0,96 бали) і наближається до рівня нейротизму здорових осіб (17,94 ± 0,42 бали). Окрім того, у стані відміни пацієнти демонструють достовірно ($p < 0,05$) нижчі (3,54 ± 0,19 бали) показники шкали неправди, ніж практично здорові (4,19 ± 0,19 бали), що вказує на більшу схильність останніх презентувати себе у «кращому вигляді», у порівнянні з особами, залежними від опіоїдів.

Відносні амплітуди всіх частотних складових мови, що звучить, в діапазоні 100—1000 Гц у хворих, залежних від опіоїдів, є достовірно більшими, ніж у хворих без ознак залежності, причому, залежні від опіоїдів у стані ремісії за цим показником відрізняються від практично здорових осіб істотно більше (на 4,23—8,87 дБ), ніж у стані відміни (на 2,11—4,44 дБ). Хворі залежні від опіоїдів, насамперед — у стані ремісії, при інших рівних умовах, кажуть не тільки гучніше, а і більш низьким голосом, у порівняні із своїми здоровими однолітками, що може бути зумовлено особливостями їхнього ендокринного статусу.

Особам, залежним від опіоїдів, у порівнянні із здоровими особами, притаманні: достовірно (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$) нижчий темп мови, що відображається в різній тривалості виконання тестового завдання (38,54 ± 0,97; 41,50 ± 2,16 та 47,41 ± 1,30 с відповідно), а також достовірно (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$) нижча швидкість модуляцій висоти голосу (52,48 ± 2,16; 64,19 ± 5,17 та 70,04 ± 2,80 semitones/sec відповідно).

В процесі апробації методу діагностики залежності від опіоїдів встановлено, що створені комплексні (з урахуванням маркерів, що були одержані за допомогою опитувальників Eysenck та Derogatis, а також даних фоноскопії з використанням програмного забезпечення PRAAT) діагностичні таблиці та алгоритм їхнього використання (на основі послідовної процедури Вальда у модифікації Є. В. Гублера) забезпечують 96,22 % безпомилковість діагностики при розпізнаванні стану відміни опіоїдів і 96,15 % безпомилковість діагностики при розпізнаванні стану ремісії у осіб, залежних від опіоїдів, що є цілком прийнятним для скринінг-досліджень.

УДК:616.89-008.441.13-002(083.75)-08(477)

Мусієнко Г. О., Гольцова С. В.

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

СТАН І РОЗРОБКА МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ НОРМАТИВІВ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В УКРАЇНІ

Приклади найкращої світової практики свідчать, що впровадження принципів доказової медицини передбачають врахування безпеки, ефективності та вартості медичних послуг і технологій. Сучасна медична практика вимагає від лікаря-нарколога використання тільки найнадійніших доказів, а від хворого — активної поінформованої участі в профілактичних програмах та під час надання йому спеціалізованої медичної допомоги.

В Україні розробка медичних технологічних і нормативних документів за принципами доказової медицини реалізується відповідно до Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі практичної охорони здоров'я.

В проблемі організації наркологічної допомоги важливе місце займають правові питання, а саме: зрівняння в правах хворих на алкоголізм з хворими, які страждають на інші хронічні соматоневрологічні і психічні захворювання, захист прав лікаря-нарколога шляхом обмеження його діяльності межами медичної компетенції, взаємна відповідальність лікаря і хворого в процесі лікування і реабілітації.

Аналіз основних показників, що характеризують роботу наркологічної служби в Україні, свідчить про забезпеченість населення наркологічними установами, а оскільки забезпеченість населення наркологічними ліжками не зростає, а, навпаки, зменшується, то збільшення кількості госпіталізованих хворих стало можливим за рахунок збільшення зайнятості ліжка і скорочення тривалості госпіталізації, то можна припускати, що пацієнтів тільки виводять із стану абстиненції, не проводячи подальшого лікування. Тому, із зменшенням тривалості перебування хворого у стаціонарі звичайно пов'язане збільшення кількості повторних надходжень його у стаціонар протягом одного року. Ремісії у хворих з наркологічними розладами прийнято розцінювати як показники ефективної діяльності наркологічної служби. До цього необхідно підходити з достатньою часткою критики, оскільки відносність показників очевидна.

Останніми роками відзначено збільшення кількості лікувальних установ різних форм власності, що спеціалізуються на терапії невідкладних станів у хворих наркопрофілю. В кількісному відношенні ці послуги значно перевершують програми активної терапії і реабілітації, якими, як правило, професійно займаються тільки державні спеціалізовані наркологічні заклади. Можливо, це пов'язано, перш за все, з тим, що до 80 % пацієнтів при зверненні по наркологічну допомогу за мету ставлять отримання невідкладної терапії, значно менша частина їх переходить на етап активної комплексної терапії, і ще менша кількість продовжує брати участь у реабілітаційних програмах.

У матеріально-технічному забезпеченні регіональних наркологічних установ існує маса проблем, які впливають на якість лікувального процесу. У ряді регіонів відзначено недостатній рівень забезпечення медичним устаткуванням, а недостатня матеріально-технічна база також знижує ефективність лікувальних і реабілітаційних програм.

В даний час в Україні діють недержавні реабілітаційні центри, які функціонують на комерційній основі. Проте висока вартість перебування хворих робить неможливою їх тривалу реабілітацію, тому жоден комерційний реабілітаційний центр не може досягти тривалих і стійких ремісій у хворих.

Таким чином, проблеми організації наркологічної допомоги в Україні стоять дуже гостро і потребують вирішення. В даний час для вдосконалення наркологічної допомоги слід: розробити і впровадити стандарти реабілітації хворих наркопрофілю, розвинути реабілітаційні ланки наркологічної служби, розробити та впровадити нові, сучасні стандарти лікування хворих на залежність від ПАР, розробити сучасні нормативні бази наркологічної служби, забезпечити регіональні наркологічної служби кадрами та підвищити кваліфікацію її фахівців різного профілю, розробити сучасні критерії оцінки ефективності діяльності наркологічної служби.

УДК: 616.89-008.441.13:613.84-056.7

Мусієнко Г. О., Шалашов В. В.

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

ВИВЧЕННЯ МЕХАНІЗМІВ УСПАДКУВАННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ ТА ТЮТЮНУ І МЕХАНІЗМІВ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІД ВПЛИВОМ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Процес формування проявів станів залежностей — складний і багатофакторний, а результати самих складних когортних досліджень часто є фрагментарними, а іноді — просто суперечать один одному. Тому потреба у подальшому розробленні цієї проблеми є нагайною, оскільки лише справжнє розуміння цих процесів надасть змогу розробити дійсно ефективні заходи щодо протидії епідемії станів залежностей. Саме тому метою роботи було вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності від алкоголю, тютюну та механізмів їх реалізації під впливом зовнішнього середовища та на цій основі — розроблення нових підходів щодо профілактики та терапії.

Об'єктами дослідження стали механізми успадкування схильності до станів залежності (алкоголізм, тютюнопаління) та механізми їх реалізації під впливом зовнішнього сердовища.

Результатом роботи стало формування когорт пробандів з алкоголізмом, тютюнопалінням і багатофакторне лонгітудинальне

обстеження їх самих та їх родичів, створення необхідного підґрунтя для визначення механізмів успадкування схильності до станів залежностей (алкоголізму, тютюнопаління) методами популяційної генетики, а також для визначення механізмів реалізації цих схильностей під впливом зовнішнього середовища.

Єдина методологічна основа для вивчення ранніх стадій формування станів залежностей (алкоголізму, тютюнопаління) була необхідна для їхнього порівняльного аналізу, а також для оцінки інтегрального рівня залежності обстежуваних осіб.

Вивчені особливості зловживання алкоголем та тютюном, формування залежності, як і інші психосоціальні розлади, пов'язані з факторами ризику і стійкості, які включають індивідуальні, генетичні, особистісні і середовищні впливи, а також різні комбінації взаємодії між ними в різних сім'ях, свідчать про існування генетичної схильності до цих порушень і є принципова можливість прогнозування ризику розвитку залежності від алкоголю та тютюну за допомогою методів генетики. Зокрема, реальним є оцінити вірогідність народження дітей, схильних до наркозахворювань.

Були обстежені 281 особа, залежна від алкоголю (шифр діагнозу F 10.2 за МКХ-10), та 47 осіб, залежних від тютюну (шифр діагнозу F 17.2 за МКХ-10).

Створено електронну базу даних, кожна облікова форма (обстежена особа) якої містить 2251 параметри, одержані під час комплексного дослідження, за даними шкали оцінки якості життя за J. E. Mezzich (10 параметрів); опитувальника SCL-90R з оцінки виразності психопатологічних проявів (118 параметрів), AUDIT-подібної (модифікованої нами) методики комплексної оцінки адиктивного статусу (528 параметрів), а також ASI — комплексного індексу важкості залежності (1595 параметрів).

Одержано дані щодо частоти ураження обстежених та їх родичів різними коморбідними залежностями, що при їхньому сукупному аналізі з частотами відповідних уражень в популяції дозволяє розрахувати співвідношення генетичного та середовищного компонентів для кожної з форм адиктивної поведінки, яке є необхідним для тестування різних генетичних моделей.

Таким чином, створено доказове підґрунтя для визначення механізмів успадкування схильності до станів залежностей різного походження методами популяційної генетики, а також для визначення механізмів реалізації цієї схильності під впливом зовнішнього середовища.

УДК 616.89-008.441.13-06

Павлова Ю. С.

«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

ТРОПИКАМИДОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

В наркологической клинике в последнее время нередки холинолитические психозы, при которых ведущим симптомом является тяжело купируемое психомоторное возбуждение, протекающее с агрессией и неудержимой тягой к наркотику, что приводит к тому, что пациенты оставляют стационар на высоте абстиненции (на 2—3 сутки).

В значительной степени это связано с тем, что в среде наркоманов стал очень популярен новый «аптечный» наркотик, находящийся в свободном доступе, — тропикамид (Tropicamide), по фармакологическому действию относящийся к М-холиноблокирующим средствам.

Тот факт, что употребление холинолитиков вызывает изменение сознания, известен давно. Первые упоминания связаны с беладонной (*Atropa belladonna*), по-иному называемой «бешенницей» — в силу того, что входящий в состав растения атропин может вызывать сильнейшее психомоторное возбуждение.

В офтальмологии тропикамид применяется конъюнктивально, в виде 0,5 % и 1,0 % глазных капель. Процент всасывания активного вещества, поступающего через слезные каналы в нос, относительно высок, в связи с чем возможны побочные эффекты, обусловленные системным воздействием на ЦНС — психопатологические расстройства (психомоторное возбуждение, галлюцинации, холинолитический делирий), что и послужило причиной привлекательности препарата в качестве психоактивного вещества (ПАВ). С целью усиления эффекта наркозависимые лица стали применять его интраназально и внутривенно. Причём чаще тропикамид используется в сочетании с другими наркотическими веществами, в основном из группы опия, что вызывает качественное изменение структуры эйфории (эффект «особого прихода»), субъективно приближающейся к ощущениям при первых эпизодах наркотизации. Нередко достигаемые эффекты сопровождаются галлюцинациями, которых не наблюдается при изолированном употреблении героина. Кроме того, сочетанное применение холинолитика с героином способствует пролонгированию действия последнего и отдалению наступления абстинентного синдрома. Тропикамид усиливает проявления героиновой интоксикации и, в то же время, укорачивает действие героина, что приводит к значительному повышению частоты инъекций — до 10 и более раз в день. Препарат вызывает сильнейшее привыкание и тяжелейшую психическую и физическую зависимость, во много раз превышающую таковую при героиновой мононаркомании. Как правило, у потребителей тропикамида зависимость от различных ПАВ сформирована до начала злоупотребления им. Согласно данным литературы, наркоманы, сочетающие приём героина с тропикамидом, обычно усиливали проявления героиновой интоксикации с помощью препарата, с последующим значительным повышением частоты инъекций. В свою очередь, при сочетанном приёме амфетаминов и тропикамида пациенты быстро переходили на употребление лишь одного тропикамида, который они вводили непрерывно до состояния выраженной интоксикации, спутанности сознания и истощения.

Тропикамидовая зависимость в силу своей актуальности и нарастающей распространённости требует глубокого изучения наркологических и психопатологических аспектов злоупотребления наркотиком (с учётом преморбидного состояния и дозы препарата), разработки критериев дифференциальной диагностики интоксикационного делирия в результате употребления тропикамида, а также разработки алгоритмов фармакотерапии зависимости, со стандартизированными схемами показаний и противопоказаний к терапии.

УДК 616.89.071:616.89-008.441.33

Пирогов И. Ф.

«Харьковская медицинская академия последипломного образования» (г. Харьков)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХОЗОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

Проблема дифференциальной диагностики психозов, обусловленных употреблением психоактивных веществ (ПАВ), и эндогенных психозов впервые была поставлена в конце 80-х — начале 90-х годов в связи с бурным ростом наркоманий. Вопросам дифференциальной диагностики психотических расстройств уделялась второстепенная роль: работы того времени были посвящены преимущественно диагностике, лечению и профилактике собственно наркоманий и токсикоманий, так как они являлись принципиально новыми феноменами в работе наркологов и психиатров, в отличие от шизофреноподобных психозов. Более глубокими обзорами по данной теме отличаются работы иностранных авторов, столкнувшихся с этой проблемой гораздо раньше. Так, американская исследовательница Кэтлин Шиакка в обзорной статье указывала на то, что большинство пациентов с резистентными к лечению формами химических зависимостей (по данным разных авторов — от 46 % до 70 %) страдают на самом деле коморбидными расстройствами, и их диагностика играет большое значение в дальнейшей тактике лечения и реабилитации. Картину параноида вследствие употребления психостимуляторов впервые описал P. Connell: в Англии в 60-е годы подобные психозы встречались среди подростков, употребляющих эфедрон, а также при передозировке «ширки». Длится психоз суткидвое, иногда несколько дней. Если же параноид затягивается дольше, чем на неделю (без повторных введений эфедрона, первитина или амфетамина), то возникает обоснованное подозрение, что интоксикацией был спровоцирован приступ параноидной шизофрении. Встречавшиеся в отечественной научной литературе статьи, посвящённые дифференциальной диагностике шизофреноподобных психозов, имеют преимущественно прикладную направленность (например, критерии для определения инвалидности). Зарубежные источники констатируют тот факт, что в подавляющем большинстве случаев больным с психозами, имеющим наркологический анамнез, при первой госпитализации устанавливается два диагноза: психиатрический и наркологический. Провести окончательный дифференциальный диагноз либо не представляется возможным, либо не представляется целесообразным по различным причинам. Отсутствие единства взглядов на дифференциальную диагностику шизофреноподобных психозов, осложненных

употреблением ПАВ, клинический патоморфоз шизофрении в результате присоединившейся наркомании и связанные с этим диагностические трудности определяют актуальность нашего исследования.

Нами было обследовано 80 больных: 30 больных с шизофреноподобным расстройством в результате употребления ПАВ (1 клиническая группа); 30 больных параноидной шизофренией, которые употребляли ПАВ (2 клиническая группа); 20 больных параноидной шизофренией, которые не употребляли ПАВ (3 группа сравнения).

В ходе исследования были установлены следующие признаки: кратковременность и полиморфность психоза больных 1 группы, литическая редукция симптоматики с восстановлением исходного уровня психического функционирования; стереотипность и длительность приступов эндогенной структуры больных 2 группы; у лиц 1 группы в клинике преобладали абстинентный, психопатоподобный и галлюцинаторный синдромы; во 2 группе — апато-абулический, галлюцинаторный; тип отношения к болезни у лиц 1 группы — анозогнозический; у пациентов 2 группы — преимущественно апатический; у лиц 1 группы в ходе обследования не наблюдалось кататонической и парафренной симптоматики.

УДК 616.89-008.441.13:159.96

Пшук Н. Г., Стукан Л. В., Пшук Є. Я.
Вінницький національний медичний університет (м. Вінниця)

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ КОМУНІКАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Недостатня сформованість захисних психологічних механізмів у осіб з алкогольною залежністю (АЗ) призводить до порушення їх психічної адаптації та порушення процесу інтерперсональної взаємодії.

Обстежено 114 хворих на АЗ (основна група), у віці від 21 до 40 років, які перебували під спостереженням у Вінницькому комунальному закладі «Соціотерапія» у 2007 — 2009 рр. (F 10.25, F 10.26 згідно з критеріями МКХ-10). У 73,6 % тривалість АЗ була до 3 років та у 23,7 % — 4 роки та більше. Групу контролю склали 55 практично здорових чоловіків.

Дослідження комунікативних копінг-ресурсів (КР) показало недостатню сформованість емпатійної та аффіліативної тенденцій у хворих, які є залежними від алкоголю. Так, за субшкалою «емпатичні тенденції» рівень розвитку ознаки був достовірно нижчим у порівнянні зі здоровими чоловіками і становив 10,2 ± 0,51 бали у хворих на АЗ та 16,7 ± 0,33 бали у здорових чоловіків ($p < 0,01$); виразність показника аффіліації становила 11,5 ± 0,87 бали у хворих на АЗ та 17,4 ± 0,12 бали у практично здорових чоловіків ($p < 0,05$). Однак, сенситивність до знехтування була достовірно вищою у групі хворих на АЗ у порівнянні з практично здоровими чоловіками (13,9 ± 0,53 бали проти 9,1 ± 2,4 бали, $p < 0,01$).

Вивчення рівня комунікативних КР в динаміці розвитку АЗ у пацієнтів дало змогу визначити, що показники рівня емпатії та аффіліації мали тенденцію до подальшого зниження із збільшенням тривалості АЗ. Так, при тривалості АЗ до 3 років показник емпатії становив 10,9 ± 0,32 бали, а у хворих з АЗ 4 роки та більше — 8,67 ± 0,44 бали ($p < 0,05$); показники аффіліації, відповідно, 12,2 ± 0,17 бали і 9,88 ± 0,12 бали ($p < 0,01$). Між тим, визначено подальше підвищення показників тенденції «сенситивність до знехтування» із збільшенням тривалості хвороби (13,3 ± 0,55 бали та 15,7 ± 0,19 бали, $p < 0,01$). Встановлені особливості свідчили про виснаження у хворих на АЗ таких особистісних комунікативних КР як емпатія та аффіліація. Посилення тенденції до знехтування сприяло соціальній відмежованості хворих, збільшенню відчуття дистанціювання у стосунках з оточуючими, що детермінувало використання ними неадаптивних поведінкових стратегій в проблемних ситуаціях.

Дослідження Я-концепції, як одного з основних особистісних ресурсів подолання стресових ситуацій, виявило зміни її структурних компонентів у хворих на АЗ. Так, у пацієнтів основної групи у сфері «Я-реальне» максимальний бал визначався за 8, 3 та 1 октантами, мінімальний — за 5 та 6 октантами. За 1 октантою (владно-лідуючий тип), 3 (прямолінійно-агресивний) результати перевищували 8-бальну оцінку, що свідчило про особистісну акцентуацію та труднощі в соціальній адаптації. Хворі на АЗ оцінювали себе як самовпевнених, прямолінійних, скептичних. Водночас, відзначали наявність тривожних побоювань, емоційну нестійкість, відсутність самостійності та ініціативи у починаннях, на відміну від здорових осіб. Незважаючи на домінування в стосунках прямолінійності, хворі вважали себе доброзичливими, комунікабельними, намагались всім дати поради, настанови, хоча були дратівливими, агресивними, демонстрували самовпевненість та незалежність у стосунках.

У здорових чоловіків максимальні значення у сфері «Я-реальне» реєструвались за 7 октантою (аффіліативність-співпраця), що свідчило про гармонійні та достатньо адаптивні можливості особистості.

У сфері «Я-ідеальне» пацієнти, які були залежними від алкоголю, хотіли бути менш прямолінійними, підозрілими, тривожними, більш доброзичливими, більш впевненими у собі та конгруентними з оточуючими їх людьми.

Вивчення типології міжособистісних стосунків в динаміці розвитку АЗ показало, що у пацієнтів з загальною тривалістю хвороби до 3 років виявлялось переважання відповідально-великодушного та співпрацюючо-конвенціального типів стосунків (52,7 %). Владно-лідуючий тип визначався у 32,7 % та залежно-покірливий у 14,5 %. З подовженням тривалості АЗ (4 роки та більше) виявлялося переважання залежно-покірливого типу міжособистісних стосунків (55,9 %), в той час коли владно-лідуючий тип реєструвався у 27,1 %, покірливо-слухняний — у 16,9 % пацієнтів.

Таким чином, в перебігу АЗ у пацієнтів реєструвалися дихотомічні тенденції у інтерперсональних стосунках. З одного боку, виявлялися риси пасивного конформізму, а з іншого — посилювалися агресивно-деспотичні тенденції з прихованим негативізмом, що сприяло формуванню дезадаптивного поведінкового стилю у пацієнтів з АЗ.

УДК 615.21

О. О. Рищенко, В. В. Шаповалов, В. О. Шаповалова, О. В. Півоваров
Головне управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, Харківська медична академія післядипломної освіти

РОЗВИТОК ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ЯК ОДИН ІЗ ЗАХОДІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ АДИКТИВНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ЗАСАДАХ СУДОВОЇ ФАРМАЦІЇ

Розвиток адиктивної залежності серед населення України на сьогодні залишається однією із найактуальніших проблем для Уряду та Міністерства охорони здоров'я нашої країни в цілому. За останні декілька років кількість осіб із розвиненою адиктивною залежністю збільшилася вдвічі. В Україні у 2010 р. офіційно було зареєстровано біля 149 тис. наркозалежних осіб, проте реальна їхня кількість за різними оцінками на сьогодні складає більше 1 млн осіб, переважна кількість з яких — молодь у віці до 27 років. Відповідно до результатів судово-фармацевтичного моніторингу щодо виявлення причин та умов розповсюдження адиктивної залежності серед населення України, особливо неповнолітніх та молоді, одним із факторів розповсюдження адиктивної залежності є не тільки зловживання тютюновими виробами, алкогольвміщуючими напоями, препаратами коноплі, героїну, амфетаміну тощо, а й нераціональне вживання лікарських засобів (ЛЗ), що проявляють психоактивні властивості, в рамках самолікування, а також розширення номенклатури модифікованих у кустарних умовах нових психоактивних речовин різних класифікаційно-правових груп із психоактивних ЛЗ, які мають безрецептурну або рецептурну номенклатурно-правову ознаку. Одним із дієвих заходів впорядкування вживання ЛЗ із психоактивними властивостями в рамках самолікування є впровадження формулярної системи на території України.

Слід зауважити, що формулярна система є звичайною практикою у більшості країн Європейського Союзу та Співдружності Незалежних Держав, яка дозволяє більш раціонально використовувати ЛЗ різних клініко-фармакологічних груп при різноманітних захворюваннях пацієнта та забезпечує безперервний нагляд лікаря за процесом фармакокорекції патологічних станів, що в свою чергу унеможливлює нераціональне вживання або зловживання останніх та попереджує створення умов, сприятливих для розвитку адиктивної залежності.

На сьогодні формулярна система в Україні перебцває у стадії формування та потребує значної підтримки з боку держави та Міністерства охорони здоров'я України зокрема. Так, у березні цього року в Україні набув чинності Державний формуляр лікарських засобів четвертого випуску, який є основою для формування регіональних та локальних формулярів

для кожного регіону та кожного закладу охорони здоров'я України. При проведенні судово-фармацевтичного аналізу переліку ЛЗ Державного формуляру четвертого випуску виявлено, що до нього входять ЛЗ різних класифікаційно-правових та номенклатурно-правових груп. Так, серед ЛЗ, що мають психоактивні властивості, слід виокремити такі класифікаційно-правові групи ЛЗ: наркотичні засоби (трамадол, морфін тощо); психоактивні речовини (фенобарбітал, діазепам); прекурсори (калію перманганат); сильнодіючі речовини (зопіклон, клонідин, дифенгідрамін); отруйні речовини (атропін, тригексифенідил). Незважаючи на численні заходи контролю за обігом вказаних вище психоактивних ЛЗ, які затверджені чинним фармацевтичним законодавством, саме вони найчастіше є предметом зловживання з метою отримання ейфоризуючого ефекту. Тому, впровадження формулярної системи є одним із елементів контролю за раціональним вживанням ЛЗ із психоактивними властивостями. Крім того, до переліку ЛЗ Державного формуляру четвертого випуску внесені такі ЛЗ, які за класифікаційно-правовою ознакою належать до загальної класифікаційно-правової групи, а за своїми фармакологічними властивостями мають істотний наркогенний потенціал. Серед таких ЛЗ слід виокремити комбіновані ЛЗ, що мають в своєму складі психоактивні речовини (наркотичні засоби, психотропні речовини, прекурсори тощо) у невеликій кількості, переважна більшість яких має безрецептурну номенклатурно-правову ознаку. Слід зазначити, що такі ЛЗ є більш доступними для пацієнта, що створює умови для розвитку нових видів адиктивної залежності.

Призначення ЛЗ різних класифікаційно-правових та номенклатурно-правових груп потребує постійного нагляду з боку лікаря з метою зменшення проявів побічних реакцій цих ЛЗ, особливо створення умов для формування адиктивної залежності у пацієнта. Впровадження формулярної системи здатне значною мірою виконати це завдання та є одним із найбільш дієвих заходів щодо попередження адиктивної залежності серед населення України.

УДК 616.89-008.441.13-036.22

Самойлова О. С., Голощапов В. В., Клочок А. М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків), Обласна клінічна наркологічна лікарня (м. Харків), Наркологічний центр соціальної адаптації «Позитив» (м. Харків)

ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ РЕМІСІЙ У ХВОРИХ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Необхідність проведення даного дослідження обумовлена тим, що на фоні активної розробки та застосування в Україні за останні роки новітніх ефективних медикаментозних засобів терапії хворих на наркоманії, практично поза увагою залишається вирішення психосоціальних проблем цієї категорії пацієнтів, що нерідко стає причиною наступних зривів та рецидивів.

Проведене дослідження є фрагментом багаторічної НДР, яка проводиться у відділі невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України» із січня 2010 р., метою якої є вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності різного походження та механізмів її реалізації під впливом зовнішнього середовища і розроблення на цій основі нових підходів щодо профілактики та терапії. Дослідження проводиться на базі стаціонарних відділень Харківської обласної клінічної наркологічної лікарні.

Станом на 1 липня 2012 р. усього було обстежено 105 респондентів чоловічої статі у віці від 18 до 42 років (середній вік 26,72 ± 0,36 років) із синдромом залежності від психоактивних речовин. Пацієнти I групи (28 осіб із обстеженого контингенту) мали високий рівень мотиваційних та комунікативних здібностей, всі вони після стаціонарного курсу терапії продовжили лікування в реабілітаційному наркологічному центрі соціальної адаптації «Позитив». Для пацієнтів II групи (58 чол.) була характерна розгорнута стадія захворювання, яка супроводжувалась морально-етичним та інтелектуально-мнестичним зниженням, мала місце наркотична деградація різного ступеня виразності. Останню, III групу (19 чол.) склали особи без настанови на лікування, що потрапили до клініки за невідкладними показниками та відмовились від лікування після зняття гострих абстинентних проявів. За основу комплексної оцінки стану пацієнтів та динаміки процесу були обрані тест «AUDIT» (The Alcohol Use Disorders Identification Test) та створені на його основі AUDIT-подібні тести для дослідження найбільш актуальних в сучасному молодіжному середовищі пристрастей і залежностей; індекс тяжкості залежності (Addiction Severity Index — ASI); методи математичної статистики.

Були отримані такі результати. Тривалість перебування хворих I групи у центрі реабілітації склала від 3 до 11 місяців (середня тривалість 8,68 ± 0,24 місяців). Станом на 1 липня 2012 р. 25 пацієнтів цієї групи були у стані стабільної ремісії (що складає 89,28 %). Практично в усіх пацієнтів, які пройшли реабілітацію, показники фізичного та психічного стану, самопочуття, були значно вищими, ніж у осіб інших груп обстеження. Спостерігалось значне покращання соціального функціонування пацієнтів, налагодились взаємовідносини із близькими родичами. Абсолютна більшість пацієнтів повернулась до перерваного навчання, зберегла робочі місця, відновила свої сімейні відносини, причому, за період дослідження четверо із них створили нові родини, у родинах двох пацієнтів народились здорові діти. Пацієнти, які раніш мали проблеми вільного часу, повернулись до активних спортивних занять, розвинули свої культурні інтереси та творчі контакти та здобули нові зв'язки у соціально адаптованому середовищі.

Отримані результати демонструють значно більшу ефективність комплексної наркологічної допомоги, яка інтегрує зусилля фахівців різного профілю та забезпечує успішну реадаптацію та ресоціалізацію у суспільстві пацієнтів із залежністю від ПАР.

УДК: 616.89-008.441.13-036.66

Слюсар В. В., Мусієнко Г. О., Дюженко М. М., Голинкіна Є. В.

КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСНОВНІ ЕТАПНІ АСПЕКТИ, СКЛАДОВІ ТА ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДЕРЖАВНОМУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ НАРКОЛОГІЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Єдність медичних, психологічних, психотерапевтичних та соціальних заходів, які мають на меті відновлення здоров'я пацієнтів та їх успішну реінтеграцію у сім'ю та суспільство, складають біопсихосоціальну основу реабілітаційного процесу та головний принцип реабілітації. З цим принципом пов'язаний і ще один із принципів реабілітації — принцип мультидисциплінарності, який знаходить своє відображення у бригадному методі роботи, коли в єдиній команді працюють лікар-нарколог, психотерапевт, медичний психолог, соціальний працівник та волонтер. Для отримання позитивного результату бригада може змінювати свою структуру. Принцип послідовності етапів реабілітації має у своїй основі об'єктивно обґрунтований поступовий та логічний перехід від етапу до етапу.

У КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня» (клінічна база відділу наркології ДУ «ІНПН НАМН України») розроблено та впроваджено показання та протипоказання щодо відбору пацієнтів; форми та типи лікувально-реабілітаційних груп (для пацієнтів, для близького та значущого оточення); терміни реабілітаційних заходів на основі поділу терапевтичних груп; комплексні психологічні, соціальні, педагогічні, лікувальні програми та заходи, які спрямовуються на відновлення психофізичного, психологічного стану як у пацієнтів з проявами хімічної та нехімічної залежностей, так і в осіб значущого для них оточення; корекцію спроможностей повноцінного адаптування до сучасних суспільних особливостей середовища, з метою повноцінного функціонування в соціумі без спроб застосування речовин чи поведінкових проявів, які раніше спричиняли у пацієнтів загострення притаманних їм станів залежностей, а серед близького оточення — без відхилень у соціальній поведінці, загострень проявів пограничних станів чи захворювань соматоневрологічного характеру.

На ранньому реабілітаційному етапі застосовують фармако- та немедикаментозну терапію, дія яких спрямована на активацію функцій головного мозку.

Для кожного пацієнта спільно розробляється план реабілітаційних заходів, визначається його реабілітаційний потенціал та реабілітаційний прогноз за усіма напрямками надання допомоги і розробляється індивідуальна програма реабілітації з урахуванням соціального статусу пацієнта та його близького оточення. З метою чітких та взаємопогоджених дій, один раз на тиждень проводяться координаційні координуючі наради у бригаді спеціалістів для розгляду етапів реабілітаційного процесу у кожного пацієнта та визначення зрушень за період терапевтичного процесу і коригування програмного забезпечення цього процесу.

Основою усіх розроблених та впроваджуваних програмних заходів у закладі є проведення протирецидивних заходів та заходів щодо пацієнтів, які пройшли попередньо основний курс медикаментозної терапії, а також тих осіб, які звернулися за реабілітаційною допомогою безпосередньо, були відібрані для процесу реабілітації із залученням у відповідні профілактичні програми щодо попередження зривів та рецидивів основного захворювання та супутніх соматоневрологічних ускладнень.

Реабілітаційна робота щодо сім'ї та близького значущого оточення базується на принципі, що родинний та оточуючий комунікативний стиль у вирішенні проблем має пряме відношення до уразливості в процесі формування проявів різного роду (як хімічного, так і нехімічного) станів залежностей.

УДК: 616.89-008.441.13-08

Собетов Б. Г., Гасс Ю. Р., Гасс В. Б., Гасс Р. С.
Украинская ассоциация по проблемам наркомании и алкоголизма, Львовский Национальный медицинский университет

ПРОБЛЕМЫ, ПОИСКИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ТЕРАПИИ НАРКОМАНОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРЕБЫВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Наркотики в тюрьмах, несмотря на изоляцию заключенных от внешнего мира, были и остаются до сих пор нерешенными проблемами — ведь в тяжелых условиях содержится большое количество криминальных элементов, которым необходима эффективная помощь в преодолении зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), длительная реабилитация и ресоциализация в обществе после отбытия наказания. Основное направление в лечении острого периода и периода нестойкой терапевтической ремиссии — это терапия абстинентного и постабстинентного синдрома, когда у заключенного наркомана постоянно присутствует выраженное, а порой компульсивное влечение к ПАВ и он приложит немыслимые усилия для того, чтобы достать наркотик в тюрьме. Опыт свидетельствует, что пока не будет преодолено психологическое влечение, трудно говорить о дальнейшей перспективе для пациента. Поэтому, на наш взгляд, необходимо оказывать помощь уже на ранних этапах задержания наркомана, совершившего преступление. Как правило, задержание наркомана происходит в состоянии интоксикации. Поэтому спустя 5—8 часов нахождения задержанного в камере предварительного заключения у наркомана проявляются признаки синдрома отмены и ему уже необходимо оказывать наркологическую помощь.

В пенитенциарном учреждении в течение года нами проводились клинические исследования отечественного инъекционного пролонга дисульфирама «Тетлонг-250» в терапии и реабилитации заключенных, которым решением суда определено принудительное лечение зависимости от ПАВ. На участие в исследовании в условиях ИТУ дали добровольное согласие 58 лиц с диагнозами алкоголизм, опийная наркомания. У 46 мужчин диагностирована клиническая картина развернутой стадии алкоголизма на фоне высокой толерантности и синдрома физической зависимости от алкоголя, — у 12 опийных наркоманов была диагностирована сформированная физическая и психическая зависимость. Длительность заболевания — 7,6 лет. Проведены клиническое, психологическое, биохимическое обследование, курс детоксикации, симптоматическое лечение, психотерапия. Исследованным вводили препарат «Тетлонг-250» (внутримышечно 1 мл, 1—2 инъекции в месяц в течение года). Осложнений после введений препарата на отмечено. Подавляющее большинство пролеченных (89 %) положительно оценили действие препарата (нормализовалось настроение, исчезли тревога, страх, раздражительность, появилось критическое отношение к прошлому).

Проведенные исследования показали высокую терапевтическую эффективность инъекционного пролонга дисульфирама «Тетлонг-250» в терапии и реабилитации зависимых от ПАВ. Достигнута пролонгированная терапевтическая концентрация дисульфирама и его метаболитов в организме пациента, клинически подтверждены такие свойства препарата как способность снижать влечение к алкоголю и наркотикам, его анксиолитические, антидепрессивные и транквилизирующие свойства, способность блокировать память на эйфоризирующее действие опийных препаратов. Наш инъекционный пролонг дисульфирама оказывает комбинированное психофармакологическое действие на больных алкоголизмом и наркоманиями, что особенно важно при сочетанном приеме наркотиков и алкоголя и позволяет отказаться от перорального приема дисульфирама в пенитенциарных условиях, а использование препарата в комплексной лечебно-реабилитационной программе позволяет достичь стабильных и длительных терапевтических ремиссий, улучшая показатели качества жизни заключенного, зависимого от ПАВ.

УДК 616.89-008.441.13:615.212.86:615.8

Сосін І. К., Чуєв Ю. Ф., Романовський О. Г., Горбань А. Є., Чухрієнко К. П., Шаповалова В. О., Волков О. С., Шаповалов В. В., Гончарова О. Ю., Шаповалов В. В. (мол), Друзь О. В., Сквира І. М., Агапов Д. О.
Харківська медична академія післядипломної освіти

ПОШУК АНТИКРЕВІНГОВИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЕФЕКТІВ СЕРЕД АРСЕНАЛУ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ЗАСОБІВ ТА МЕТОДІВ

Сучасна теоретична, експериментальна та клінічна наркологія веде цілеспрямований пошук фармакологічних засобів та немедикаментозних методів з антикревінговою дією. У цьому напрямку в наркології запропоновані численні фармакотерапевтичні та немедикаментозні підходи, які спрямовані на ліквідацію клінічних та патогенетичних основ синдрому патологічного потягу до алкоголю. Разом з тим, багатокомпонентна (полімодальна) структура патологічного потягу до алкоголю обумовлює актуальність пошуку та подальше поповнення арсеналу методів антикревінгової дії.

Нами розроблений антикревінговий немедикаментозний метод лікування, що базується на використанні біозворотного зв'язку (biofeedback) за технологією (апаратно-програмний пристрій НПО «Хартрон» «БАРС-ПК»), в якій як зовнішній модуль обирається комп'ютерна реоенцефалограма (РЕГ), що реєструє динаміку церебральної гемодинаміки респондента, з урахуванням наявної у кожної людини індивідуальної колірної переваги або колірної неприязні.

Тому, ідеєю нашого способу стало попереднє тестування респондента за методом Люшера з визначенням переважного (коханого) кольору та кольору, який викликає у даного респондента індивідуальні неприязні асоціації. Враховуючи результати тесту Люшера, в БАРС-тренінг вноситься відповідна корекція щодо вибору кольору сигналу на екрані комп'ютера. Як гомеостатичний параметр, що відображає наявність або відсутність потягу до алкоголю, використовується стан церебральної гемодинаміки, який перетворюється в індивідуально застосовані для даного респондента колірні регістри: при наявності порушених параметрів РЕГ сигнал відображається на екрані монітора у неприємному (негативному) кольорі, а при відсутності потягу екран заповнюється позитивним (коханим) кольором. Мета БАРС-аутотренінгу полягає в тому, щоб випробуваний в ході терапії за допомогою лікаря опанував здатністю опосередковувати з неприємним кольором наявну суб'єктивну клініку патологічного потягу до психоактивних речовин (ПАВ) та експериментально-аутотренінговим методом підбирав такі психоемоційні стани, які спричиняють витіснення такого кольору — символу тяги до ПАВ, замість якого з'являється коханий. Як правило, позитивний результат досягається з 4-го — 6-го сеансу, що визначається зменшенням площі неприємного кольору і заміною його на такий, якому надається перевага (тривалість кожного сеансу 20—30 хв, а курсова кількість сеансів БАРС від 7 до 14).

Враховуючи, що процедура антикревінгового тренінгу вимагає від пацієнта високої концентрації уваги, антиалкогольних уявлень, перевтілень та мотивацій, активного ментально-інтелектуального тонусу, у технології нашого способу було передбачено фонову вітамінно-мікроелементну оптимізацію функцій організму пацієнта перед та в процесі курсового антикревінгового тренінгу із застосуванням сучасного комплексного препарату Вітрум Центурі (Vitrum® Century), по 1 одній капсулі перорально, один раз на добу, протягом 2—3 тижнів.

Використання біоадаптивного регулювання, який поповнив арсенал сучасних методів антикревінгової дії в клінічній наркології, дозволяє на основі проявів порушень церебральної гемодинаміки: а) навчити пацієнта покращувати свій психічний стан альтернативним способом (без допомоги лікарських речовин); б) купірувати патологічний потяг та досягти стабільної ремісії; в) розширити можливості психотерапевтичного впливу за рахунок використання внутрішніх ресурсів пацієнта; г) об'єктивізувати та контролювати стан пацієнта, отримуючи об'єктивну інформацію про повернення до адиктивної поведінки.

УДК: 616.89-008.441.13-08

Фітькало О. С., Собетов Б. Г., Гасс Ю. Р.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

Під поняттям ***доказова медицина*** мається на увазі сумлінне, явне і розумне використання найбільш добре доведених положень систематичних клінічних досліджень під час прийняття рішень щодо лікування хворих у кожному індивідуальному випадку. Причому, вважати доведеним положення, що стосується питань клінічної практики, можна лише в тому разі, якщо це положення було об'єктом наукового експерименту або обробки досить великої кількості спостережень [В. Ф. Москаленко, 2011; Н. А. Магазаник, 2011; А. Б. Зіменковський, Д. В. Данко, М. К. Хобзей, 2010]. Один із постулатів доказової медицини свідчить про те, що практикуючий лікар повинен максимально обережно і критично підходити до прийняття лікарських рішень, особливо до старих лікарських поглядів, що міцно ввійшли в медичну практику. Ми вважаємо, що доказова медицина допомагає виважено підійти до оцінки як старих, так і нових методів лікування, дає можливість і право вибрати оптимальні і відмовитися від неефективних і небезпечних.

Протягом сорока років і по сьогоднішній день метод емоційно-стресової терапії з успіхом використовується для кодування алкогольної залежності і вважається найбільш результативним. Кодування залежних — це ціла група методів, які спрямовані на відчуття огиди до тієї чи іншої форми залежності [І. І. Лазук, Т. І. Лазук-Бендас, В. І. Курик, 2002].

Метою нашого дослідження є вивчення ефективності модифікованого методу емоційно-стресової терапії з використанням препарату «Тетлонг-250» при лікуванні залежних від алкоголю.

На кафедрі психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького протягом трьох років проводився моніторинг застосування модифікованого методу емоційно-стресової терапії з використанням препарату «Тетлонг-250», за допомогою якого проліковано більше 200 осіб. В основному, це контингент хворих з тривалим стажем вживання алкоголю, таких, що мають психопатоподібну поведінку, котрі неодноразово лікувалися всіма існуючими засобами медикаментозної терапії. Наші пацієнти, після запропонованих їм альтернативних нових видів терапії, віддали перевагу методу емоційно-стресової терапії з використанням препарату «Тетлонг-250».

Основним моментом при лікуванні було те, що ми не наполягали на встановленні терміну кодування, а давали можливість по закінченню дії «коду» при бажанні продовжити його.

Не відступаючи від класичної методики кодування, процедуру проводили в кілька етапів. На першому етапі скрупульозно, досить детально збирали анамнез, проводили анкетування, визначались із терміном кодування, за результатами обстеження оцінювали стан кожного пацієнта в плані безпечності проведення самої процедури.

Другий етап, який можна поєднати з третім, включає суггестивний вплив, що формує від'ємний умовний рефлекс з наступним натискуванням на точки Валле по верхній границі очного яблука трьохкратно 1—2 с з інтервалом 1—2 с, натискування на точки виходу великого потиличного нерва в тому ж діапазоні часу до больових відчуттів та вприскування хлоретилу в рот. Завершуємо цю процедуру введенням внутрішньом'язово 1 мл «Тетлонгу-250».

Із 209 осіб, яким було проведено процедуру кодування, у стані ремісії протягом двох років перебували 172 пацієнти (82,3 %), у 37 осіб (17,7 %) відзначено зрив. Аналіз негативного результату лікування показав, що в усіх 37 пацієнтів з боку рідних був тиск в плані вибору саме даного методу кодування.

Із 172 осіб — 67 пацієнтів на початку лікування запрограмували «код» на 2 роки, кодування на рік мали 105 хворих. В подальшому продовжили термін лікування ще на 1 рік із 105 — 69 пацієнтів, що склало 65,7 %) а 36 осіб (34,2 %) повністю по сьогодні ведуть тверезий спосіб життя. При цьому чітко усвідомлюючи, що дія «коду» закінчилася, а радість життя тільки починається.

Метод медикаментозного кодування спочатку, безумовно, не звільняє пацієнта від психологічної залежності, але в процесі лікування хворий усвідомлює, що навіть незначна доза спиртного може мати страшні наслідки. Психологічна залежність з часом слабне і пацієнт повертається до нормального життя. До плюсів медикаментозного кодування слід віднести і те, що ця процедура потребує незначних затрат часу як лікаря, так і пацієнта.

Використання модифікованого емоційно-стресового методу є доказовим методом (актуальний більше 30 років), де ефективність методу після трьох років спостереження склала 84,3 % (145 осіб); залежить від багатьох характеристик самого пацієнта: визнання себе як хворого, вольового зусилля та бажання лікуватись; професіоналізму, компетенції і авторитету лікаря та застосування ін'єкційного препарату «Тетлонг-250», який підсилює дію методу. Цей метод дозволяє включити резервні можливості організму та відновити психічні та фізичні сили.

УДК 616.89-008.441.13:615.214-08

С. Д. Чугай
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ФАРМАКОЛОГІЧНА ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА СТИМУЛЯЦІЯ АБСТИНЕНЦІЇ У ОСІБ З СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ

Дотепер ефективність існуючих методів лікування алкогольної залежності є недостатньою, що безумовно потребує розроблення більш ефективних способів лікування. Теоретично протисудомні препарати мають заміщати алкоголь и пом'якшувати симптоми синдрому відміни; однак слід відмітити, що досвід лікування алкогольної залежності антиепілептичними препаратами недостатній, а в більшості досліджень мова іде не про повну відмову від вживання алкоголю, а про достовірне зменшення вживання алкоголю у порівнянні з вихідним рівнем на фоні прийому антиконвульсантів (К.-Л. Тешнер, 1996; А. І. Мінко, 2000; І. В. Купрієнко, 2000; Ye Shao-Jian, Zeng Fan-Dian; 2002; B. A. Johnson et al., 2003).

Метою нашого дослідження стало розроблення технології фармакологічної та психосоціальної стимуляції абстиненції, але без заборони прийому алкоголю у осіб з синдромом залежності від алкоголю як реальної цілі протиалкогольної терапії.

Обстежено, проліковано та здійснено динамічне спостереження 90 осіб з синдромом залежності від алкоголю. Усі обстежені поділені на дві рівновеликі групи. Реалізація поставленої мети здійснювалась шляхом комплексної дії різновиду психотерапії у вигляді технології BRENDA для формування достатнього комплайєнсу та фармакотерапії вітчизняним антиконвульсантом. Пацієнти першої групи з першого дня лікування синдрому відміни алкоголю в умовах наркологічного стаціонару, відповідно до державних протоколів, в комплексному лікуванні додатково приймали антиконвульсант топілепсін по 50 мг три рази на добу на протязі 10 діб, а пацієнти другої — карбамазепін по 200 мг три рази на добу на протязі 10 діб.

На 11-й день лікування пацієнтам першої групи знижували добову дозу топілепсіну до 50 мг два рази на добу, пацієнтам другої групи — до 200 мг два рази на добу, після чого на фоні пригніченого патологічного потягу до вживання алкоголю та сформованого комплайєнсу з другого місяця лікування, вже в амбулаторних умовах, прийом топілепсіну продовжували як протирецидивну підтримувальну монотерапію алкогольної залежності — по 50 мг один раз на добу на протязі ще 150 діб та карбамазепіну — по 200 мг відповідно.

Після ліквідації проявів синдрому відміни алкоголю з 10-го по 30-й день лікування пацієнтам обох груп проводили через два дні на третій сеанси психотерапії у вигляді технології BRENDA.

Весь курс лікування проводили впродовж 180 діб (строк формування повної або неповної ремісії згідно з МКХ-10).

Динамічне спостереження за обстеженими обох груп дозволило зробити висновок про те, що використання вітчизняних антиконвульсантів топілепсіну або карбамазепіну в осіб з алкогольною залежністю як у період активної протиалкогольної терапії, так і на етапі підтримувального лікування супроводжується пригніченням патологічного потягу до вживання алкоголю, сприяє підвищенню якості життя пацієнтів, що дає можливість попереджати рецидив і навіть в умовах зриву ремісії контролювати вживання алкоголю та запобігти розвертанню рецидиву і, відповідно, підвищити ефективність лікування. В той же час, встановлено, що використання топілепсіну вже на третьому місяці терапії достовірно ($p < 0,05$) підвищує прихильність до підтримувальної терапії (в програмі залишилося 38 пацієнтів з 45 (84,4 %), які почали лікування, проти 23 з 45 (51,1 %) з — в групі пацієнтів, які отримували карбамазепін.

УДК 616.89-008.441.13:615.849.19

Чуев Ю. Ф.
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ИННОВАЦИОННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ПРОГРАММЫ В НАРКОЛОГИИ

Достичь коренного изменения наркоситуации сегодня возможно путем адаптации наркологической службы к реалиям трансформации аддиктивных состояний, создания инновационных лечебных технологий, выходящих за рамки устоявшихся традиционных стандартов, базирующихся на использовании как минимизированных доз фармакологических препаратов нового поколения, так и различных искусственных и естественных биофизических факторов. Одним из таких методов, способных реально способствовать повышению качества лечебной помощи, являются многочисленные модификации лазерной терапии, разработанные под руководством проф. Сосина И. К. на кафедре наркологии ХМАПО.

Многолетние научные изыскания по лазерной проблематике позволили обосновать и предложить новые терапевтические подходы, предусматривающие альтернативное и дифференцированное использование в лечебно-восстановительных и реабилитационных программах при алкогольной и наркотической зависимости комплекса лазерных методов. Установлено, что в лечении неотложной наркопатологии лазерные инновации могут использоваться как монометод, так и дифференцированно сочетаться с другими немедикаментозными и медикаментозными методами.

Были разработаны адресные комбинированные методы интенсивной лазерной терапии неотложных состояний, получила научное обоснование целесообразность использования внутрисосудистой лазерной гемотерапии в комбинации с инфузионными и экстракорпоральными методами терапии, которые потенцируют терапевтические эффекты друг друга, что чрезвычайно важно при курации больных неотложного профиля, с постинтоксикационным и хрониосептическим синдромом.

Практика показала, что избирательной сферой применения комплексных лазерных модификаций в наркологической практике являются рецидивоопасные ситуации постабстинентного и ремиссионного периода депрессивного регистра, алгического ряда, диссомнических радикалов наркогенного генеза. Особую значимость данная констатация приобретает у больных с коморбидной соматоневрологической патологией, присутствием фактора стойкой резистентности к медикаментозной терапии, склонностью к токсико-аллергическим и пирогенным реакциям.

Проведенные исследования выявили, что существенным преимуществом разработанного комплекса лазерных методов на этапе детоксикации является эффект блокирования биологических механизмов трансформации алкогольного и наркотического опьянения в тяжелые формы синдрома отмены. Развивающие клинические симптомы состояния отмены отличаются более «бархатным» течением, относительной рудиментарностью, устраняются повторными сеансами лазеротерапии. Применение методов интенсивной лазерной терапии в экспресс-детоксикационных режимах позволяет добиться устранения в клинике манифестных форм абстиненции тягостных наркоассоциированных симптомов. Представлена концепция, позволяющая утверждать о наличии у методов лазерной терапии свойства адъювантности, потенцирования лечебных эффектов препаратов антидепрессивного, антиконвульсивного, нейрометаболического и гепатопротекторного действия. На основе клинического анализа выявлены «адресные мишени» лазерных модификаций при купировании стержневых синдромов и симптомов опийной зависимости.

Результаты многолетних исследований по лазерной проблематике позволяют позиционировать инновационный блок данных методов как достаточно эффективный и безопасный в комплексных терапевтических программах лечения неотложной и плановой наркопатологии.

УДК 616.89-008.441.13:616.895

Чуева Е. Ю.
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИКЕ ПИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Известно, что пивная зависимость является одним из пусковых механизмом формирования всего спектра аффективной патологии, известной в клинике алкогольной болезни, но имеющей свои отличительные особенности. Обследовано 48 пациентов, которые обратились в наркологическую клинику по поводу пивной зависимости. У всех пациентов выявлена сформировавшаяся психическая и физическая зависимость, клинические проявления которой характеризовались наличием стойкого осознанного патологического влечения к пиву, ростом толерантности, характерных психопатологических и соматоневрологических симптомов отмены, и начальных изменений личности. При обследовании были использованы клинико-психопатологический метод, шкала Спилбергера — Ханина, опросник САН (самочувствие, активность, настроение), шкала Гамильтона.

Выявлено, что аффективные нарушения при пивной зависимости могут носить как первичный (существовать преморбидно), так и вторичный (формироваться в процессе течения пивной зависимости) характер. Первичные аффективные нарушения наблюдаются при акцентуациях характера, психопатиях, неврозах, маскированных (скрытых, ларвированных) депрессиях. В этих случаях злоупотребление пивом возникает вслед за нарушениями в аффективной и соматовегетативной сферах, как бы формируясь при их участии, а по мере прогрессирования заболевания, наряду с заострением преморбидной аффективной патологии, отмечается ее качественное видоизменение. У большинства пациентов аффективные нарушения формируются после становления пивного абстинентного синдрома. На ранних этапах этой стадии болезни, по миновании симптомов синдрома отмены, они редуцируются, но с утяжелением клинической картины пивной зависимости аффективные нарушения теряют свою обратимость и включаются в структуру личности больного. Особенностью этих расстройств является наличие во всех вариантах аффективных нарушений со сниженным настроением — тревожного компонента. По мере прогрессирования пивной зависимости наблюдается трансформация сравнительно легких аффективных нарушений в более выраженные, когда аффективные расстройства невротического регистра уступают место более грубой аффективной патологии, сопровождающей личностные девиации. Аффективные расстройства при пивной зависимости отличаются полиморфизмом и изменчивостью. Снижение настроения, тревога, повышенная раздражительность, реже апатия часто сочетаются с другими психопатологическими расстройствами. Наиболее частыми вариантами аффективных состояний у больных пивной зависимостью являются депрессивный и дисфорический синдромы. Депрессивный синдром характеризуется пониженным настроением с падением работоспособности, снижением интереса к окружающему, отмечается ухудшение сна и нарушение аппетита. Колебания настроения могут носить как циклоидный характер, так и протекать по астеническому типу. Дисфорический синдром определяется сочетанием пониженного настроения с раздражительностью, а в некоторых случаях со злобностью, затрудняющими контакты больного с окружающим, провоцирующими постоянные конфликтные ситуации вокруг больного как дома, так и в служебной обстановке. Отмечено, что по мере течения пивной зависимости возможна и нередко происходит трансформация аффективных расстройств у данного больного, например, переход депрессивных эпизодов и реакций в дисфорические.

Идентификация особенностей аффективной патологии в клинике пивной зависимости является крайне важной при построении адекватных терапевтических программ и выборе препаратов антидепрессивного и анксиолитического спектра.

УДК 616.89-008.441.13:616.895-08-036.66

Шалашов В. В., Бараненко А. В.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

КОРРЕКЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Главная задача терапии синдрома алкогольной зависимости — стабилизация терапевтической ремиссии и профилактика рецидивов. Известно, что до 30 % больных возобновляют употребление алкоголя в течение нескольких месяцев после выписки из стационара, поскольку в клинической картине часто сохраняются проявления патологического влечения к алкоголю, депрессивные, тревожные и астенические расстройства.

Существует мнение, что расстройства аффективной сферы являются одним из проявлений патологического влечения к алкоголю — основного симптома алкогольной зависимости и могут служить причиной рецидивов. Это дает основание применять в фармакотерапии синдрома алкогольной зависимости те же классы препаратов, что и для коррекции так называемых «чистых» аффективных расстройств.

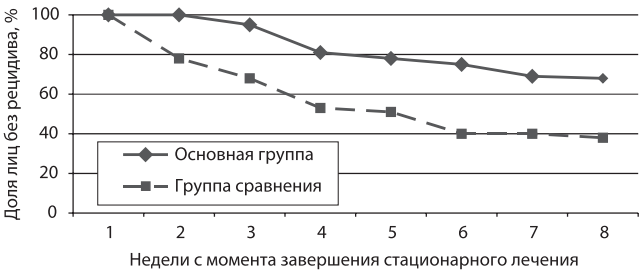
Цель исследования: оценка эффективности антидепрессантов широкого спектра действия в раннем постабстинентном периоде у лиц, зависимых от алкоголя.

Методы исследования: шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, шкала самооценки депрессии DEPS, изучение приверженности терапии по Каплан — Мейеру, методы математической статистики.

Обследовано 70 лиц с синдромом алкогольной зависимости, из них 35 (основная группа) получали в раннем постабстинентном периоде антидепрессанты широкого спектра действия, 35 лиц составили группу сравнения.

В результате исследования было установлено, что показатели депрессии по шкале DEPS составили 9,67 ± 1,50 балла в основной группе и 6,31 ± 0,21 балла в группе сравнения при $p < 0,05$; показатели ситуативной тревоги — 41,88 ± 0,82 балла и 39,9 ± 0,79 балла соответственно при $p < 0,05$. Это свидетельствует о наличии умеренно выраженных расстройств тревожного и депрессивного спектра.

Данные изучения приверженности терапии по Каплан — Мейеру представлены на рисунке.



Динамика выбытия пациентов из терапевтической программы

Достоверные различия между основной группой и группой сравнения появились уже на третьей неделе наблюдения. На момент окончания наблюдения в терапевтической программе осталось достоверно большее количество обследованных основной группы (68,00 %), чем из группы сравнения (38,00 %), $p < 0,05$.

В связи с этим можно считать целесообразным назначение антидепрессантов широкого спектра действия, таких как венлаксор, в качестве средства для поддерживающей терапии для лиц, страдающих алкогольной зависимостью, на ранних этапах ремиссии (непосредственно после окончания курса противоалкогольной терапии), что позволяет достоверно снизить количество рецидивов в раннем постабстинентном периоде и таким образом повысить эффективность терапии.

УДК 615.015:340.6:347:001.8(477)

Шаповалов В. В. (мол.), Васіна Ю. В., Радіонова В. О., Размадзе О. Т., Хмелевський М. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, адвокатське об'єднання «Фундація адвокатів України», Головне управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації

СУДОВО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСЛІДКІВ НАРКОЗЛОЧИННОСТІ В УКРАЇНІ: ЗАХИСТ ПРАВ ГРОМАДЯНИНА, ЛЮДИНИ, ХВОРОГО І ПАЦІЄНТА (ПІДОЗРЮВАНОГО, ОБВИНУВАЧЕНОГО, ЗАСУДЖЕНОГО) НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ

Проблема сучасного рівня адвокації, державного захисту психічного, неврологічного і наркологічного здоров'я населення, підвищення рівня якості життя, доступності до життєво необхідних лікарських засобів усіх номенклатурно-правових і класифікаційно-правових груп є надзвичайно актуальною для всіх регіонів України. Крім того, психічні, неврологічні і наркологічні розлади здоров'я людини, громадянина і хворого (підозрюваного, обвинуваченого, засудженого) сприяють розвитку супутніх захворювань, наприклад, гіпертонічної хвороби, наркозалежності, ВІЛ/СНІДу, захворювань шлунково-кишкового тракту, туберкульозу, гепатиту, онкологічних, травматологічних, серцево-судинних та інших захворювань. Вивченню медико-фармацевтичних, соціально-економічних і кримінально-правових проблем сучасності присвячені публікації видатних вчених України: Сердюк А. М., Волошина П. В., Трахтенберга І. М., Тація В. Я., Хвисюк О. М., Марути Н. О, Хвисюк М. І., Шаповалової В. О., Гетьман А. П., Марчено В. Г, Табачника С. І., Лінського І. В., Хобзей М. К., Мінко О. І., Маркової М. В., Сосіна І. К., Бітенського В. С., Шаповалова В. В., Лісового В. М., Гудзенко О. П., Чуприкова А. П., Мерцалова В. С., Тихонова О. І., Петюніна Г. П., Ярних Т. Г., Пономаренко М. С., Волоха Д. С., Тихонової С. О., Шепітько В. Ю. та ін.

Судово-фармацевтичні дослідження свідчать про те, що за 6 місяців 2012 р. в Україні зареєстровано 148 949 споживачів психоактивних речовин (ПАР), (на 1,8 % менше у порівнянні з аналогічним періодом 2011 року), що потребували допомоги лікаря-психіатра, невропатолога і нарколога. Найбільшу кількість споживачів ПАР зареєстровано в АР Крим (9 509, динаміка збільшення: +2,4 %), Дніпропетровській (15 212, динаміка зменшення: –2,8 %), Донецькій (11 313, динаміка: –25,6 %), Запорізький (8 909, динаміка: –3,5 %), Луганській (13 940, динаміка: –4,5 %), Одеській (12 667, динаміка: +1,4 %) областях та м. Київ (10 892). Найменшу кількість споживачів ПАР зареєстровано у Вінницькій (1 885, динаміка: –9,4 %), Волинській (1 632, динаміка: +1,4 %), Закарпатській (679, динаміка: –13,4 %), Рівненській (1 672, динаміка: +5,6 %) та Чернівецькій (1 820, динаміка: +4,8 %) областях.

В інших областях, які складають середню групу, на обліку перебувають від 2 до 8 тис. споживачів ПАР.

Слід зазначити, що на кінець 2009 року 1 171 133 (2,5 %) жителів України потребували допомоги лікаря-психіатра. Поширеність психічних розладів поступово зростає. Із загальної кількості зареєстрованих хворих на психічні розлади 58,6 % складають особи працездатного віку, 19,4 % — діти та підлітки. У порівнянні з 2000 роком контингент інвалідів внаслідок психічних розладів збільшився на 18,7 % і складає 593,8 на 100 тис. населення. Початок захворювання припадає, як правило, на молодий вік, що порушує суспільну, професійну та родинну активність пацієнта, обумовлює значний тягар на сім'ю та суспільство. На наш погляд, адвокація, реабілітація людини, громадянина, хворого і пацієнта (підозрюваного, обвинуваченого, засудженого), які базуються на засадах доказової медицини і фармації, починаються на будь-якому етапі надання психіатричної, неврологічної, наркологічної і фармацевтичної допомоги (якомога раніше після купірування гострих клінічних проявів); психосоціальні та реабілітаційні заходи повинні бути структурованими по відношенню до певного періоду лікування (мета, період); визначення форми впливу залежить від психосоціального дефіциту людини, громадянина, хворого, пацієнта (соціальна дезадаптація); послідовність реалізації заходів психосоціальної, невросоціальної, наркосоціальної та фармакосоціальної реабілітації з урахуванням повсякденних життєвих вимог людини громадянина, хворого і пацієнта; безперервність психосоціальних, невросоціальних, наркосоціальних та фармакосоціальних впливів.

Слід зазначити, що вченими та провідними лікарями МОЗ України розроблено концепцію Державної програми лікування хворих з психічними розладами; механізм фінансування програми лікування хворих з психічними розладами; обсяг матеріально-технічних і трудових ресурсів, необхідних для виконання програми. Виконання програми дасть змогу підвищити якість надання спеціалізованої психіатричної допомоги, сприятиме зниженню тимчасової та стійкої втрати працездатності та зменшенню рівня первинної інвалідизації, покращити якість життя хворих на розлади психіки та їх соціально-психологічну адаптацію.

Таким чином, в сучасних умовах судово-фармацевтичні дослідження наслідків наркозлочинності в Україні щодо вивчення причин і умов, які сприяють психічним, неврологічним і наркологічним розладам здоров'я людини, громадянина, хворого і пацієнта (підозрюваного, обвинуваченого, засудженого), а також поширенню супутніх захворювань серед найбільш працездатної частини населення, необхідно проводити на засадах підвищення рівня адвокації і доступності до фармакотерапії в рамках доказової медицини і фармації.

УДК 615.212.7:614.2:340.6(4)(253.43)

Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., Мусоєв С. М., Лебедева Т. О., Румянцев А. І.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Головне Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації

СУДОВО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЖНАРОДНОГО НАРКОБІЗНЕСУ: МІЖНАРОДНЕ МЕДИЧНЕ І ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ, ЄДИНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ПРОСТІР І МИТНИЙ СОЮЗ КРАЇН СОЮЗУ НЕЗАЛЕЖНИХ ДЕРЖАВ ТА ШАНХАЙСЬКОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СПІВРОБІТНИЦТВА

Президент України Віктор Янукович ініціював проведення в Україні комплексних реформ в судовій системі, правоохоронних і митних органах, прокуратурі та галузі охорони здоров'я, що необхідно для забезпечення інтеграційних процесів до Європейського Союзу (ЄС), Єдиного Економічного простору (ЄЕП) і Митного Союзу (МС) країн Союзу Незалежних Держав (СНД) та Шанхайської організації співробітництва (ШОС), та вимагає забезпечення виконання положень Конституції України, Законів України і нормативно-правових актів, що захищають права і свободи, життя і здоров'я громадян.

Однією з проблем, з якою зіткнулися правоохоронні органи та лікувально-профілактичні заклади країн ЄС, СНД і ШОС, є протидія міжнародного, транснаціонального і прикордонного наркобізнесу в Україні, Росії, Білорусі, Туркменістані, Казахстані, Китаї, Польщі та інших країнах, співпраця яких ґрунтується на статті 1 Конвенції ООН проти транснаціональної організованої злочинності (резолюція 55/25 прийнято 15.11.2000 р.), в якій обумовлено мету, що полягає у сприянні більш ефективному попередженню і боротьбі з транснаціональною організованою наркозлочинністю.

Судово-фармацевтичні і криміналістичні дослідження свідчать про те, що за 6 місяців 2012 р. у порівнянні з аналогічним періодом 2011 р. в Україні по кримінальним справам, які мають ознаки злочинів, передбачених ст. 305—321 КК України, із незаконного обігу вилучено 4 т 24 кг 197,2 г наркотичних засобів (героїн — 1 кг 190 г, кокаїн — 2 кг 438 г, марихуана — 2 т 570 кг 187 г, опій — 32 кг 381 г, макова солома — 1 т 299 кг 642 г) та 26 кг 493,8 г психотропних речовин (амфетамін — 20 кг 830 г).

У доповіді Управління ООН з наркотиків та злочинності з моніторингу незаконного виробництва опію в Афганістані говориться, що подорожчання наркотичних засобів на світових ринках може спонукати бідних афганських фермерів розширити посіви прибуткового опійного маку. Згідно з останніми даними, в Афганістані ціни на опіум збільшились в три рази. А це, за даними експертів, буде сприяти збільшенню в 2011—2015 роках посівів нелегальних культур. У 2010 р. середня ціна у фермерів на сухий опіум збільшилась в порівнянні з 2009 р. на 164 % та складала 169 дол. США за 1 кг. Тим самим, висока ціна на опіум збільшила дохід фермерів з гектара орієнтовно на 36 %. У той же час, дохід з гектара пшениці скоротився до 770 дол. США. Все це ще більш збільшує різницю між доходами від опіуму і пшениці і створює відповідні передумови до початку вирощування опійного маку.

Таджикистан має міжурядові угоди зі всіма державами Центральної Азії, та є учасником ряду багатосторонніх угод, тому 12.11.2008 р. нижньою палатою Парламенту ратифіковано Угоду між Азербайджаном, Казахстаном, Киргизстаном, Росією, Таджикистаном, Туркменістаном і Узбекистаном про створення Центрально-азіатського регіонального інформаційного координаційного Центру з боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (ЦАРИКЦ). Серед основних задач ЦАРИКЦ є сприяння в організації проведення і координації погоджених спільних міжнародних операцій з боротьби з незаконним обігом наркотиків, в тому числі підконтрольних постачань, а також збір, зберігання, захист, аналіз і обмін інформацією щодо транскордонної злочинності, пов'язаної з незаконним обігом наркотиків.

В 2010 р. правоохоронними органами Таджикистану і Росії проведено 9 спільних операцій, в тому числі 7 підконтрольних постачань, в ході яких вилучено 222,399 кг наркотичних засобів (героїн — 221,599 кг, опій — 0,8 кг). Афганістан залишається основним виробником героїну, який транспортується в країни ЄС і СНД «Балканським маршрутом» (30,0 %), «Північним маршрутом» (20,0 %) і «Північночорноморським маршрутом» (15,0 %) та через Пакистан (35,0 %). За перше півріччя 2010 р. в Російській Федерації вилучено 18 т наркотичних засобів (з них тільки героїну — 1 т 500 кг), в Туркменістані — 672 кг 114 г наркотичних засобів (героїну — 79,178 кг, опію — 448,359 кг і канабісу — 120,279 кг); в Узбекистані — 2 т 457 кг наркотичних засобів (героїн — 668,3 кг, опій — 332 кг і канабіс — 581,2 кг). В Таджикистані в 2010 р. правоохоронними органами и Прикордонними Військами республіки із незаконного обігу вилучено 3 т 902 кг 716 г (героїну — 985 кг 108 г, опію — 744 кг 430 г і канабісу — 2 т 173 кг 178 г).

У рамках виконання доручень Президентів Афганістану, Пакистану, Росії і Таджикистану (8.12.2010 р., м. Москва) відбулася перша зустріч глав антинаркотичних відомств цих держав, на якій йшла мова про нарощування сумісних зусиль в протидії незаконному обігу наркотичних засобів та інших психоактивних речовин, ліквідації наркотрафіку та прикордонного наркобізнесу, про обмін оперативною інформацією и взаємодію при проведені великомасштабних міжнародних антинаркотичних операцій. На нараді керівників правоохоронних органів держав — членів ШОС, наділених повноваженнями в боротьбі з незаконним обігом наркотичних засобів (2.04.2012 р., м. Пекін), обговорено питання взаємодії у боротьбі з незаконним обігом наркотичних засобів, проведено судово-фармацевтичний аналіз щодо ходу виконання плану дій реалізації Антинаркотичної стратегії держав — членів ШОС на 2011—2016 р., розглянуто результати практичної діяльності сформованого в рамках ШОС трирівневого механізму антинаркотичного співробітництва, а також створено антинаркотичну секцію на базі Секретаріату ШОС і розвитку міжнародного співробітництва.

Таким чином, судово-фармацевтичні і криміналістичні дослідження міжнародного наркобізнесу свідчать про необхідність поширення медичного і фармацевтичного права у міжнародній співпраці в країнах ЄС, ЄЕП і МС країн СНД та ШОС, що призведе до припинення незаконного обігу наркотичних засобів та інших психоактивних речовин, ліквідації транснаціонального наркотрафіку та прикордонного організованого наркобізнесу.