

Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

• Том 7, випуск 2 (20), 1999

• Volume 7, issue 2 (20), 1999

Український вісник психоневрології

ОРГАН МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТОВАРИСТВА НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКОГО НАУКОВО-ДОСЛІДНОГО ІНСТИТУТУ КЛІНІЧНОЇ
ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ НЕВРОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Головний редактор
П. В. ВОЛОШИН

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:
Бачериков А. М., Віничук С. М.,
Воробйова Т. М., Головченко Ю. І.,
Губський Ю. І., Дзяк Л. А.,
Дубенко Є. Г., Зозуля І. С.,
Курако Ю. Л., Кутько І. І.,
Марута Н. О. (відповідальний секретар),
Мерцалов В. С., Михайлов Б. В.,
Мінко О. І., Міщенко Т. С.,
Підкоритов В. С., Руденко А. Ю.,
Сухоруков В. І., Тайцлін В. Й.,
Чуприков А. П.

РЕДАКЦІЙНА РАДА:
Абрамов В. А., Битенський В. С.,
Вісвський А. М., Влох І. Й.,
Гіттік Л. С., Головач К. М.,
Голубков О. З., Грицай Н. М.,
Деркач Ю. К., Євтушенко С. К.,
Квасневський О. Л., Козявкін В. І.,
Кришталь В. В., Кузнєцов В. М.,
Маньковський М. Б., Марковська Н. С.,
Мартинюк В. Ю., Мачерет Є. Л.,
Миртовська В. М., Назаренко В. Г.,
Напреєнко О. К., Нягу А. І.,
Павлов В. О., Реміняк В. І.,
Скочій П. Г., Сосін І. К., Табачников С. І.,
Утков О. Г., Фільц О. А.,
Шаповалова В. О., Шаповалов В. В.,
Шевага В. М., Шестопалова Л. Ф.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:
м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.
Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 368 від 10.01.94 р.

Рекомендовано до друку Вченою Радою Українського НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії (протокол № 7 від 04.08.99 р.)

Надруковано у друкарні видавництва "Харків" з оригінал-макета, виготовленого РВФ "Арсіс, ЛТД"
Підписано до друку 04.08.99. Формат 60x84/8. Друк офсетний. Ум.-друк. арк. 17,14. Тир. 1 000 прим. Зам. № 9-561.

Том 7, випуск 2 (20)
Харків, 1999

Журнал "Український вісник психоневрології" друкується з 1993 року Українським НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії сумісно з Українським товариством неврологів, психіатрів та наркологів (свідоцтво про держреєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 368, видано Державним комітетом України у справах видавництв, поліграфії та книгорозповсюдження 10.01.94 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. Передплатний індекс 40862. Журнал поступає у медичні бібліотеки усіх областей України, НАН України та бібліотеки медичних ВУЗів України, до управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, членам товариства невропатологів та наркологів України, медичні бібліотеки столиць країн СНД.

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. 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 наступне:

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

2. Статті надсилаються до редакції у 2-х примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірника) та електронною версією.

3. 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 — до 3-х сторінок.

4. Оригінал роботи подається до редакції у 2-х примірниках українською, російською або англійською мовами.

5. Роботи друкуються через 2 інтервали з полями: зліва — 3,5 см, справа — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—65 знаків у рядку).

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

7. Стаття повинна супроводжуватися резюме англійською мовою, що включає назву роботи, ім'я та прізвище авторів, назву установи, де виконувалась робота. Обсяг резюме не повинен перевищувати 10 рядків.

8. Стаття має бути підписаною усіма авторами та містити відомості про них (прізвище, ініціали, місце роботи, посада, контактна адреса та телефон).

9. Ілюстрації до роботи (малюнки, фотографії, графіки та діаграми) подаються тільки у випадках, коли одержані дані не можуть бути відображеними у таблицях. Кількість графічного матеріалу повинна бути мінімальною. При цьому, фотографії мають бути контрастними, малюнки, графіки та діаграми — чіткими.

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

11. Посилання на літературні джерела у тексті необхідно надавати у квадратних дужках, у відповідності з покажчиком літератури.

12. Перелік літературних джерел оформлюється у відповідності з ГОСТ 7.1.-84 і повинен містити роботи за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються у перелік тільки у випадку необхідності.

13. Електронний рукопис на дискетах 3,5 дюйма у текстовому редакторі Microsoft Word 6.0. Не слід розбивати статтю на окремі файли.

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

15. Текст статті та усі супровідні матеріали повинні 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. Статті надсилаються на адресу:

м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46,
Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії,
Редакція журналу "Український вісник психоневрології"

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

Н. Г. Гойда, В. Ю. Мартинюк
ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ ДИТЯЧОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ ТА ЗНИЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ У ДІТЕЙ 6

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

П. В. Волошин, О. Є. Дубенко, В. Н. Куцин, Н. В. Дьолог
ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА КАРДІОГЕННИХ ІНСУЛЬТІВ 10

В. В. Василовський
ДИНАМІКА ЗМІН ВИРАЖЕНОСТІ ВЕРТЕБРОГЕННОГО РЕФЛЕКТОРНОГО КРИЖОВОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЇ 14

М. А Гаєва
КОРЕЛЯТИВНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНИМИ І НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГІЧНИМИ ДАНИМИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ОПТОХІАЗМАЛЬНИХ АРАХНОЇДІТАХ 16

В. І. Дарій
ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОРАГІЧНОГО І ІШЕМІЧНОГО ВТОРИННОГО СТОВБУРНОГО УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПІВКУЛЬОВОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ 19

О. П. Завальна
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ ОСНОВНИХ ЦЕФАЛГІЧНИХ СИНДРОМІВ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС 21

Є. Г. Кадук
ПОКАЗНИКИ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З ВИЗНАЧЕНИМИ СТРУКТУРНИМИ ЗМІНАМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ 24

І. Л. Левченко, А. В. Постников
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ СПІВСТАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ГЕМОРАГІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ 26

А. В. Лисенко
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІОФАСЦІАЛЬНИХ СИНДРОМІВ ШИЙНО-ГРУДНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ 29

Г. П. Лунь
СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ДЦП ДО І ПІСЛЯ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ 31

О. В. Мерцалова
КИСЛОТНО-ЛУЖНИЙ СТАН КРОВІ ТА ОБ'ЄМНИЙ ТРАНСПОРТ КИСНЮ ПРИ ГІПОКСИЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЦНС ПЛОДУ У ВАГІТНИХ ВИСОКОГО РИЗИКУ 33

О. К. Різниченко
ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ПОЧАТКОВИХ ФОРМ МІГРЕНІ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ 36

О. А. Савчук
КАТАМНЕЗ ХВОРИХ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ ШТУЧНОГО ВОДІЯ РИТМУ 39

А. С. Сон
КЛІНІЧНІ І КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗРИВІВ АРТЕРІАЛЬНИХ АНЕВРИЗМ СЕРЕДНЬОЇ МОЗКОВОЇ АРТЕРІЇ 42

О. Л. Тондій
ПРО ВПЛИВ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМА НА СТАНОВЛЕННЯ І ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ 44

CONTENTS

PROBLEM ARTICLES

N. G. Goyda, V. U. Martyniuk
MAIN TRENDS IN DEVELOPMENT OF CHILD NEUROLOGY SERVICE IN UKRAINE AND REDUCTION OF CHILD DISABILITY LEVEL 6

MODERN DIRECTIONS IN DIAGNOSTICS OF NERVOUS SYSTEM DISORDERS

P. V. Voloshin, O. E. Dubenko, V. N. Koutsyn, N. V. Dyolog
INSTRUMENTAL DIAGNOSTIC OF CARDIOGENIC STROKE

V. V. Vasilovsky
DYNAMICS OF CHANGES OF VERTEBROGENIC REFLECTORY PAIN SYNDROME EXPRESSION ACCORDING TO ELECTROMYOGRAPHIC DATA 14

M. A. Gaevaya
CORRELATIVE INTERACTIONS BETWEEN RHEOENCEPHALOGRAPHY AND NEUROOPHTHALMOLOGY DATA AT THE POSTINJUVED OPTOCHIASMATIC ARACHNOIDITIS 16

V. I. Dariy
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS CHARACTERISTICS HEMORRHAGIC AND ISCHEMIC SECONDARY BRAINSTEM SYNDROM IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEMISPHERIC STROKE AT EARLY STAGE. 19

E. P. Zavalnaya
CLINICAL-PATHOGENETIC CORRELATION OF THE MAIN CEPHALALGIC SYNDROMS AMONG CHERNOBYL DISASTER'S LIQUIDATORS 21

E. G. Kaduk
THE IMMUNOLOGICAL DATA AT CHILDREN WITH EPILEPSY WHOSE HAVE DISPLAYED THE STRUCTURAL CHANGES OF BRAIN 24

I. L. Levchenko, A. V. Postnikov
CLINICAL AND MORPHOLOGICAL COMPARISONS IN CHILDREN WITH HAEMORRAGICAL BRAIN INJURIES DURING THE NEONATAL PERIOD 26

A. V. Lyssenko
CLINICAL PECULARITIES OF MYOFASCIAL SYNDROMS OF CERVICAL-THORACIC LOCALISATION 29

G. P. Lun
CONDITION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM AT THE PATIENTS BY CHILDREN'S CEREBRAL PARALYSIS BEFORE AND AFTER INTENSIVE NEUROPHYSIOLOGICAL REABILITATION 31

O. V. Mertsalova
THE ACID-BASE BLOOD STATE AND VOLUMETRIC OXYGENIC RANSPORTATION IN FETAL CNS HYPOXIC DAMAGES IN HIGH RISK PREGNANT WOMEN 33

O. K. Reznichenko
APPLICATION OF THE DOPPLERSONOGRAPHIE IN THE DIAGNOSIS OF INITIAL FORMS OF MIGRAINE AT YOUNG PEOPLE 36

H. A. Savchook
CATAMNESIS OF PATIENTS WITH DISCIRCULAR ENCEPHALOPATHY AFTER IMPLANTATION OF PACEMAKER 39

A. S. Son
CLINICAL AND COMPUTER TOMOGRAPHIC FEATURES OF ARTERIAL ANEURYSMS OF MIDDLE CEREBRAL ARTERY RUPTURES 42

O. L. Tondiy
ABOUT THE INFLUENCE OF SEXUAL DIMORPHISM ON THE FORMATION AND FEATURES OF THE CLINICAL TREND OF VERTEBRAL OSTEOCHONDROSIS (VOC) 44

О. Є. Юрик
НЕВРОГЕННІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА 47

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

М. П. Беро
ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА В СІМ'ЯХ ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС 51

А. І. Брусенцов, В. В. Мороз, С. А. Супрун, Т. Н. Помазанова
ЗМІНИ ЦИКЛУ НЕСПАННЯ — СОН ПРИ КІНДЛІНГОВОМУ СИНДРОМІ, ЩО ОБУМОВЛЕНИЙ ПОВТОРНИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ПІКРОТОКСИНУ І ЕФЕКТИ L-ТРИПТОФАНУ 53

М. І. Вінник
ОСОБЛИВОСТІ МОЗКОВОГО КРОВОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ ІНВОЛЮЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ЖІНОК 55

Н. В. Гавенко
СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ГРАНИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 58

А. А. Двірський
ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ЇХНІЙ ПЕРЕБІГ ПРИ СПОЛУЧЕННІ З АЛКОГОЛЬНИМ ДЕЛІРІЄМ 60

А. І. Долганов
РЕЗЕРВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА УСПІШНІСТЬ ОПЕРАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПЕРСОНАЛУ АЕС 63

В. І. Заворотний
ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВИХ ТЕРМІНОВОЇ СЛУЖБИ 67

С. М. Козидубова
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРАСТЕНІЇ У ПІДЛІТКІВ 69

Ю. Л. Курако, В. З. Скоробреха
ПРО РУХОВІ РОЗЛАДИ ІСТЕРИЧНОГО НЕВРОЗУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 72

С. М. Мороз
СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ 75

Є. М Прокопович
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО СТАНУ І ПРОФІЛЮ АГРЕСИВНОСТІ ДЕЛІНКВЕНТНИХ ПІДЛІТКІВ З ХАРАКТЕРОМ СКОЄНОГО ЗЛОЧИНУ 78

В. Й. Тайцлін, Л. Г. Попова
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ПРАЦІВНИКІВ ПОЖЕЖНОЇ ОХОРОНИ 80

Л. Б. Чудакова
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ 82

АЛКОГОЛІЗМ ТА НАРКОМАНІЇ (КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ)

А. Ф. Артемчук
АЛКОГОЛІЗМ І УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ: КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ 85

А. А. Коломієць, В. Є. Казаков
СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З СІМ'Ї АЛКОГОЛІКІВ 88

Л. М. Маркозова
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ І АНТИРИЗИКУ У РОЗВИТКУ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ 90

O. Ye. Yuryk
NEUROGEN ASPECTS OF PATHOGENESIS OF SPINE OSTEOCHONDROSIS 47

PATHOGENIC MECHANISMS OF MENTAL DISORDERS FORMATION

M. P. Bero
WORK OF PSYCHOCORRECTION IN FAMILIES OF LIQUIDATORS IN FAILURE ON CHERNOBYL 51

A. I. Brusencov, V. V. Moroz, S. A. Suprun, T. N. Pomasanova
CHANGES OF A CYCLE A WAKEFULNESS — DREAM AT KINDLING SYNDROME, CAUSED BY REPEATED APPLICATION OF A PICROTOXIN AND EFFECTS OF A L-TRYPTOPHAN 53

M. I. Vinnik
FEATURES OF THE BRAIN BLOOD SUPPLY IN MENTAL DISORDERS INVOLUTIONAL GENESIS AMONG WOMEN 55

N. V. Gavenko
STRUCTURE OF PSYCHOPATHOLOGICAL DISPLAYS OF BOUNDARY DISORDERS AT THE MEDICAL STUDENT 58

A. A. Dvirsky
TYPES OF SCHIZOPHRENIA AND THEIR COURSE IN COMBINATION WITH ALCOHOLIC DELIRIUM 60

A. I. Dolganov
RESERVE OF MENTAL HEALTH AND RELIABILITY OF OPERATIVE ACTIONS OF THE PERSONNEL NPP 63

V. I. Zavorotniy
SOME CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF NERVOUS DERANGEMENTS AMONG THE MILITARY OF TERM ACTIVE DUTY 67

S. M Kozidoubova
CLINICO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF A NERVOSISM FOR THE ADOLESCENTS 69

Y. L. Kurako, V. Z. Skorobreha
ABOUT IMPELLENT FRUSTRATION HYSTERICAL NEUROSIS AT THE MILITARY MAN 72

S. M. Moroz
ETIOPATHOLOGENESIS PECULIARITIES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN THE DIFFERENT AGE PATIENTS 75

Y. M. Prokopovich
INTERRELATIONS OF FEATURES OF A MENTAL STATUS AND STRUCTURE OF AGGRESSION OF THE TEENAGERS LAWBREAKERS WITH CHARACTER OF THE PERFECT CRIME 78

V. I. Tajtslin, L. G. Popova
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS (PTSD) IN THE FIREMEN 80

L. B. Chudakova
CLINICAL-PSYCHOLOGICAL PICULIARITIES OF DEVIATIONS IN BEHAVIOUR OF CHILDREN AND TEENAGERS 82

ALCOGOLISM AND SUBSTANCE ABUSE (CLINICS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT)

A. F. Artemchuk
ALCOHOLISM AND CARDIAL DISORDERS: CLINICAL PECULIARITIES, ELECTRO-PHYSIOLOGICAL AND PSYCHOLOGIC CORRELATION 85

A. A. Kolomiets, V. E. Kazackov
THE CONDITION OF CHILDREN'S PSYCHIC HEALTH FROM DIPSOMANIACS FAMILIES 88

L. M. Markozova
SOCIO-PSYCHOLOGICAL PACULIARITIES OF BRINING UP CHILDREN AS THE RISK AND ANTIRISK FACTORS IN DEVELOPMENT THE CODITIONS OF DEPENDENCE 90

НОВИНИ У ЛІКУВАННІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

В. В. Басалюков
РОЛЬ ТРЕНІНГУ ОСОБИСТІСТНОГО РОСТУ У ЗМІНІ ВІДНОШЕННЯ ДО СВОЄЇ СЕКСУАЛЬНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ З СЕКСУАЛЬНОЮ ДИСГАРМОНІЄЮ 93

М. А. Беспалий, В. В. Вірченко, Ф. М. Шатрава
ПНЕВМОПРЕСІНГ У КОМПЛЕКСНОМУ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ СКОЛІОТИЧНОЇ ХВОРОБИ І НЕФІКСОВАНИХ ЗМІН ХРЕБТА У ДІТЕЙ 96

Н. В. Васил'єва, В. М. Пашковський, Л. Н. Тарарієва
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТІОТРИАЗОЛІНУ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ 97

І. Й. Влох, Я. С. Ковальчук
ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ТІАПРІДУ (ТІАПРІДАЛУ) ТА ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ 100

В. С. Гічун
ПРОФІЛАКТИКА САМОГУБСТВ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВІЙСЬК МВС УКРАЇНИ 101

Н. П. Жиронкіна
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ КЛІТИН КРОВІ, ОПРОМІНЕНОЇ УЛЬТРАФІОЛЕТОВИМ СВІТЛОМ У ДОНОРІВ ТА ХВОРИХ НА ПОЛІНЕВРОПАТІЇ 103

І. І. Капурний
РЕЗУЛЬТАТИ СКРІНІНГ-ДОСЛІДЖЕНЬ ПОХІДНИХ Д – (+) – ГЛЮКОЗАМІНУ ПРИ ЭМОЦІЙНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ 105

Р. В. Кечур
ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПЕРСИСТУЮЧОГО СОМАТОФОРМНОГО БОЛЬОВОГО РОЗЛАДУ 108

І. А. Марценковський, А. Н. Ліньов Я. Б. Бикшаєва, А. Л. Белявцев, І. І. Марценковська, І. А. Семенова
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИПСИХОТИЧНОЇ ДІЇ РИСПОЛЕПТУ І ТРАДИЦІЙНИХ НЕЙРОЛЕПТИКІВ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ З ГОСТРОЮ ЕКЗАЦЕРБАЦІЄЮ ГАЛЮЦІНАТОРНО-МАЯЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ 111

В. Д. Мішиєв
ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ ДЛЯ ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ У СТАЦІОНАРІ І ОЦІНКА ЙОГО ЯКОСТІ 115

О. Ю. Табачніков
ПСИХОТЕРАПІЯ ГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ШКОЛИ 117

О. Л. Чуманська
ПОРІВНЯЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВЕРБАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ГРУПОВІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ 119

ТЕОРЕТИЧНІ СТАТТІ

В. В. Чугунов
ЕВОЛЮЦІЯ СИСТЕМНОЇ КОНЦЕПЦІЇ СЕКСОЛОГІЇ У XIX—XX СТОРІЧЧЯХ 122

РЕЦЕНЗІЇ

РЕЦЕНЗІЯ НА МОНОГРАФІЮ "ХРОНІЧНИЙ ВПЛИВ МАЛИХ ДОЗ ОПРОМІНЕННЯ НА НЕРВОВУ СИСТЕМУ." За редакцією академіка АМН Ю. П. Зозулі. ... 125

ІНФОРМАЦІЯ

ОГОЛОШЕННЯ ПРО ДУНАЙСЬКИЙ СИМПОЗІУМ З ПСИХІАТРІЇ 126

П. В. Волошин, Н. О. Марута
ІНФОРМАЦІЯ ПРО XI ВСЕСВІТНІЙ КОНГРЕС З ПСИХІАТРІЇ 127

NEWS OF NERVOUS-PSYCHIC DISORDERS TREATMENT

V. V. Basalyukov
THE ROLE OF PERSONALITY GROWTH TRAINING IN CHANGING RELATION TO OWN SEXUALITY IN SPOUSES WITH SEXUAL DISHARMONY 93

N. A. Bespaly, V. V. Virchenko, F. M. Shatrava
THE USE OF THE PNEUMOPRESSING FOR COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT OF SKOLIOSIS AND UNFIXED CHANGES OF CHILDISH VERTEBRAL COLUMN 96

N. V. Vasylyeva, V. M. Pashcovsky, L. N. Tararieva
EFFECTIVNES OF APPLICATION OF THIOTRIAZOLIN IN PATIENTS WITH IMPAIRMENT OF CEREBRAL CIRCULATION 97

I. I. Vlokh, Y. S. Kovalchuk
SOME RESULTS IN PRACTICAL USING OF TIAPRIDI (TIAPRIDALI) AND HEPATOPROTECTORS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS ON ALCHOHOLISM 100

V. S. Gichun
PROPHYLAXIS OF SUICIDES AMONG THE MILITARY OF THE TROOPS OF THE MINISTRY FOR INNER AFFAIRS OF UKRAINE 101

N. P. Zeronkina
MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF UV-IRRADIATED BLOOD CELLS AMONG DONORS AND PATIENTS WITH POLINEUROPHATHIA 103

I. I. Kanurny
SCREENING OUTPUT INVESTIGATION OF D – (+) – GLUCOSAMINE AND ITS DERIVATIVE IN EMOTIONAL HYPERTENSION EXPERIMENT 105

R. V. Kechur
TACTICS OF TREATMENT PERSISTENT SOMATOFORMIC ALGESIC DISORDERS 108

I. A. Marcenkovskiy, A. N. Linev Ja. B. Bikshaeva, A. L. Beljavcev, I. I. Marcenkovskaja, I. A. Semenova
THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF ANTIPSYCHOTIC ACTION RISPOLENT AND TRADITIONAL NEUROLEPTICS AT A PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH ACUTE EXACERBATION OF HALLUCINATIVE-DELIRIOSUM SYMPTOMATOLOGY 111

V. D. Mishyev
PECULIARITIES OF A TREATING-DIAGNOSTICAL PROCESS ORGANIZATION AT THE DEPRESSIVE PATIENT AND ESTIMATION OF IT'S QUALITY 115

A. E. Tabachnikov
PSYCHOTHERAPY OF BORDERLINE PSYCHIC DISORDERS IN ADOLESCENTS AT SCHOOL 117

E. L. Chumanskaya
COMPARATIVE RESEARCH OF NONVERBAL BEHAVIOR OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS IN GROUP PSYCHOTHERAPY 119

THEORETICAL ARTICLES

V. V. Chugunov
EVOLUTION OF THE SYSTEM CONCEPT OF SEXOLOGY IN XIX — XX CENTURIES 122

THE REVIEWS

THE REVIEW OF THE MONOGRAPHY "CHRONIC INFLUENCE OF SMALL EXPOSURE DOSES ON NERVOUS SYSTEM". Under Edition of the Academician AMS Ju. P. Zozulja 125

INFORMATION

ANNOUNCEMENT ABOUT DANUBE SYMPOSION OF PSYCHIATRY 126

P. V. Voloshin, N. A. Maruta
INFORMATION ABOUT XI WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY 127

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ ДИТЯЧОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ ТА ЗНИЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ У ДІТЕЙ*

Н. Г. Гойда, В. Ю. Мартинюк

Міністерство охорони здоров'я України
м. Київ

Сучасний стан соціально-економічного розвитку Держави, кризові явища в сфері економіки та фінансів диктують необхідність визначення пріоритетів в Державі в цілому і в окремих галузях. Такі пріоритети на сьогодні визначені. В їх числі охорона здоров'я, охорона материнства і дитинства.

Підставою для визначення саме цих пріоритетів стали показники рівня здоров'я дітей та жінок репродуктивного віку і стан демографічної ситуації в нашій країні.

В останні роки відмічається зниження рівня народжуваності, який в 1996 році склав лише 9,1 на 1000 населення, в 1998 році — 8,2 на 1000 та ріст загальної смертності, показник якої склав в 1996 році 15,2 на 1000 населення (1998 році — 15,9). Природний приріст населення набув від'ємної величини ще з 1991 року і в 1998 році становить (–) 7,7.

Не мають тенденції до поліпшення і основні показники здоров'я дітей: захворюваність і поширеність захворювань, дитяча смертність та інвалідність. В структурі поширеності захворювань перші місця займають: 1) хвороби органів дихання, 2) хвороби нервової системи та органів чуття, 3) хвороби органів травлення, 4) інфекційні і паразитарні хвороби.

Згідно з Державною статистичною звітністю показник поширеності хвороб нервової системи та органів чуття залишається високим і має стійку тенденцію до зростання: (1994 р. — 119,9 ‰, 1995 р. — 123,4 ‰, 1996 р. — 127,0 ‰, 1997 р. — 131,8 ‰, 1998 р. — 144,3 ‰). Немає позитивної тенденції в динаміці захворюваності хворобами нервової системи та органів чуття дітей віком 0—14 років, зареєстрованих у дитячих лікувально-профілактичних закладах системи МОЗ з діагнозом встановленим вперше в житті: 1997 рік — 77,32 ‰, 1998 рік — 85,94 ‰.

Серед нозологічних форм переважають: дитячий церебральний параліч (25120 дітей, 2,6 на 1000); епілепсія без психозу та недоумства (1,3 на 1000); спадкові та дегенеративні хвороби нервової системи (8,8 на 1000); захворювання периферичної нервової системи (1,4 на 1000). З них, діагноз ДЦП виставлений в 1998 році вперше у 1898 дітей, епілепсії — у 2322 дітей. При цьому, на фоні зниження показника народжуваності немає позитивної тенденції в динаміці захворюваності на найбільш поширені захворювання нервової системи.

В структурі дитячої інвалідності перші рангові місця займають: 1) хвороби нервової системи і органів чуття; 2) психічні розлади; 3) вроджені вади розвитку.

Діти з органічним ураженням нервової системи стабільно займають перше рангове місце серед дітей-інвалідів (питома вага складає 41,5, а разом з психічними розладами — 59,5). При цьому, на фоні зростання показника загальної дитячої інвалідності (1994 р. — 130194 дітей, 1995 р. — 135366 дітей, 1996 р. — 141107 дітей, 1997 р. — 146930 дітей, 1998 р. — 152210 дітей), відмічається тенденція до зростання дитячої інвалідності, яка обумовлена патологією нервової системи (1994 р. — 54101 дітей, 1995 р. — 58785 дітей, 1996 р. — 60326 дітей, 1997 р. — 62163 дітей, 1998 р. — 63121 дітей). До переважаючих нозологічних форм, які формують інвалідність у дітей внаслідок патології нервової системи відносяться: дитячий церебральний параліч, епілепсія, прогресуюча м'язова дистрофія. При цьому вроджені вади розвитку у 1998 році вийшли на друге місце серед причин первинної інвалідності дітей. У 30—60 % школярів виявлені ознаки наслідків пошкодження нервової системи. Від 15 до 30 % серед неврологічної інвалідності у дорослого населення складає частка інвалідів з дитинства.

Серед основних чинників, які формують інвалідність у дітей внаслідок неврологічної патології, перше місце займає ураження нервової системи в пре- перинатальному періоді. Так, показник патології перинатального періоду серед дітей першого року життя має неухильну тенденцію до зростання (1992 р. — 177,9 ‰, 1994 р. — 209,2 ‰, 1996 р. — 252,7 ‰, 1998 р. — 292,3 ‰). Внутрішньоматкова гіпоксія і асфіксія в родах складає 93,9 на 1000 народжених живими (серед доношених — 81,6, недоношених — 346,9); внутрішньочерепна родова травма — 2,69 ‰ (доношені — 2,44 ‰, недоношені — 7,82 ‰); інші види родового травматизму — 6,87 ‰. В Україні лише 31 % пологів можна вважати нормальними. Майже у 10 % жінок вагітність та пологи супроводжуються пізнім гестозом. Не знижується частка передчасних пологів: 4—5 % щорічно. Тобто в Україні народжується понад 16 тисяч недоношених немовлят, серед яких показники захворюваності та смертності в багато разів перевищують аналогічні серед доношених. Зокрема, захворюваність новонароджених вища в 4, мертвонароджуваність в 13, перинатальна смертність — в 15, а рання неонатальна смертність в 17 разів.

* Представлені матеріали статті передують IV Українсько-Баварському симпозіуму "Медико-соціальна реабілітація дітей з органічним ураженням нервової системи" (м. Одеса, вересень 1999 року) і відображають позицію МОЗ України стосовно пріоритетного значення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження та зниження інвалідності у дітей.

Зміни в стані здоров'я новонароджених і дітей розвиваються на фоні погіршення здоров'я вагітних, збільшення частоти екстрагенітальної патології. За статистичними даними, хвороби системи кровообігу, хвороби сечостатевої системи, анемії, цукровий діабет, дисфункції щитовидної залози та інші захворювання і патологічні стани значно зросли серед вагітних. Так, хвороби системи кровообігу за останні 10 років діагностуються майже у 2 рази частіше, хвороби нирок — у 5 разів, анемії — майже в 9 разів. Відмічається негативна тенденція і в реєстрації частоти окремих класів і нозологій екстрагенітальної патології в поєднанні з пологами і післяпологовим періодом.

На підставі аналізу комп'ютерної бази даних, створеної на основі розробленої Українським медичним центром реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України та Українським центром інформаційних технологій і Національного регістру реєстраційної карти дитини хворої на церебральний параліч визначені основні причини, які призводять до формування цього захворювання. Проведений в терміні часу порівняльний аналіз за 1995 рік (661 картка на кожний вперше діагностований випадок дитячого церебрального паралічу) та за 1998 рік (978 карток) *.

Отримані дані свідчать про переважання форми спастичної диплегії церебрального паралічу (1995 рік — 31,1 %, 1998 рік — 30,2 %) та подвійної геміплегії (відповідно — 15,7 %, 22,0 %). Водночас, зменшився відсоток гіперкінетичного варіанту ДЦП з 4,1 % до 2,0 %, що, безумовно, позитивно характеризує стан надання медичної допомоги новонародженим з гемолітичною хворобою.

Залишається несприятливою тенденція до формування церебрального паралічу у дітей, які народилися доношеними (відповідно — 63,4 % та 58,4 %). Цей показник, як лакмусовий папірець, відображає сучасний професійний рівень акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служб і вимагає систематичного детального аналізу серед причин первинної інвалідності дітей, пов'язаних з патологією нервової системи.

Серед основних причинних факторів, які призвели до виникнення інвалідизуючого захворювання, визначені: ускладнення вагітності (відповідно — 75,8 % та 88,4 %); внутрішньоматкова гіпоксія плоду (53,9 %, 56,9 %); асфіксія новонародженого(60,1 %, 73,8 %); метаболічна енцефалопатія (43,3 %, 41,9 %); пологова травма (24,1 %, 40,0 %). Лише у 34,3 % (1995 р.) та у 20,7 % (1998 р.) випадках характер ведення пологів проходив без ускладнень.

Як видно із викладених даних, патологія пренатального періоду відноситься до найбільш вірогідних етіологічних та патогенетичних чинників формування органічного дефекту нервової системи. З урахуванням несприятливої тенденції до зростання ролі саме цієї патології доцільним є визначення пріоритетів в пошуку можливих організаційних, наукових та інших напрямків вирішення означеної проблеми.

У 35,7 % (1995 р.) та 24,3 % (1998 р.) новонароджених при виписці із пологового будинку патологічних змін в неврологічному статусі фахівцями відображено не було. Ці дані викликають несприйнятливість з огляду на те, що в подальшому у цього контингенту дітей був діагностований церебральний параліч. З іншого боку, відповідно лише у 12,1 % та у 14,7 % новонароджених були описані симптоми і синдроми рухових порушень, які в кінцевому і визначають діагноз церебрального паралічу. Означені невідповідності окреслюють суттєві прогалини у викладанні дитячої неврології, неврології раннього дитячого віку студентам, інтернам та лікарям-курсантам учбових закладів.

24,8 % (1995 р.), 41,7 % (1998 р.) дітей з грубими наслідками пре-перинатальної патології на першому році життя не отримували відновного лікування. З урахуванням у більшості випадків запізнілої діагностики цей фактор, вочевидь, не сприяє можливості зменшення тяжкості органічного дефекту нервової системи.

Описані у зазначеного контингенту хворих ці та інші лікувально-діагностичні та організаційні неузгодження обумовлюють доцільність перегляду існуючих кваліфікаційних вимог, передусім, до фаху лікаря педіатра, дитячого невролога, неонатолога.

Водночас, у 1998 році в порівнянні з 1995 роком збільшився обсяг функціональних методик діагностики уражень нервової системи у новонароджених. Так, кількість нейросонографічних обстежень зросла з 9,7 % до 43,9 %; проводились дослідження на ензимопатію (22,9 %), інфекцій TORCH-комплексу (19,3 %), медико-генетичне консультування (10,3 %) та інші. Це надало можливість фахівцям (як приклад) діагностувати у обстеженого контингенту дітей вроджені вади розвитку нервової системи у 14,8 % (у 1995 році — 3,6 %).

Викладені результати аналізу 1639 реєстраційних карток дітей, хворих на церебральний параліч, у порівняльному співставленні засвідчують про незадовільний стан надання спеціалізованої допомоги новонародженим і дітям раннього віку та визначають доцільність осмислення і означення проблеми органічного ураження нервової системи в аспекті дитячої інвалідності, передусім, серед акушерсько-гінекологічної, педіатричної, неонатологічної та дитячої неврологічної служб.

Динамічний аналіз за основними показниками здоров'я дітей підтверджує, що до першочергових чинників, які обумовлюють поширеність неврологічної захворюваності та формують інвалідність у дітей, окрім патології пре-перинатального періоду, відносяться: інфекційні, нейроінфекційні захворювання в тому числі інфекції TORCH-комплексу; спадкові та дегенеративні хвороби нервової системи; постнатальна черепно-мозкова та спинальна травми; інші захворювання та споріднені стани постнатального періоду, включаючи і неспецифічний фактор ураження мозкових структур.

З метою поглибленого вивчення впливу неспецифічного фактору (гіпоксія, ішемія, гіпоглікемія та інші) на внутрішньочерепний гомеостаз у дітей обстежено 1514 хворих від одного місяця до 14 років,

* Заповнення медичної документації проведено обласними (міськими) дитячими неврологами всіх регіонів України.

які знаходились в критичному стані: метаболічна енцефалопатія, набряк головного мозку, як ускладнення метаболічної енцефалопатії, та інфекційні захворювання нервової системи (контрольна група).

При катамнестичному обстеженні зазначеного контингенту дітей, були отримані однонаправлені характеристики наслідків. А саме, тяжкі наслідки відповідно були виявлені у 45,10 % (група дітей з набряком головного мозку на фоні метаболічної енцефалопатії та 44,82 % (нейроінфекції). Описана відповідність (співставленість) залишкового, інвалідизуючого дефекту нервової системи у дітей після перенесеного специфічного (нейроінфекція) та неспецифічного (метаболічна енцефалопатія) ураження окреслює вірогідність органічного пошкодження центральної нервової системи в супровід несприятливої дії неспецифічного чинника ураження.

Враховуючи викладене та виходячи з контексту пріоритетних стратегічних напрямків реформування охорони здоров'я, запропонована Концепція, яка упродовж 1997—1999 років детально обговорена і опрацьована на рівні управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій, III-му Українсько-Баварському симпозіумі "Медико-соціальна реабілітація дітей з органічним ураженням нервової системи" (м. Львів, 1997 р.), 1-му Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України (м. Харків, 1997 р.). З врахуванням доповнень і пропозицій концепція схвалена Вченою медичною радою Міністерства охорони здоров'я України і рекомендована для затвердження на Колегії МОЗ — як етап до підготовки Державної програми "Основні напрямки розвитку дитячої неврологічної служби в Україні та зниження інвалідності у дітей". Метою концепції є створення системи лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження інвалідності у дітей, зменшення прошарку соціально дезадаптованих дітей, підлітків, а також, впровадження в Україні сучасної системи медико-соціальної реабілітації дітей з патологією нервової системи, максимально можливе залучення цього контингенту дітей до суспільно корисної праці і самозабезпечення.

В організаційному плані реалізація концепції забезпечується Наказом МОЗ України № 214 від 11.10.1993 р. "Про удосконалення неврологічної допомоги дітям в Україні" та № 4 від 5.01.1996 р. "Про удосконалення неонатальної допомоги в Україні".

Концепція базується на принципах:

а) етапності: I етап (рівень) — ЦРЛ, міські лікарні, пологові будинки (центри), будинки дитини; II етап (рівень) — обласні дитячі лікарні, обласні (регіональні) центри реабілітації; III етап (рівень) — Українська спеціалізована дитяча клінічна лікарня "ОХМАТДИТ", Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ, клініки НДІ системи МОЗ і Академії медичних наук.

б) спадкоємності: між амбулаторно-поліклінічною, стаціонарною і санаторно-курортною ланками кожного рівня (етапу), так і між вказаними рівнями;

в) пріоритетності: розвитку тих служб, які займаються профілактикою і лікуванням хворих з захворюванням нервової системи, що формують рівень та структуру поширеності захворювань, інвалідності та смертності дітей. Пріоритетні напрямки: перинатологія, неонатальна неврологія, центри медико-соціальної реабілітації дітей;

г) співпраці і спільної координації роботи між Міністерствами охорони здоров'я, праці та соціального захисту населення, освіти, Фондом України соціального захисту інвалідів та інших.

В реалізації Концепції окреслюються три основні завдання:

I. Профілактичний — як стратегічний напрямок роботи.

II. Удосконалення системи спеціалізованої медичної допомоги дітям з гострою та резидуальною неврологічною патологією.

III. Кадрове забезпечення та принципи фінансування.

Власний та зарубіжний досвід переконливо підтверджують ефективність саме профілактичних заходів у значному призменшенні психоневрологічної патології в дитячому віці при означених вище захворюваннях та патологічних станах.

Найбільш оптимально забезпечити виконання даного напрямку концепції можна при умові системного підходу, в основі якого лежить турбота про здоров'я протягом усього "життєвого циклу". Цей системний підхід можна реалізувати краще всього в спеціалізованих закладах, якими є перинатальні центри, неонатальні центри, центри медико-соціальної реабілітації.

В перинатальних центрах на догоспітальному етапі повинна бути організована належним чином пренатальна діагностика та медико-генетичне консультування. Тут же здійснюється динамічний нагляд за вагітними з високим ступенем ризику перинатальної патології.

Акушерський стаціонар перинатального центру повинен мати два основних відділення: передчасних пологів та екстрагенітальної патології.

Педіатричний стаціонар формується за рахунок наступних відділень: відділення недоношених; відділення патології новонароджених; відділення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених з приданою до нього виїзною реанімаційною бригадою; відділення неонатальної неврології; відділення неонатальної хірургії.

Як свідчить світовий досвід, своєчасна кваліфікована лікувально-діагностична допомога новонародженим з ураженням нервової системи у 75—80 % випадків запобігає формуванню грубого органічного дефекту.

До першочергових заходів реалізації цього завдання слід віднести:

— 100 % кваліфікований ультразвуковий скринінг вагітних, розробка та впровадження високочутливих систем для діагностики хронічної гіпоксії плоду, вроджених вад розвитку, інфекцій TORCH-комплексу, моногенних спадкових захворювань та інших, а саме: доплерографія системи мати — плацента — плід, імунологічні дослідження та при необхідності — інвазивні методики пренатальної діагностики;

— забезпечення проведення функціональної діагностики уражень нервової системи у новонароджених (недоношених та з наявністю патологічних змін у неврологічному статусі) та дітей раннього віку шляхом пріоритетного оснащення пологових будинків, дитячих лікарень і поліклінік нейросонографами (або відповідними датчиками до УЗД-апаратів) та тест-системами для скринінгу сизимопатій і фетальних інфекцій;

— підвищення кваліфікації неонатологів, дільничних педіатрів, неврологів з неонатальної неврології та перинатології;

— практичного впровадження міжнародної уніфікованої класифікації уражень нервової системи у новонароджених, яка прийнята на Першому Українсько-Баварському симпозіумі (Херсон, 1995 р.);

— налагодження спадкосмності між акушерсько-гінекологічною та педіатричною службами по кінцевому результату, а саме — забезпечення здоров'я дитини, повернення її до суспільного життя. З цією метою необхідно розробити та затвердити уніфіковану медичну картку розвитку дитини, яка б забезпечила з періоду новонародженості повноцінну оцінку фізичного, статокінетичного та психомовного розвитку дитини.

Доцільні організаційні рішення стосовно профілактики нейроінфекційних захворювань, передусім, випадків гнійних (бактеріальних) менінгітів. А саме: виконання календаря профілактичних щеплень, впровадження додаткових щеплень від гемофільної, менінгококової та інших інфекцій, виконання розроблених та затверджених Міністерством охорони здоров'я України обсягів діагностичних досліджень та лікувальних заходів, насамперед, щодо септичних станів; кваліфікована санація носоглотки, ротової порожнини з попереднім 100 % обстеженням на менінгокок при назофарингітах та інше.

З урахуванням багаторічного досвіду дитячої неврологічної служби зарубіжних країн (Канада, Німеччина) найвлучнішою в досягненні своєї мети по відношенню до профілактики спадкових захворювань нервової системи та черепно-мозкової травми виявилась кваліфікована санітарно-просвітницька робота серед населення.

Означені напрямки в системі лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження інвалідності, покращання рівня здоров'я, визначають доцільність організації при провідних медичних університетах факультетів профілактики.

MAIN TRENDS IN DEVELOPMENT OF CHILD NEUROLOGY SERVICE IN UKRAINE AND REDUCTION OF CHILD DISABILITY LEVEL

N. G. Goyda, V. U. Martyniuk

Ministry of Public Health of Ukraine

Taking into account difficult demographic situation in Ukraine, high occurrence of child death, increasing level of child disability caused by disorders of the nervous system and the fact that prophylaxis, early diagnostics and rehabilitation are of great importance for the health of the nation, the Conception of further improvement of child neurology service is proposed. The Conception is the first phase of the State Program "Main Trends in Development of Child Neurology Service in Ukraine and Reduction of Child Disability Level".

With strategic directions of reforming Health Care System of Ukraine being set up development of prophylactic medical establishments network is one of the priorities. The purpose of this work is to prevent complications which lead to disability in children, to decrease the number of handicapped children and adolescents as well as introducing an up-to-date medical and social rehabilitation system for children with organic disorders in Ukraine and involving these children into various kinds of social activities.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИОГЕННЫХ ИНСУЛЬТОВ

П. В. Волошин, О. Е. Дубенко, В. Н. Куцын, Н. В. Дьолог

**Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии
Харьковская медицинская академия последипломного образования
г. Харьков**

Высокий удельный вес кардиальных факторов риска в общей структуре острых нарушений мозгового кровообращения, а также реальная возможность предупреждения кардиогенных инсультов определяет большую актуальность проблемы кардионеврологии. На сегодняшний день считается общепризнанным, что кардиоэмболическим является каждый четвёртый инсульт [1].

Для определения реальной частоты кардиогенных факторов риска в развитии инсульта особую ценность имеют клинико-анатомические сопоставления. Наиболее эффективным методом для прижизненной идентификации анатомической локализации, размеров и характера инсульта является магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга [2].

Целью настоящего исследования стало проведение клинико-морфологических сопоставлений и выявление диагностических особенностей при кардиогенных инсультах на фоне различных видов сердечной патологии.

Обследовано 274 больных в острой стадии инсульта, развившегося на фоне разных заболеваний сердца. Возраст больных был от 33 до 86 лет, мужчин — 143, женщин — 131.

Визуализация структур головного мозга осуществлялась методом магнитно-резонансной томографии на аппарате "Образ-1" (Москва, Россия) с использованием Т1 и Т2 взвешенных изображений (ВИ) и толщиной срезов 8—10 мм. Оценивались характер, размеры, количество и локализация патологических очагов. Для изучения деятельности сердца, оценки сердечных структур и выявления потенциального источника кардиогенной эмболии использовали электрокардиографию, а также эхокардиографию (ЭхоКГ) на аппарате "Aloka-650" (Япония) в режиме одно- и двухмерной эхокардиографии. В случаях смерти производилось патоморфологическое исследование.

Распределение больных по возрасту и полу в зависимости от характера сердечной патологии представлено в таблице 1. Как видно из приведенной таблицы, наибольший удельный вес среди кардиальных факторов риска имеет фибрилляция предсердий (ФП), развившаяся в результате ишемической болезни сердца и атеросклеротического кардиосклероза и не сопровождающаяся поражением сердечных клапанов (142 больных).

Вторым по частоте развития инсульта фактором были приобретенные пороки сердечных клапанов. Всего под наблюдением находилось 58 больных этой группы, из них 55 больных ревматизмом и 3 больных с бактериальным септическим эндокардитом. Преобладающим поражением был митральный стеноз — у 49 больных, изолированная недостаточность митрального клапана — у 9 больных. Аортальный порок диагностирован у 6 больных, однако ни у одного из них не было изолированного аортального порока, во всех этих случаях имелись сочетанные митрально-аортальные пороки. У 46 больных этой группы наблюдалась фибрилляция предсердий (так называемая клапанная ФП), которая на фоне клапанного порока значительно увеличивает риск кардиогенной эмболии [3]. 12 больных этой группы были оперированы по поводу протезирования сердечных клапанов, что также является дополнительным фактором риска кардиоэмболического инсульта (КЭИ).

Следующей по частоте причиной кардиогенного инсульта был инфаркт миокарда (ИМ). Однако патогенетические механизмы развития инсульта на фоне ИМ могут быть различны в зависимости от стадии ИМ. Поэтому мы выделили группу больных (29 человек), у которых наблюдалось одновременное развитие инсульта и ИМ и группу больных (36 человек), у которых инсульт развился в постинфарктном периоде, в том числе на фоне постинфарктной аневризмы левого желудочка (11 больных). Известно, что развитие пристеночного тромбоза во многом зависит от локализации ИМ и глубины поражения миокарда [4]. В нашем наблюдении большая часть больных (77,3 %) перенесли инфаркт передней стенки левого желудочка. Трансмуральный инфаркт наблюдался у 68 % больных.

Таблица 1

Распределение больных по полу, возрасту и характеру сердечной патологии

Патология сердца	Пол м/ж	Число обследованных больных						Всего
		<40	40—49	50—59	60—69	70—79	80 и >	
Фибрилляция предсердий (неклапанная)	68/74	—	2	28	57	51	4	142 (51,8 %)
Приобретенные пороки сердца	17/41	9	16	20	13	—	—	58 (21,1 %)
Острый инфаркт миокарда	17/12	—	11	13	5	—	—	29 (10,6 %)
Постинфарктный период	34/2	3	9	17	7	—	—	36 (13,2 %)
Кардиомиопатии	7/2	—	5	4	—	—	—	9 (3,3 %)
Всего	143/131	12	43	82	82	51	4	274

Наименее частой патологией были кардиомиопатии. Эта группа включала 9 больных, которые страдали гипертрофической кардиомиопатией с обструкцией выходного тракта (идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз), осложнившейся фибрилляцией предсердий.

В возрастном аспекте отмечено, что в группе больных с неклапанной ФП инсульт развивался чаще в возрасте 60—80 лет. В группе больных с клапанными пороками, инфарктом миокарда и кардиомиопатией развитие инсульта наблюдалось в более молодом возрасте — 40—60 лет, а у 12 больных развитие инсульта наблюдалось в возрасте от 28 до 39 лет. Умерли в результате тяжёлого инсульта 54 больных.

На основании МРТ исследования или аутопсии из 274 больных у 258 диагностирован ишемический инфаркт головного мозга. По характерным клиническим симптомам, таким как внезапное развитие неврологической симптоматики, сопровождающееся кратковременной утратой сознания, иногда головной болью, рвотой и инициальными судорогами, отсутствие предшествующих транзиторных ишемических атак, быстрый регресс общемозговой симптоматики в сочетании с наличием потенциального источника кардиогенной эмболии у них был установлен диагноз кардиоэмболического инсульта.

У 16 больных диагностировано паренхиматозное кровоизлияние. Только в 8 случаях кровоизлияние развилось на фоне гипертонической болезни, из которых у 5 больных на фоне острого периода геморрагического инсульта диагностирован острый ИМ. У остальных 8 больных кровоизлияние возникло на фоне нормальных или пониженных цифр артериального давления: на фоне неклапанной ФП и выраженного атеросклероза — у 4, на фоне ревматического митрального стеноза — у 2, протеза митрального клапана — у 1, постинфарктной аневризмы левого желудочка с пристеночным тромбозом — у 1 больного. Из этого можно заключить, что кардиогенная эмболия хотя и является наиболее частым, но не единственным механизмом развития инсультов у больных с заболеваниями сердца.

В результате анализа МР-томограмм в сопоставлении с результатами секционного исследования отмечено, что среди больных с ишемическим инсультом преобладали инфаркты мозга больших и средних размеров. На МР-томограммах они визуализировались в виде зон повышенного МР-сигнала на Т2 ВИ. Так, обширные инфаркты, охватывающие несколько долей больших полушарий диагностированы у 44 больных (17 %), из них умерли 17 больных (31,8 %). Инфаркты средних размеров, охватывающие кору и прилежащее белое вещество одной или двух долей (преимущественно теменной или теменно-височной) — у 146 (56,7 %). При этом наиболее частым вариантом МРТ-картины инфаркта мозга было наличие очага повышенного МР-сигнала клиновидной формы в корково-подкорковых отделах теменной или теменно-височной долях мозга (в зоне кровоснабжения корковых ветвей средней мозговой артерии). Небольшие, глубинно расположенные инфаркты (в области подкорковых ганглиев, внутренней капсулы, зрительного бугра) визуализировались при МРТ только у 31 больного (12 %). Анализ изучения расположения инфарктов мозга в различных сосудистых бассейнах показал преимущественное поражение бассейна левой средней мозговой артерии — у 143 больных (55,4 %), что может объясняться более лёгким попаданием эмбола из левых отделов сердца в левую сонную артерию, отходящую непосредственно от дуги аорты. Инфаркты мозга в вертебробазилярном бассейне диагностированы у 37 больных (14,3 %), при этом в бассейне задней мозговой артерии — у 13 (5 %), в области ствола головного мозга — у 14 (5,4 %).

Однако, в группе больных, у которых диагностирован острый инфаркт миокарда, отмечались несколько иные закономерности локализации инсультов. Все больные этой группы поступали в клинику по поводу острого нарушения мозгового кровообращения, из которых ишемический инсульт диагностирован у 24, геморрагический — у 5. В клинической картине доминировала неврологическая симптоматика, а ИМ диагностировался электрокардиографически. При этом у больных ишемическим инсультом ИМ диагностирован в 1—2-е сутки, а в случаях кровоизлияния — на 2—3-й неделе инсульта. Анализ локализации ишемических инфарктов показал преобладание их расположения в глубоких структурах мозга — в области подкорковых ганглиев, зрительного бугра и в стволе головного мозга (у 21 больного). У 3 больных наблюдались обширные инфаркты, охватывающие весь бассейн средней мозговой артерии. Ни в одном случае не наблюдалось типичных для мозговой эмболии корково-подкорковых инфарктов клиновидной формы. Возможно, в случаях одновременного развития инсульта и ИМ кардиогенная эмболия не играет роли ведущего механизма. Преимущественная локализация инсульта в подкорково-стволовых структурах, являющихся высшими центрами, контролирующими сердечно-сосудистую деятельность, может свидетельствовать о первичной роли поражения мозга в развитии нарушений коронарного кровообращения.

Известно, что КЭИ имеют предрасположенность к геморрагической трансформации, которую связывают с быстрым формированием обширных инфарктов вследствие массивных эмболий, быстрой реканализацией тромбоэмбола, резким замедлением кровотока при явлениях ангиопареза в зоне инфаркта, а также ранним назначением больших доз антикоагулянтов [5, 6].

Ранее считалось, что геморрагический инфаркт, установленный на аутопсии, подтверждает диагноз эмболии сосудов мозга. Однако, широкое использование методов нейровизуализации показало, что хотя геморрагическая трансформация при КЭИ наблюдается довольно часто, её наличие не является обязательным признаком данного вида инсульта. В нашем наблюдении геморрагический инфаркт диагностирован с помощью МРТ у 53 больных (20,5 %). Он характеризовался наличием участка повышенного МР-сигнала на Т1 ВИ. Аналогичный процент (20,3 %) выявлен при аутопсии. При этом у 2 больных, у которых на вскрытии в зоне инфаркта обнаруживалось пропитывание кровью, на МРТ визуализировался ишемический инфаркт. Это может свидетельствовать о том, что геморрагическая транс-

формация является динамическим процессом и может возникать не только в ранние сроки инсульта, но и в более позднем периоде.

У 26 % больных на МР-томограммах визуализировалось многоочаговое поражение мозга в результате ранее перенесенных инсультов. Однако, частота повторных инсультов в разных группах была различной. Так, в группах с неклапанной ФП и с приобретенными пороками сердца повторные инсульты в анамнезе регистрировались с одинаковой частотой, которая составляла 26,3 %. В группе больных с ИМ она была существенно ниже и составляла 12 %. Это может объясняться тем, что левожелудочковые тромбы в области акинетических сегментов миокарда или хронических левожелудочковых аневризм более стабильны и имеют более низкий эмбологенный потенциал, чем рыхлые тромбы левого предсердия и его ушка, образующиеся при ФП.

У 5,6 % больных при МРТ наряду с зоной инфаркта выявлены зоны диффузного снижения плотности белого вещества больших полушарий, расположенные преимущественно перивентрикулярно, — лейкоараиоз. Эти изменения визуализировались у больных старшей возрастной группы, страдавших хронической недостаточностью кровообращения с низким сердечным выбросом. По-видимому, они являются результатом длительно существующей гипоксии мозга вследствие нарушения центральной и церебральной гемодинамики [7].

Достоверность диагноза КЭИ значительно возрастает при выявлении патологии сердца, являющейся потенциальным источником кардиогенной эмболии. Одним из наиболее надёжных критериев является выявление тромбов в полостях сердца, однако, отсутствие визуализации тромба не исключает кардиоэмболический источник. По результатам наших исследований, внутрисердечный тромбоз методом ЭхоКГ выявлен у 37 больных (13,5 %). При этом, тромбы в полости левого предсердия обнаружены только у 2 больных ревматическим митральным стенозом с ФП. На аутопсии тромбоз левого предсердия и его ушка выявлен у 5 умерших, у которых при жизни на эхокардиограмме их локировать не удалось. Это подтверждает литературные данные о том, что методом трансторакальной ЭхоКГ диагностика изолированного тромба ушка левого предсердия затруднительна и возможна лишь при наличии больших тромбов, занимающих значительную часть полости левого предсердия и имеющих достаточную плотность [8, 9]. Значительно чаще обнаруживались тромбы в полости левого желудочка — у 35 (12,7 %) больных при ЭхоКГ и у 13 (4,7 %) на аутопсии.

У значительной части больных выявлен ряд патологических состояний сердца, обладающих эмбологенным потенциалом и являющихся предположительной причиной эмболии [10]: дилатация полости левого предсердия — у 197 больных (72 %), клапанные вегетации — у 63 (23 %), кальциноз митрального кольца — у 54 (19,7 %), акинетические сегменты миокарда — у 64 (23,3 %), аневризма левого желудочка — у 11 больных (4 %).

Анализ результатов исследования показал, что МР-томография является высокоинформативным методом, позволяющим диагностировать характерные особенности кардиоэмболических инфарктов мозга, которые можно сформулировать в следующих положениях:

— кардиогенная эмболия в большинстве случаев приводит к развитию инфарктов больших и средних размеров преимущественно в бассейне средних мозговых артерий;

— наиболее частая локализация кардиоэмболических инфарктов наблюдается в корково-подкорковых отделах теменной или теменно-височной долей больших полушарий;

— кардиогенная эмболия в значительном проценте случаев приводит к геморрагической трансформации инфаркта мозга, для выявления её истинной частоты необходимо динамическое наблюдение с помощью МРТ в сроки от 6 до 14 дней;

— множественные постинсультные кисты, визуализируемые с помощью МРТ подтверждают высокую частоту повторных КЭИ.

Сопоставление клинико-магнитно-резонансно-томографических характеристик с эхокардиографическими признаками сердечной патологии, являющимися потенциальным источником кардиогенной эмболии, позволяет диагностировать КЭИ с высокой степенью достоверности. Это даёт возможность улучшить дифференцированный терапевтический подход к лечению этих больных.

Литература:

1. Cardiogenic brain embolism: The second report of the cerebral embolism task force // Archives of Neurology. — 1989. — Vol. 46. — № 7. — P. 727—743.

2. *Коновалов А. Н., Корниенко В. Н., Пронин И. Н.* Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. — М.: Видар, 1997. — 472 с.

3. *Bloch L., Turgeman G., Freedberg N. A., et al.* Mitral stenosis and anticoagulation: a transesophageal echocardiographic study // European Journal of Neurology. — 1995. — Vol. 2. — Suppl. 2. — P. 53.

4. *Sacco R. L., Shi T., Zamanillo M. C., Kargman D. E.* Predictors of mortality and recurrence after hospitalized cerebral infarction an urban community: the Northern Manhattan Stroke Study // Neurology. — 1994. — Vol. 44. — P. 626—634.

5. *Акимов Г. А., Зинченко В. А., Лобжанидзе П. В.* Клинико-морфологические особенности сложных инсультов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — №7. — С. 88—92.

6. *Ogata J., Yutani C., Imakita M.* Hemorrhagic infarct of the brain without a reopening of the occluded arteries in cardioembolic stroke // Stroke. — 1989. — Vol. 20.— № 7.— P. 876—883.

7. *Волошин П. В., Мищенко Т. С., Крыженко Т. В. и др.* Клинико-патофизиологические особенности дисциркуляторной энцефалопатии у лиц пожилого возраста // II Національний конгрес геронтологів і геріатрів України. Тезиси доповідей. — Київ, 1994. — С. 134.

8. *Pasquale G. D., Pinelli G.* Cardiac evaluation in suspected cardoiembolic stroke // The Abstracts of Second World Congress of Stroke, Washington, 1992. — S3.

9. *Абдуллаев Р. Я., Атьков О. Т., Соболев Ю. С.* Атлас ультразвуковой диагностики. Т. 1.— Харьков: Прапор, 1993.— 110 с

10. *Cohen A., Chauvel Ch.* Transesophageal echocardiography in the management of transient ischemic attack and ischemic stroke // Cerebrovascular Diseases.— 1996.— Vol. 6. — Suppl. 1. — P. 15—25.

INSTRUMENTAL DIAGNOSTIC OF CARDIOGENIC STROKE

P. V. Voloshin, O. E. Dubenko, V. N. Koutsyn, N. V. Dyolog

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv Medical Academy of the Postgraduate Education
Kharkiv

The aim of this research was study the clinico-morphological correlation in patients with acute cardiogenic stroke. Magnetic resonance imaging (MRI)of brain and echocardiography in 274 patients with acute stroke were perfomed. All patients has a potential cardiac sources of cardioembolic stroke, such as non-valvular atrial fibrillation, rheumatic mitral stenosis, prostetic mitral valves, endocarditis, acute myocardial infarct, akinesia after myocardial infarct or left ventricular aneurysm and idiopathic hypertrophic subaortic stenosis. A result of MRI study allowed to detail a character peculiarity of cardioembolic stroke. This signs is a useful for early diagnostic and therapeutic efficacy.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВЫРАЖЕННОСТИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО РЕФЛЕКТОРНОГО ПОЯСНИЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ

В. В. Василовский

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Болевой синдром при вертеброгенной патологии является важной медико-социальной и экономической проблемой, актуальность которой связана с временной и длительной инвалидностью, вызванной мышечно-скелетными расстройствами, обусловленными целым рядом факторов, определяющим из которых является боль.

Среди неврологических проявлений остеохондроза позвоночника ведущим является рефлекторный болевой синдром, возникновение которого обусловлено действием механического, сосудистого, реактивно-воспалительного или аутоиммунного факторов [1, 3].

При таких патофизиологических состояниях, как рефлекторный поясничный болевой синдром, регуляторные механизмы на спинальном и супраспинальном уровне оказываются нарушенными, что приводит к патологически повышенному тонусу мышц. В тяжелых случаях, когда развивается спастический гипертонус мышц, реакция *альфа*-мотонейронов и рефлекс растяжения резко усиливается. В результате этого замыкается порочный круг боль — мышечный спазм — аномальная охранительная поза — боль [2, 3, 4].

Однако не всегда выявленные морфологические изменения позвоночника ответственны за боли в спине, наряду с гипердиагностикой остеохондроза позвоночника игнорируются функциональные нарушения с формированием мышечно-скелетных синдромов, недооценивается роль миофасциальных болевых синдромов, при которых мышца страдает первично.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики данных количественного анализа биосигналов поперечно-полосатой мускулатуры и периферических нервов методом электромиографии в зависимости от степени выраженности вертеброгенного болевого синдрома.

Под нашим наблюдением находилось 73 больных с вертеброгенными поясничными болевыми синдромами: люмбаго — 9 человек (12,3 %), люмбалгия — 29 человек (39,7 %), люмбоишиалгия — 35 человек (48 %).

Все пациенты с учетом выраженности болевого синдрома были разделены на три группы (таблица 1). Степень выраженности болевого синдрома определялась с помощью коэффициента выраженности боли: 1) слабо выраженный болевой синдром — боль возникает при приеме вертикального положения и при нагрузках, 2) умеренно выраженный болевой синдром — боль в положении лежа при движении, 3) выраженный болевой синдром — боль в покое без всяких движений.

Таблица 1

Степень выраженности болевого вертеброгенного синдрома в зависимости от неврологических проявлений остеохондроза на поясничном уровне

Неврологические проявления остеохондроза	Степень выраженности болевого синдрома							
	Выраженный		Умеренный		Слабо выраженный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Люмбаго	5	6,8	4	5,5	0	0	9	12,3
Люмбалгия	7	9,6	15	20,5	7	9,6	29	39,7
Люмбоишиалгия	10	13,7	14	19,2	11	15,1	35	48
Всего	22	30,1	33	42,2	18	24,7	73	100

Из таблицы следует, что умеренно выраженный рефлекторный болевой синдром превалирует при любых неврологических проявлениях остеохондроза и составил 42,2 % всех обследуемых пациентов. Выраженный болевой синдром наблюдался у 30,1 % больных, чаще при люмбоишиалгиях. Слабо выраженный болевой синдром составил 24,7 % всех больных и при люмбаго не наблюдался.

Продолжительность болевого синдрома у больных была от 3 дней до 2 недель.

Наряду с клиническими исследованиями изучались электронейромиографические показатели электромиографической диагностической системой NEUROSID-M. Они включали регистрацию электромиограммы длинной мышцы спины, прямой мышцы бедра, передней большеберцовой и икроножной мышц, определение скорости распространения возбуждения (СРВ) по двигательным волокнам седалищного нерва, дистальных и проксимальных отделов малоберцового и большеберцового нервов,

а также изучение Н-рефлекса с латеральной головки икроножной мышцы.

Результаты исследования выявили повышение электровозбудимости покоя длинных мышц спины с обеих сторон у всех пациентов и прямой мышцы бедра на стороне болевого синдрома до 75—100 мкВ при люмбоишиалгиях, особенно при выраженных формах. В режиме максимального произвольного напряжения мышц наблюдали также у всех больных нарушение структуры ЭМГ, которое отражало в определенной мере локализацию и распространенность патологического процесса. Наиболее демонстративно структура миограммы менялась при выраженном рефлекторном болевом синдроме и в меньшей степени — при умеренном и слабо выраженном. У 4 больных выявлены высокоамплитудные полифазные потенциалы типа фасцикуляций. Следует заметить, что эти больные входили в группу с выраженным рефлекторным болевым синдромом при люмбоишиалгиях.

Результаты электронейромиографии выявили снижение СРВ по афферентным волокнам седалищного и малоберцового нерва у всех больных с люмбаншиалгиями. СРВ составила 39,8 ± 1,7 м/с и 34,2 ± 1,6 м/с у больных с выраженным болевым синдромом, и у больных с умеренно выраженным болевым синдромом эти показатели были соответственно 37,3 ± 1,2 м/с и 35,7 ± 1,9 м/с. Нижняя граница СРВ проксимальных и дистальных нервов нижних конечностей соответствует величине 45 м/с. Снижение СРВ в дистальных отделах было более значительным, чем в проксимальных, что обусловило повышение проксимально-дистального градиента. Электронейромиография выявила также снижение амплитуды Н-рефлекса с обеих сторон однако на стороне болевого синдрома он был на 28 % ниже, чем на здоровой стороне. Столь существенное уменьшение рефлекторного ответа мотонейронов можно объяснить нарушением функционального состояния первичных афферентных волокон. В результате параллельного уменьшения Н-рефлекса и М-ответа коэффициент Н/М снижался с обеих сторон, но не равномерно, на стороне болевого синдрома он был существенно меньше.

Таким образом, полученные данные у больных с рефлекторным болевым синдромом объективно отражают особенности функционирования нейромоторного аппарата, при этом изменения прослеживаются как на стороне болевого синдрома, так и на противоположной стороне. В целом их можно охарактеризовать как компенсаторную ответную реакцию сегментарных и надсегментарных структур спинного мозга на длительное ноцицептивное раздражение.

Динамику показателей ЭНМГ можно было отметить в результате уменьшения степени выраженности болевого синдрома. Наряду с увеличением средней амплитуды биопотенциалов максимального сокращения на электромиограмме снижался уровень биопотенциалов покоя. Амплитуда Н-рефлекса и М-волны как на здоровой, так и на больной стороне имела тенденцию к повышению, причем амплитуда Н-рефлекса возрастала значительнее. В результате этого коэффициент Н/М с обеих сторон достоверно увеличивался, достигая нормальных значений при слабо выраженном рефлекторном болевом синдроме. Возрастание Н-рефлекса на болевой стороне было выражено существенно во всех группах. Таким образом выравнивалась асимметрия рефлекторной возбудимости спинальных мотонейронов. Выявленные изменения ЭНМГ тесно коррелировали с клиническими проявлениями рефлекторного болевого синдрома.

Литература:

1. *Вейн А. М., Авруцкий Г. Я.* Боль и обезболивание. — М.: Москва, 1997. — 67 с.

2. *Игнатов Ю. Д., Зайцев А. А.* Нейрофизиологические механизмы боли. / В кн.: Болевой синдром. — Л.: Медицина, 1990. — С 57.

3. *Иваничев Г. А.* Мануальная медицина. — М.: Москва, 1998. — С. 75.

4. *Long D. M.* Myofascial pain and fybromyalgia syndrome // Neurology. — 1997. — Vol. 48, № 6. — P. 1740 — 1741.

DYNAMICS OF CHANGES OF VERTEBROGENIC REFLECTORY PAIN SYNDROME EXPRESSION ACCORDING TO ELECTROMYOGRAPHIC DATA

V. V. Vasilovsky

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology & Psychiatry

Kharkiv

The pain syndrome on a vertebrogenic pathology is an impossible medical, social and economic problem. Among neurological manifestation of vertebral osteochondrosis the reflectory pain syndrome is a leading cause. In the investigations of its clinical features and electromyographic data a close connection between the pain syndrome expression and electromyographic changes was detected.

КОРРЕЛЯТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИМИ И НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОПТОХИАЗМАЛЬНЫХ АРАХНОИДИТАХ

М. А Гаевая

Харьковская медицинская академия последипломного образования г. Харьков

По данным различных авторов, у 60—80 % людей, перенесших закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ), в отдаленном периоде после травмы развиваются различные ее последствия, которые часто приводят к утрате трудоспособности, и в значительном проценте случаев к инвалидности больных [3, 4].

Посттравматический церебральный арахноидит является одним из наиболее частых последствий перенесенной ЗЧМТ [1, 2, 4, 7].

Клинически посттравматический церебральный арахноидит характеризуется хроническим течением с периодическими декомпенсациями церебральной ликворо- и гемодинамики, что приводит к нарушению гомеостаза и дезадаптации организма, а, следовательно, к обострению заболевания. Проявления посттравматического церебрального арахноидита, как правило, полиморфны. Патогномоничные симптомы для данного заболевания практически отсутствуют [7].

Одной из клинических форм церебрального арахноидита базальной локализации, в возникновении которой значительная роль отводится ЗЧМТ (по данным О. Н. Соколовой; 1990 г., от 5 до 20 %) является оптохиазмальный арахноидит.

Оптохиазмальный арахноидит представляет собой клинический синдром хронического продуктивного воспалительного процесса мозга и его оболочек с преимущественным поражением хиазмы и зрительных нервов [8]. Данное заболевание характеризуется многообразием клинических проявлений, выраженными нарушениями зрительных функций [8]. Часто это заболевание приводит к необратимому снижению зрительных функций у лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста.

Все вышеуказанное говорит о необходимости своевременной диагностики оптохиазмального арахноидита и разработки методов адекватной терапии.

Целью данной работы явилось изучение реоэнцефалографических показателей и нейроофтальмологических нарушений при оптохиазмальном арахноидите посттравматического генеза, а также выведение корреляционной зависимости между полученными результатами.

Под нашим наблюдением находилось 40 человек с оптохиазмальным арахноидитом. Данное заболевание поражает в большей степени лиц мужского пола [8], что подтвердилось собственными наблюдениями: мужчин было 25 человек (62,5 %), женщин — 15 (37,5 %). Возраст больных колебался от 17 до 50 лет. Давность заболевания до 1-го года была у 5 человек (12,5 %); от 1-го года до 5-ти лет — у 10-ти (25 %); от 5-ти до 10-ти лет — у 14 пациентов (35 %) и свыше 10-ти лет — у 11 больных (27,5 %).

Основной жалобой обследованных во всех случаях было нарушение зрения различной степени выраженности. Кроме этого, все пациенты предъявляли жалобы на постоянную головную боль, часто приступообразно усиливающуюся, иногда сопровождающуюся головокружением, тошнотой, рвотой; повышенную утомляемость, ухудшение памяти, рассеянность внимания, нарушения сна. У 16,6 % больных отмечались периодически возникающие пароксизмальные приступы с потерей сознания (от 2—3 раз в неделю до 1—2 приступов в год).

Объективно в неврологическом статусе у 92,2 % обследованных наблюдалось нарушение функций черепных нервов в виде глазодвигательных расстройств, болей при движениях глазных яблок, анизокории, ослабления конвергенции, асимметрии носогубных складок, непостоянных рефлексов орального автоматизма. У 57,7 % больных имели место незначительно выраженные признаки нарушения двигательной сферы — анизорефлексия, патологические рефлексы. У 35,5 % пациентов выявлено диффузное снижение мышечного тонуса. Статико-координаторные расстройства имели место у 73,3 % больных. У всех обследованных наблюдались различные вегетативные нарушения, проявляющиеся гипергидрозом, акроцианозом, стойким разлитым красным дермографизмом, "мраморностью" кожных покровов, эмоциональной лабильностью, а также вегетативно-сосудистыми пароксизмами симпато-адреналового, вагоинсулярного и смешанного характера.

Всем больным, кроме исследования неврологического статуса, проводилась реоэнцефалография (РЭГ) и нейроофтальмологические исследования.

Реоэнцефалографию выполняли по стандартной методике на реографе Р4-02 (Россия).

При оценке реоэнцелографических показателей учитывали формы кривой, характер вершины, выраженность и расположение дикротических зубцов, наличие венозной волны, время восходящей части её (*альфа*), время нисходящей части (*бета*) основной волны (в сек), отношение времени восходящей части ко времени всей кривой (Т): *альфа/Т* (в процентах), величину амплитуды *А* (в омах).

Нейроофтальмологический осмотр осуществлялся нейроофтальмологом и включал: проверку остроты зрения, исследование глазного дна и полей зрения.

Основными офтальмологическими проявлениями оптохиазмального арахноидита были снижение остроты зрения и изменения полей зрения.

По данным Н. М. Линченко (1961), при оптохиазмальных арахноидитах первично поражаются оболочки зрительных нервов, в последующем происходит диффузное распространение воспалительного процесса на мягкие мозговые оболочки основания мозга и оболочки полушарий мозга. В процесс нередко может вовлекаться и само вещество мозга. Зрительные нервы вовлекаются в воспалительный процесс вторично. Однако возможно и одновременное поражение оболочек зрительных нервов и самих зрительных нервов [5].

В результате сдавления зрительных нервов спаечным процессом происходит нарушение их кровоснабжения, что ведет к возникновению гипоксии, которая может способствовать развитию как функциональных, так и морфологических изменений [7].

По результатам реоэнцефалографических исследований всех обследованных с определенной долей условности мы разделили на 2 группы.

В первую группу (26 человек — 65 %) вошли больные, реоэнцефалограмма которых характеризовалась уплощенной или закругленной вершиной, слабой выраженностью дикротического зубца и смещением его кверху, появлением венозной волны в конце реографической кривой. Амплитуда РЭГ составила 0,08—0,11 ом. Время восходящей части кривой было 0,23—0,28 сек. Соотношение *альфа/Т* колебалось в пределах 26—29 %. Изменение РЭГ носили двусторонний характер. Межполушарная асимметрия отмечалась у 18 % больных.

Усредненная фоновая РЭГ у больных 1-й группы чаще всего соответствовала рис. 1.



Рис. 1. **Фоновая РЭГ у больных 1-й группы**

Указанные изменения РЭГ в значительной степени свидетельствуют о наличии внутричерепного венозного застоя, повышении тонуса мозговых артерий и вен, сопровождающимся снижением кровенаполнения в бассейне внутренней сонной артерии.

При нейроофтальмологическом исследовании у больных 1-й группы отмечалось снижение остроты зрения, на глазном дне — двусторонняя первичная атрофия зрительных нервов, у 7 % больных — побледнение дисков зрительных нервов с их отеком. В 33 % регистрировались центральные скотомы с нарушением восприятия красного и зеленого цветов, у 4—7 % — поля зрения были сужены до 5—10 % на белый цвет. У 48 % пациентов выявлены различные виды гемианопсий с резким снижением остроты зрения в основном на один глаз.

У больных второй группы (14 обследованных — 35 %) РЭГ характеризовалась заостренной вершиной, ясной выраженностью дикротического зубца, выраженной венозной волной. Амплитуда РЭГ была увеличена до 0,13—0,14 ом, время восходящей части *альфа* — 0,05—0,08 сек., время нисходящей части *бета* — 0,8—0,9 сек. Соотношения *альфа/Т* составило 8—10 %. Изменения также носили двусторонний характер. Межполушарная асимметрия наблюдалась у 12 % обследованных.

Усредненная фоновая РЭГ у больных второй группы представлена на рис. 2.

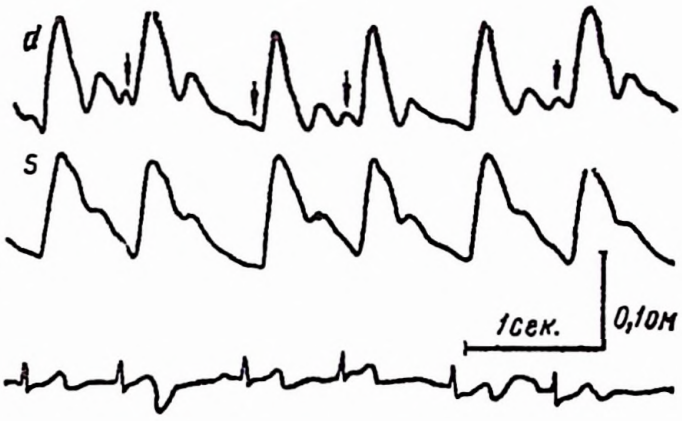


Рис. 2. **Фоновая РЭГ у больных 2-й группы**

Результаты реоэнцефалографического исследования у второй группы больных свидетельствуют о наличии выраженного венозного застоя, снижении артериального тонуса и увеличении кровенаполнения мозговых сосудов в системе внутренней сонной артерии.

Нейроофтальмологическое исследование у больных 2-й группы также во всех случаях показало снижение остроты зрения. На глазном дне у 17 % пациентов наблюдалось двустороннее побледнение дисков зрительных нервов, не сопровождающееся отеком, у 22 % — побледнение дисков сопровождалось умеренно выраженным их отеком. У 26 % пациентов выявлены двусторонние центральные скотомы со значительным снижением остроты зрения (до сотых долей), у 2 % обследованных поле зрения было концентрически сужено в пределах 5—10 град., острота зрения при этом составляла 0,1—0,2 на каждый глаз.

Сопоставление реоэнцефалографических и нейроофтальмоскопических данных позволяет отметить наличие между ними определенных корреляций.

Для первой группы больных данные реоэнцефалографии свидетельствуют о повышении тонуса мозговых сосудов и снижении кровоснабжения мозга. Гипертонус сосудов мозга при этом является их реакцией на повышение давления в замкнутой полости черепа [7]. Офтальмоскопия при этом обнаруживает выраженные атрофические изменения зрительных нервов, значительное сужение полей зрения.

Анализ результатов РЭГ больных второй группы показал снижение артериального тонуса, венозный застой и увеличение кровоснабжения мозга. Офтальмоскопическое исследование показало по-

бледнение дисков зрительных нервов (в большинстве случаев сопровождавшееся умеренно выраженным отеком), а также изменением полей зрения со скотомами, но менее выраженными, чем у больных 1-й группы.

Таким образом, сопоставление данных реоэнцефалографии и нейроофтальмоскопии как методов дополнительных исследований в диагностике посттравматического оптохиазмального арахноидита, дает возможность в определенной степени судить о соответствии между уровнем кровоснабжения мозга и выраженностью и характером нарушения зрительной функции.

Строго специфических показателей реоэнцефалографии и офтальмоскопии, характерных для посттравматического оптохиазмального арахноидита, нам выявить не удалось.

Однако анализ реоэнцефалографических данных с определенной долей вероятности свидетельствует о значительном воздействии патологического процесса на сосудистую систему головного мозга у обследованного контингента больных. Изменение сосудистой системы мозга, в свою очередь, влияет на нейроофтальмологические показатели и общую клиническую картину заболевания.

Результаты нейроофтальмологического исследования в значительной степени определяют характер и выраженность зрительных расстройств при изучаемой патологии. Полученные результаты способствуют более быстрой и своевременной диагностике заболевания и позволяют выработать адекватную лечебную тактику.

Литература:

1. *Акимов Г. А., Команденко Н. И.* К вопросу о церебральном арахноидите // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1982. — Т. 82. — Вып. 2. — С. 20—203.

2. *Горшенина М. А.* Реоэнцефалографически-электроэнцефалографические корреляции при посттравматических церебральных арахноидитах // Вестник проблем биологии и медицины.— 1997.— Вып. 20.— С. 135—142.

3. *Деменко В. Д.* Современные взгляды на проблему отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы // В сб. Актуальні проблеми медичної науки. — Харків, 1992. — С. 203—206.

4. Диагностика, лечение и профилактика отдаленных последствий закрытых черепно-мозговых травм; реабилитация больных / П. В. Волошин с соавт. Методические рекомендации. — Харьков, 1990. — 22 с.

5. *Липченко Н. М.* Хронические перивентрикулярные энцефалиты и арахноидиты. — Москва, 1961. — 224 с.

6. *Маджидов Н. М., Зинченко А. П., Деменко В. Д.* Сотрясение головного мозга легкой степени. — Ташкент, 1980. — 204 с.

7. *Мачерет Е. Л., Самосюк И. З., Гаркуша Л. Г.* Церебральные арахноидиты.— Киев: Здоров'я, 1985.— 166 с.

8. *Соколова О. Н., Парфенова Н. Д., Осипова И. Л.* Оптохиазмальные арахноидиты. — Москва, 1990. — 192 с.

CORRELATIVE INTERACTIONS BETWEEN RHEOENCEPHALOGRAPHY AND NEUROOPHTHALMOLOGY DATA AT THE POSTINJUVED OPTOCHIASMATIC ARACHNOIDITIS

M. A. Gaevaya

Kharkiv Medical Academy of the Postgraduate Education

Kharkiv

Postinjured arachnoid cerebral is one the most frequent consequences of an enduved cranio-cerebrala trauma. Optochiasmatic arachnoiditis is one of the clinical forms of basalis localization.

The aim of the research was to study rheoencephalography indicators and neuroophthalmology breaks when a patient suffers from optochiasmatic arachnoiditis and to draw correlative dependence between the obtained results.

Forty patients were examined, every patient underwent the research of neurology status as well as rheoencephalography and neuroophthalmology research.

The comparison of the data of rheoencephalography and neuroophthalmoskopy gives the possibility to make a conclusion on adequacy between the level of haemo-movement brain and the form and character of the sight function. The obtained data prove that pathological process influences greatly the vascular system of brain.

The change of the vascular system of brain in its turn influences the neuroophthalmological indicators and the general clinical picture of the disease.

The results of neuroophthalmology research define to a great extent the character and the form of sight disorders from optochiasmatic arachnoiditis.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО ВТОРИЧНОГО СТВОЛОВОГО ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

В. И. Дарий

Запорожский государственный медицинский университет
г. Запорожье

Мозговой инсульт (МИ) представляет одну из главных проблем современной ангионеврологии, являясь основной причиной инвалидизации и смертности больных. Ведущую роль в течении МИ играет вторичное поражение стволовых структур, запускающее целую цепь патофизиологических сдвигов, влияющих на исход процесса [1, 2, 4, 6]. Вторичные нарушения в стволе могут носить как ишемический, так и геморрагический характер. Геморрагические изменения в стволе головного мозга, как правило, являются необратимыми и предопределяют неблагоприятный исход инсульта. В связи с этим определение характера вторичного стволового очага в остром периоде полушарного ишемического инсульта необходимо для оптимизации дифференцированной медикаментозной коррекции МИ и предупреждения его смертельных осложнений [2, 3, 4, 5].

Целью настоящей работы явилось выявление клинических особенностей вторичных стволовых кровоизлияний (ВСК) в остром периоде полушарного МИ и их отличий от вторичных стволовых ишемий (ВСИ).

Для достижения поставленной цели нами было обследовано 77 больных с полушарным мозговым ишемическим инсультом, из них 35 женщин и 42 мужчин, в возрасте от 39 до 72 лет, у которых отмечалась клиника вторичного стволового синдрома (ВСС), приведшего к летальному исходу. По патоморфологии вторичных стволовых изменений все умершие были разделены на две группы. Первую группу составили 28 больных, у которых при вскрытии в стволе обнаруживались вторичные некробиотические и ишемические нарушения. У 49 умерших второй группы при патологоанатомическом исследовании в стволе, на фоне мозаичных ишемически-некротических изменений, были обнаружены вторичные геморрагии в верхней трети покрышки и сердцевины моста, а также в мезенцефальных образованиях ствола.

Результаты проведенных исследований позволили выявить дополнительные дифференциальные клинические критерии ВСС ишемического и геморрагического типа.

Так, рассматривая структуру основного заболевания и сопутствующей патологии у лиц первой и второй групп, мы определили зависимость только между характером вторичных осложнений и сопутствующей патологией. Больные, у которых в анамнезе отмечались сахарный диабет или мерцательная аритмия, были склонны к возникновению вторичных ишемически-некротических изменений в стволе без геморрагических проявлений. Причем, различия в группах больных с ВСИ и ВСК по наличию в анамнезе сахарного диабета (соответственно 17,9 % и 0 %) и мерцательной аритмии (соответственно 32,1 % и 20,4 %) были достоверны ($p < 0,05$).

Ретроспективный анализ клинической структуры вторичного стволового синдрома показал особенности неврологической симптоматики в зависимости от его характера. Так, у больных с геморрагическим ВСС в дебюте заболевания чаще, чем при ишемическом, встречались больные с глубокими расстройствами сознания по типу сопор-кома (соответственно, 40,8 % и 21,4 %; достоверность $p < 0,05$).

Отличием являлось также преобладание частоты мезенцефально-понтинного уровня в фрагментарной структуре вторичного геморрагического стволового синдрома, выражавшегося в офтальмоплегических проявлениях различной степени выраженности. Офтальмоплегический синдром наблюдался у 46,9 % больных с ВСК, в то время как аналогичные изменения отмечались лишь у 14,3 % умерших с патоморфологической картиной вторичных ишемически-некротических изменений ствола. Эта закономерность базируется на достоверных показателях ($p < 0,05$).

Данный структурный аспект изменения уровня сознания и фрагментарных поражений ствола мозга, по всей видимости, объясняется патоморфологическим расположением вторичных стволовых кровоизлияний в мезенцефальной и верхнемостовой области, в центрах глазодвигательной иннервации и основных ретикулярных структур ствола, ответственных за уровень бодрствования.

Вместе с тем, бульбарный уровень поражения в сочетании с диэнцефальным в начале течения отмечался только при стволовых ишемиях, возникших вторично (14,3 %). В случаях вторичных стволовых геморрагий это сочетание синдромов в дебюте данных осложнений отсутствовало.

Анализируя изменения со стороны пирамидных нарушений и менингеального феномена, представляющего мышечно-тонические проявления в структуре ВСС, мы отмечаем различия в дебюте лишь по пирамидному синдрому. Так, при геморрагиях, возникающих вторично в ствол, отмечалась большая вероятность возникновения пирамидного синдрома, а именно, 53,1 % против 35,7 % при ишемическом вторичном очаге.

Изменения температурных реакций в зависимости от характера вторичного стволового осложнения также имело место при полушарном ишемическом

инсульте, чаще при ВСК — у 65,3 % больных и реже при ВСИ — у 39,2 % ($p < 0,05$). Вероятно, дислокация в тенториальное отверстие идет параллельно со смещением и прижатием гипоталамо-гипофизарных образований к костным структурам турецкого седла, вызывая тем самым компрессию диэнцефальных терморегуляционных центров, дисфункция которых и вызывает гипертермическую реакцию. Данный патомеханизм характерен для обоих типов вторичных стволовых осложнений. Однако зачастую вовлекаемые во вторичный геморрагический процесс мезенцефальные структуры имеют зоны перифокального отека, распространяющиеся и на близлежащие терморегуляторные центры гипоталамуса. Поэтому данный феномен при ВСК составляет еще одно патогенетическое звено, объясняющее большую частоту температурных нарушений.

При исследовании клинической структуры полушарного дефицита каких-либо особенностей течения данной семиологии в зависимости от характера вторичных стволовых расстройств мы не наблюдали.

В дальнейшем течении заболевания в двух группах больных имеется тенденция к нарастанию глубоких расстройств сознания, увеличению количества пораженных уровней ствола, т. е. некоторая стушеванность клинической картины отдельных признаков ВСС в зависимости от его очага. Однако при вторичных стволовых геморрагических осложнениях возрастает удельный вес пирамидных знаков (77,6 %), а при ишемическом стволовом они почти сохраняются на прежнем уровне (39,2 %). Помимо этого, менингеальный синдром у данной группы больных также имеет тенденцию к большему преобладанию в группе больных ВСК над ВСИ (соответственно 59,1 % и 39,2 %). Показатели отличий исследуемых групп больных математически достоверны ($p < 0,05$).

Исходя из вышеуказанного, а именно клинической структуры ВСС в дебюте и дальнейшем течении заболевания, следует отметить, что более распознаваем и хорошо прогнозируем характер ВСС именно в начальной стадии его развития, в конечной же стадии клиническая картина различных типов вторичных стволовых изменений стушевывается, а их дифференциальная диагностика затрудняется.

В итоге проведенных исследований можно выделить основные клинические признаки вторичных стволовых геморрагий и ишемий при мозговом полушарном ишемическом инсульте. Вторично осложненным геморрагиям в стволе присущи: глубокое нарушение сознания и наличие в структуре синдрома офтальмоплегических проявлений в дебюте вторичного осложнения; расстройство терморегуляции, двусторонние пирамидные знаки и менингеальный синдром. Для вторичных ишемических осложнений в стволе характерны: наличие в анамнезе сахарного диабета или мерцательной аритмии, незначительное снижение уровня бодрствования и присутствие сочетанного поражения диэнцефального и бульбарного уровней в начале возникновения вторичных осложнений.

Таким образом, у больных полушарным ишемическим инсультом при появлении признаков ВСС необходимо помнить об угрозе возникновения вторичных стволовых геморрагий, которые являются основой танатогенеза мозговой сосудистой катастрофы. Ювелирная диагностика указанных осложнений позволяет точнее сформировать комплекс дифференцированных антитромботических лечебных мероприятий на первых этапах ишемического полушарного инсульта, осложненного вторичным стволовым синдромом.

Литература:

1. *Віничук С. М.* Організація системи надання невідкладної медичної допомоги хворим, що перенесли інсульт // Український вісник психоневрології. — Том 4, випуск 3 (10). — Харків, 1996. — С. 18—19.

2. *Верещагин Н. В., Моргунов В. А., Гулевская Т. С.* Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии.— М.: Медицина, 1997. — 288 с.

3. *Дарий В. И., Туманский В. А.* Патоморфологические и клинические особенности вторичного стволового синдрома при мозговых инсультах. В кн: Материалы 6 конгресса патологов Украины. — Винница, 1998. — С. 65—68.

4. *Plum F., Posner J.* " The Diagnosis of Stupor and Coma ". 3 Ed. — F. A. Davis Company, Philadelphia, 1982.

5. T*arnowska-Dziduszko E., Ostrowska D.* // Neuropat. Pol., 1982. — 19. — № 3. — P. 307—322.

6. *Svendgaard N.-A., Arbab M. A.-R., Delgado T. J., Rosengren E.* Effect of selective lesions of medullary catecholamine nuclei on experimental cerebral vasospasm in the rat \\ J. Cerebr. Blood Flow Metab. — 1987.— Vol. 7, № 1. — P. 21—28.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS CHARACTERISTICS HEMORRHAGIC AND ISCHEMIC SECONDARY BRAINSTEM SYNDROM IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEMISPHERIC STROKE AT EARLY STAGE

V. I. Dariy

State Medical University
Zaporizhzhia

The article presents clinico-pathological characteristics of 77 patients with hemorrhagic (45 patients) and ischemic (28 patients) secondary brainstem syndrom (SBS) in case of ischemic hemispheric stroke. The data on the syndromes typology, clinical value and prognosis of acute brainstem disorders are presented. A differentiated approach to clinical and pathological analysis of acute hemorrhagic and ischemic SBS in ischemic hemispheric stroke is essential for adequate choice of medical management.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ОСНОВНЫХ ЦЕФАЛГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Е. П. Завальная

Харьковский государственный медицинский университет
г. Харьков

В настоящее время головная боль (ГБ) является одной из наиболее частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачам различных специальностей. Несмотря на огромное количество работ, проблема головной боли остается достаточно актуальной и сегодня, заслуживая внимание как исследователей, так и практических врачей [2, 4].

Созданная в 1988 году современная международная классификация головной боли выделяет следующие основные патогенетические типы головной боли: сосудистый, мышечного напряжения, ликвородинамический, невралгический, психалгический и смешанный [1, 3, 5].

Поскольку современная медицина не располагает методами объективной верификации головной боли, в ее диагностике решающее значение имеет семиотика цефалгического синдрома — совокупность признаков и особенностей проявления субъективных симптомов, излагаемых больным врачу в виде жалоб.

В связи с этим целью нашего исследования и явилось изучение патогенетических механизмов возникновения головной боли, а также изучение цефалгического синдрома на основе данных клинического обследования в группе больных, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

Нами было обследовано 148 человек — лиц мужского пола, подвергшихся облучению в зоне ЧАЭС в 1986—1987 гг., в возрасте от 25 до 45 лет и 20 человек практически здоровых контрольной группы.

Доза ионизирующей радиации, согласно документам лиц-ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, колебалась от 3,4 до 9,6 бэр. У всех лиц была замечена связь заболевания с радиационным облучением. Ведущей жалобой на момент первичного обследования больных являлась головная боль различного характера, в связи с чем были выделены 4 основные группы.

Первая группа включала в себя 64 человека (43,2 %) преимущественно с вазомоторными головными болями. В данную группу входили больные с диагнозом вегетососудистая дистония (ВСД) с начальными проявлениями недостаточности кровообращения и гипоксии мозга, находившиеся в зоне ЧАЭС короткое время и получившие незначительную дозу радиации до 6 бэр, а также ликвидаторы с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП 1 ст), получившие дозу облучения до 7,6 бэр.

Вторая группа включала в себя 21 человека (14,2 %) и характеризовалась головными болями мышечного напряжения (доза облучения до 4,3 бэр), патогенез которых связан с длительным напряжением мышц скальпа черепа.

Третью группу составили 47 человек со смешанным типом цефалгий (31,8 %), проявляющихся в двух формах, а именно: вазомоторно-мышечные цефалгии — 12,2 % (18 человек) и венозно-ликвородинамические (венозно-ликворные) головные боли — 19,6 % (29 человек). Доза облучения — до 9,8 бэр.

В четвертую группу были объединены больные с так называемыми психалгиями — головными болями нейрогенного характера, провоцирующимися и усугубляющимися эмоциональным фактором — 9,5 % (14 человек).

Характеристика основных цефалгических синдромов у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА) в зависимости от дозы полученной радиации и процента возникновения цефалгий представлена в таблице 1.

Таблица 1

Зависимость возникновения цефалгий от дозы полученной радиации

Тип цефалгий	Доза облучения	Количество больных
1. Вазомоторные:		4,32% (64 чел.)
а) ВСД;	до 6 бэр	18,9% (28 чел.)
б) ДЭП	до 7,6 бэр	24,3% (36 чел.)
2. Цефалгии нервно-мышечного напряжения	до 4,3 бэр	15,5% (23 чел.)
3. Смешанные:		31,7% (47 чел.)
а) вазомоторно-мышечные;	до 9,8 бэр	12,2% (18 чел.)
б) венозно-ликворные		19,6% (29 чел.)
4. Психалгии	до 3,2 бэр	9,46% (14 чел.)

У больных с диагнозом ВСД цефалгии чередовались с различных сторон, локализовались в лобно-височной, теменной, а также затылочной области. Чаще — приступообразного характера, возникали утром при пробуждении. Интенсивность головной боли не снижала работоспособности человека. По характеру — пульсирующая, ломящая, давящая головная боль провоцировалась эмоциональными напряжениями, физической нагрузкой или могла появляться без определенных причин. Сопровождалась, как правило, тошнотой (9,5 %), болью при дотрагивании к голове (7,2 %), отечностью лица

(12,6 %), повышенной раздражительностью (43,4 %). Облегчение наступало после приема анальгетиков. Наследственной предрасположенности не отмечалось. У 34,5 % цефалгии носили пароксизмальный характер и сопровождались болями в области сердца, сердцебиением, несистемным головокружением, тошнотой, "чувством страха", "тревоги", позывами на мочеиспускание, гипергидрозом, бледностью кожных покровов, обморочными состояниями (в виде вегетативных пароксизмов, чаще по типу симпатоадреналового криза).

На фоне ДЭП вазомоторные головные боли характеризовались двусторонней напряженностью, захватывая всю область головы, постоянным характером, снижающим работоспособность. Иногда цефалгии сопровождались онемением в области лица (12,7 %), верхних конечностей (21,6 %), слабостью в руках и ногах (18,3 %), головокружением (28,5 %), неустойчивостью (26,2 %), тошнотой (17,7 %), светобоязнью (5,2 %), желанием лечь (11,8 %), сердцебиением (26,1 %), болью в области сердца, эпигастрии (4,8 %), чувством нехватки воздуха (17,8 %), потливостью (15,9 %), страхом, тревогой.

Вторая группа, в которую входило 23 человека (15,5 %), характеризовалась головными болями мышечного напряжения (ГБН). Головная боль, чаще двусторонняя, локализовалась в лобно-височно-теменной области, носила постоянный характер, была монотонной и генерализованной. Как правило, появлялась во второй половине дня, ближе к вечеру. По интенсивности терпимая, сдавливающая, сжимающая с ощущением "каски" или "обруча" на голове. ГБН провоцировалась психо-эмоциональной или физической перегрузкой, метеорологическими колебаниями, длительной бессонницей или психотравмирующей ситуацией в семье. У больных появлялись желание лечь, чувство страха (11,2 %), общая слабость (19,7 %), зябкость кожи головы (17,4 %), болезненное ощущение при причесывании волос (16,9 %), боль сопровождалась побледнением лица (14,5 %) или покраснением лица, тошнотой (18,4 %), иногда рвотой (3 %), головокружением (65 %), ощущением распирания в ушах (11 %), шумом в голове (17 %), шаткостью походки (22,5 %), кардиалгиями (6,2 %), фотофобиями (5 %).

При анализе третьей группы смешанных головных болей, установлено, что вазомоторно-мышечные цефалгии (12,2 %) проявлялись в виде острой, сжимающей, пульсирующей боли, в виде "сетки" или "сжимающей резиновой шапочки", в лобно-височно-теменной области, захватывая всю голову. Как правило, боль появлялась в виде приступов, возникала несколько раз в неделю или даже среди дня в любое время суток. По интенсивности терпимая в 68,7 % случаев и в 31,3 % нетерпимая, головная боль сопровождалась онемением лица (7,4 %), кистей рук и стоп ног (14,8 %), покраснением или побледнением лица (12,3 %), чувством потери равновесия (15,2 %). Сопровождалась двигательным беспокойством (34,6 %), сердцебиением (22,6 %), колебанием пульса и артериального давления (32,1 %), потливостью (13,7 %), ознобом, покраснением глазных яблок, снижением настроения, бессонницей (18,6 %). Часто появление вазомоторно-мышечной боли провоцировалось конфликтами в семье, трудностями во взаимоотношениях на работе, употреблением алкоголя, курением, физическим и умственным перенапряжением.

Головная боль венозно-ликворо-динамического типа (19,6 %) по характеру была острая, ломящая, давящая, распирающая "изнутри кнаружи", с ощущением "обруча", "облегающего шлема", височно-теменно-затылочной локализации. Провоцировалась переменой погоды, физической нагрузкой, алкоголем, курением, длительным пребыванием в неудобной позе (наклон головы) (27,5 %), прерыванием сна, натуживанием, кашлем (14,7 %). Во время приступа сопровождалась часто рвотой (12,1 %), сердцебиением (8,2 %), колебанием АД (11,8 %), обморочными состояниями (9,7 %). Анальгетики не облегчали головную боль этого характера, а прием спазмолитиков и препаратов, улучшающих мозговой кровоток, облегчали состояние больных.

Последняя незначительная группа (9,6 %) характеризовалась так называемыми психалгиями. Чаще при обращении за медицинской помощью больные не могли объективно описать появившуюся головную боль. Цефалгии имели "опоясывающий характер", без точной локализации, чаще захватывая всю голову. Провоцировалась в 38,1 % случаев эмоциональным перенапряжением в результате неприятных сновидений, была терпимой, не снижала работоспособность, сопровождалась свето- и звукобоязнью (17,3 %), болью при дотрагивании к коже головы, кардиалгиями (8,6 %), эпигастральными болями (3,2 %). Больные были озадачены такими болями и часто связывали их с конфликтной ситуацией в семье или на работе. Их постоянно беспокоили чувство страха и тревоги за свое здоровье, неуверенность в своих действиях, потеря профессионализма, потенции. Все эти факторы больные связывали с пребыванием в 30-ти километровой зоне ЧАЭС и с дозой полученной радиации, которая, по их мнению, привела к развитию и прогрессированию болезни.

Таким образом, анализируя цефалгические синдромы у ЛПА на ЧАЭС, подвергшихся воздействию малых доз ионизирующего облучения в 1986—1987 гг., основываясь на международной классификации 1988 года [3, 5], можно отметить различный патогенетический характер возникновения головной боли. Основываясь на данных клинико-патогенетических механизмов основных цефалгических синдромов у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС с оценкой результатов методами электромиографии (ЭМГ), компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ), зрительно вызванных потенциалов (ЗВП) мозга, транскраниальной допплерографии (ТКДГ), реоэнцефало- и реовазографии (РВГ), головные боли у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС можно четко классифицировать.

Патогенетическая классификация головной боли представлена в таблице 2.

Таблица 2

Патогенетическая классификация головной боли

№ п/п	Типы головной боли	Патофизиологический механизм цефалгий
1	Вазомоторные: а) ВСД; б) ДПЭ	Спазм артерий, дилятация их, повышение артериального тонуса, недостаточность тонуса вен, тонуса артериол, гипоксия мозга, затруднение венозного оттока из магистральных и периферических сосудов (повышение внутреннего давления), реологические нарушения с замедлением кровотока
2	Нервно-мышечного напряжения	Генерализованные нейро-гуморальные сдвиги, влияющие на активацию передачи импульса в нервно-мышечном синапсе, приводящие к повышению мышечного тонуса.
3	Смешанная: а) вазомоторно-нервно-мышечные; б) венозно-ликворо-динамические	Комплексное воздействие сосудистого, нервно-мышечного, венозного и ликворо-динамического механизмов, нарушение венозного оттока. Избыточное кровенаполнение венозных сосудов, нарушение ликворо-циркуляции с повышением внутричерепного давления.
4	Психалгия (функциональная головная боль)	Эмоционально-волевая дисфункция, развитие астенического состояния, вегетативная лабильность, психологическое перенапряжение, отсутствие сосудистого, мышечного и ликвородинамического механизмов.

Представленные данные имеют важное значение для выбора правильного современного патогенетического лечения, что в дальнейшем даст возможность предупредить развитие основных органических синдромов поражения ЦНС и предотвратит раннюю инвалидизацию ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС.

Литература:

1. *Колосова О. А., Осипова В. В.* Классификация головной боли// Журн. невропат. и психиат. им. С. С. Корсакова. — 1996. — № 3. — С. 8—11.

2. *Шток В. Н.* Головная боль. — М.: Медицина, 1987. — 303 с.

3. Classification Committee of International Headache Society. Classification and Diagnostic Criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. Caphalgia, 1988. — № 8 (Suppl. 1.7). — P. 1—96.

4. *Олесен Дж.* Диагностика головной боли// Неврологический журн. — 1996. — № 3. — С. 4—11.

5 Procuding of the Ith International Headache Congress: Cephalalgia, 1995. — Vol. 15. — P. 14.

CLINICAL-PATHOGENETIC CORRELATION OF THE MAIN CEPHALALGIC SYNDROMS AMONG CHERNOBYL DISASTER'S LIQUIDATORS

E. P. Zavalnaya

Kharkiv State Medical University

Kharkiv

Basing on the findings of the clinical examination we found out different pathogenetic mechanism of the main cephalalgic syndroms origin among Chernobyl disasterÿs liquidators.

The characteristics of the main cephalalgic syndroms was made in accordance with received dose of radiation and percentage of cephalalgic appearings.

The data deal with the influence of radiation doses for all stages of the nervous system disturbance.

ПОКАЗНИКИ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З ВИЗНАЧЕНИМИ СТРУКТУРНИМИ ЗМІНАМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Є. Г. Кадук

Міська дитяча лікарня № 5
м. Харків

Епілепсія — одне з найчастіш спостерігаючих неврологічних захворювань. В більшості розвинутих країн щорічно реєструється 50—70 випадків захворюваності епілепсією на 100'000 населення. Розповсюдженість епілепсії в цілому складає 5 % серед всіх вікових груп [1]. Близько половини всіх випадків епілепсії починаються до 16-річного віку [2, 3], при цьому найбільший процент вперше судом приходиться на контингент дітей до 3 років — 41 % [4, 5]. Тому є перспективним дослідження патогенетичних механізмів, виявляючи нейрохімічні та імунні основи порушення біоелектричної активності та підвищення збудливості мозку при епілепсії в дитячому віці[6;7]. Однак робіт, відображаючих зміни імунної системи, здебільшого в поєднанні з структурними змінами головного мозку серед дитячого контингенту хворих недостатньо, що до впливу цих змін на перебіг хвороби у дітей.

Обстежено 21 хворий на епілепсію дитячого віку, вік обстежених становив від 1 року до 14 років, в середньому 8,3±4,1 рік. Термін перебігу захворювання реєструвався протягом 1—10 років (3,6±2,9 рік). Вперше визначені напади відмічалися в двох випадках. За контрольну групу правили 16 здорових дітей (середній вік — 7,4±3,7 рік).

Томографічне дослідження проводилося на магнитно-резонансному томографі "Образ-1", застосовуючи стандартні методики дослідження головного мозку. Набуті томограми оброблялися за єдиною методикою, порівнюючи з даними контрольної групи та вікових норм [8; 9]. Імунологічне дослідження включало загальний аналіз крові з проведенням тестів I та II рівнів з вивченням функції клітинних популяцій, вмісту імуноглобулінів і наявність аутоантитіл до антигену мозку [10]. За результатами клініко-неврологічного та електрофізіологічного обстежень хворих визначалися форми епілепсії за класифікацією Міжнародної протиепілептичної ліги, а також за Міжнародною класифікацією хвороб (1998) [11].

Первинногенералізовані форми захворювання відмічалися у 9 хворих (42,6 % випадків), локально зумовлені — 12 хворих(57,4 % випадків). Серед обстежених хворих тоніко-клонічні припадки зустрічалися в 52,4 % випадків, клоніко-тонічні судоми — в 4,76 % випадків. Тонічні судомні напади, абсанси та міоклонічні напади реєструвалися в рівної частоті випадків — 14,3 %. Атонічні припадки відзначалися в 9,52 % випадків. В 19,0 % випадків серед хворих виявлялося два та більш з різним характером нападів судом. Термін перебігу хвороби не перевищував десяти років. Вперше спостерігання нападів помічено у двох хворих. У 5 хворих захворювання спостерігалося протягом одного року, у 6 — на протязі трьох років, в 3 випадках — протягом п'яти років, в 5 випадках — від восьми до десяти років.

На магнитно-резонансних томограмах виявлялися перівентрікулярні гліозні осередки у 10 хворих (47,6 % випадки), незалежно від терміну перебігу хвороби. Інші структурні зміни мали різну представленість серед цих груп. Мілкі кісти в речовині мозку — 3 хворих (14,3 %). В 2 випадках (9,5 %) кісти локалізувалися в арахноїдальному просторі великих півкуль головного мозку. У двох хворих відзначена дісгенезія мозолястого тіла, в одному з цих випадків супроводжувалася познаками лейкомаляції речовини мозку. В одному з випадків у хворого виявлена гіпотрофія кіркових та підкіркових сполук, в іншому з випадків — признаки гіпотрофії лівої півкулі головного мозку, які відмічалися серед хворих з терміном захворювання понад 8-м років. Частіше структурні зміни відмічалися серед хворих з терміном перебігу хвороби понад три роки.

Дослідження показників імунологічного статуту визначало вірогідне ($P<0,01$) збільшення кількості лейкоцитів периферійної крові. Оцінюючи зміни популяцій клітин CD-3, виявлялося зниження відносного показника до 60,3+4,1 % вірогідно, а абсолютний зміст був підвищеним — 2,19+0,65·10/л при $P<0,01$. Поряд з цим вірогідно відзначено підвищення змісту клітин CD-4 до 53,7+3,6 % (1,17+0,35·10/л). Вміст клітин популяції CD-8 вірогідно був зниженим 14,1+4,9 % (0,32+0,17·10/л), що вплинуло на значне підвищення імунорегуляторного індексу до 4,4+1,9 ($P<0,01$). Також спостерігалося підвищення кількості бласттрансформуючих клітин.

Показники гуморальної ланки імунітету демонстрували підвищення змісту імуноглобулінів (Ig) класу G ($P<0,01$), в порівнянні з даними контрольної групи. Зміна показників змісту імуноглобулінів інших класів була недостовірною, проте мало місце незначне підвищення IgA та деяке зменшення IgM. Однак найбільш помітним були зміни співвідношення IgG/IgA, які зручніше використовувати для подальшого аналізу[12]. При підвищенні терміну перебігу захворювання епілепсією відмічається зниження співвідношення IgG/IgA, невірогідно, та помітне зростання IPI при $P<0,01$, завдяки депресії ланки CD8-лімфоцитів, що відбиває зниження супресорних реакцій імунітету (таблиця).

Таблиця

Показники імунорегуляторного індексу та співвідношення імуноглобулінів у хворих на епілепсію залежно від терміну перебігу хвороби

Термін перебігу хвороби	Імунорегуляторний індекс CD4/CD8	Співвідношення IgG/IgA
Вперше наявні напади	3,25±0,5*	8,84±0,53
На протязі одного року	3,28±0,7**	12,13±1,23
Протягом 3-х років	4,40±2,3**	12,29±3,84
Протягом 5-ти років	4,17±2,1**	11,29±2,57
Протягом 8—10 років	6,75±1,2**	10,09±4,19
Контрольна група	1,86±0,5	8,95±5,01

* — P<0,05; ** — P<0,01

Поряд з цим відзначалося й невірогідне зниження вмісту комплемента та підвищення вмісту циркулюючих імунних комплексів, перевищуючи дані контрольної групи в 1,6 разів. У всіх хворих на епілепсію відмічався позитивний тест проби на наявність антитіл до антигену головного мозку, що вказує на аутоімунний характер імунологічних змін.

Дослідження демонстрували серед всіх хворих наявність аутоімунних змін, пов'язаних із порушенням регуляторного впливу супресорної ланки лімфоцитів. З підвищенням терміну перебігу хвороби встановлено помітні цитоаутоімунні імунологічні зміни, що може бути пов'язане із станом гематоенцефалічного бар'єру [13].

Проведені дослідження продемонстрували наявність зниження впливу супресорної ланки імунітету, що призводить до цитоаутоімунних змін. Наявність цих змін погіршується з підвищенням перебігу хвороби. Тому застосування лікарських засобів, які впливають на цитоаутоімунні показники, може значно покращити перебіг хвороби та запобігти формуванню медикаментозорезистентних форм хвороби.

Література:

1. Общеевропейские стандарты помощи при эпилепсии. Сообщение комиссии ILAE: Brodie MJ, Shorvon D, Johannessen S, Halasz P, Reynolds A, Wieser HG, Wolf P; / Пер. с англ. Богачева Т. В. — Международные новости эпилепсии // Информ. бюлл. Международного Бюро Эпилепсии; Март/Апрель 1998, № 131.

2. *Кузнецов В. Н.* К вопросу организации психиатрической помощи детям с эпилептическими и другими пароксизмальными состояниями в Украине. // I международная конференция Украинской противоэпилептической лиги.— Киев, 22—24 мая, 1996.— С. 36.

3. *Appelton R. E.* Treatment of childhood epilepsy. Pharmac. Ther. Journal.— 1995, vol. 67, № 3, p. 419—431.

4. *Саган О., Мостовая Г., Ильченко К., Савченко Е.* К изучению распространения судорожных состояний у детей // I международная конференция Украинской противоэпилептической лиги.— Киев, 22—24 мая 1996.— С. 18.

5. *Hauser W. D., Anderson V. E., Lowenson R. B., McRoberts S. M.* Seizure recurrence after a first unprovoked seizure. New Engl. J. Med.,1982, № 307, p. 522—528.

6. *Годлевский Л. С., Шандра А. А.* Влияние электрической стимуляции зубчатого ядра мозжечка на комплексы электрических очагов в коре головного мозга // Бюлл. экспериментальной и клинической медицины, 1983; 95(4): 23—25 с.

7. *Акмаев И. Г.* Взаимодействие нервных, эндокринных и иммунных механизмов мозга // Журнал неврологии и психиатрии. — № 3. — 1998. С. 54—56.

8. *Верещагин Н. В., Брагина Л. К., Вавилов С. Б., Левина Г. Я.* Компьютерная томография мозга. — М.: Медицина, 1986.— С. 256.

9. *Truwit C L, Lempert T E. High Resolution.* Atlas of cranial neuroanatomy. — Baltimore, USA, 1994. — 672.

10. *Бебешко В. Г., Чумак А. А., Базыка Д. А., Беляева И. В.* Моноклональные антитела в клинической радиационной иммунологии: Метод. реком.— К., 1993.— 15 с.

11. Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-10. Підготовлена в Центрі медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України / Під ред. членакоресп. Академії медичних наук України, проф. Сердюка А. М. — 1998. — 308 с.

12. *Стефани Д. В., Вельтищев Ю. Е.* Клиническая иммунология и иммунопатология детского возраста / Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1996.— 384 с.

13. *Чернушенко Е. Ф., Когосова Л. С., Голубка Т. В., Гнатко Е. П.* Аутоиммунные процессы и их роль в клинике внутренних болезней. — К.: Здоров'я, 1985.— 160 с.

THE IMMUNOLOGICAL DATA AT CHILDREN WITH EPILEPSY WHOSE HAVE DISPLAYED THE STRUCTURAL CHANGES OF BRAIN

E. G. Kaduk

Municipal hospital for children № 5

Kharkiv

We investigated 21 children with different forms of epilepsy and long state disease. Morphological conditions of brain and immunological condition were researched at these patients. The researches of conducts showed the increase of the lymphocytes maintenance reliable when the interrelation of the cells with CD3,4,8 had been broken. There were the reliable rises of the immunoregulated index and the IgG maintenance, but the IgA contents were doubtfully reduced. When the disease duration was increasing the immunoregulated index was essential risen reliable and the exponent of IgG/IgA was doubtfully reduced. These facts demonstrated cytoimmunological changes at the children with epilepsy.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

И. Л. Левченко, А. В. Постников

**Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии
Областная детская клиническая больница № 1
г. Харьков**

Перинатальные поражения ЦНС — чрезвычайно важная медицинская проблема. При сохраняющейся тенденции к снижению рождаемости в Украине в последние годы каждый десятый ребенок родился в асфиксии или перенес внутриутробную гипоксию плода [6, 9, 13]. Асфиксия, внутричерепные кровоизлияния, родовая травма, возникающие в перинатальный период, являются ведущими причинами смертности детей до 1 года (35% в структуре детской смертности) [5]. "Пальму первенства" среди возрастающей инвалидности с детства многие годы удерживают поражения ЦНС. В 60—80% случаев причиной неврологических заболеваний детей старшего возраста являются перинатальные поражения мозга [4]. В основе как тяжелых, инвалидизирующих состояний, таких как ДЦП, эпилепсия, психорече-моторная ретардация, так и минимальных мозговых дисфункций лежат определенные морфологические повреждения.

Целью нашей работы было изучение морфологических особенностей головного мозга у детей, умерших от тяжелых геморрагических поражений мозга в неонатальном периоде и сопоставление морфологических находок с характером клинической картины для выявления возможных патогенетических механизмов повреждения.

Дети с генетически детерминированной и инфекционной патологией, врожденными пороками развития в исследование не включались.

Секционно нами был исследован мозг 23 новорожденных детей и проведено клинико-морфологическое сопоставление. Все обследованные были разделены на три группы. I группу (12 чел.) составили пациенты с множественными внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК) — 4 пациента, внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК) — 3 пациента, с субарахноидальными кровоизлияниями (САК) — 2 чел., с асфиксией с распространенными лептоменингеальными кровоизлияниями — 3 чел., из них трое доношенных и 9 недоношенных. Во II группу (6 чел.) вошли пациенты с субдуральными гематомами, из них 3 доношенных и 3 недоношенных ребенка. Дети с сочетанными гипоксически-геморрагическими поражениями (двусторонние кровоизлияния в боковые желудочки и перивентрикулярный некроз полушарий) были отнесены к III группе (5 чел.), из них 3 доношенных и 2 недоношенных.

В I группу вошли дети, рожденные в срок гестации (СГ) 34—35 нед. (5 детей) и 32 нед. (4 реб.). Доношенные дети перенесли асфиксию III степени (накладывание полостных акушерских щипцов, экстренное кесарево сечение, проведение реанимационных мероприятий). Ухудшение состояния детей, как правило, наблюдалось к середине 1-ых суток и могло проявляться остановкой дыхания, повторными клоническими судорогами, гиперестезией, стойкой тенденцией к брадикардии, горизонтальным нистагмом, узкими ареактивными зрачками, гипертонусом сгибателей рук, гипотонией других мышечных групп, симптомом "кукольных глаз".

На секции у таких детей обнаружены распространенные пятнистые лептоменингеальные кровоизлияния, т. е. клиническая картина соответствовала катастрофическому течению САК.

У 5 детей, рожденных в СГ 34—35 нед. был отягощен акушерский анамнез — анемия, хроническая внутриутробная гипоксия плода, применялась гормональная медикаментозная стимуляция в родах, тугое обвитие пуповины вокруг шеи. При рождении отмечался слабый крик, стон, мышечная гипотония, тремор конечностей, акроцианоз. У 2 детей ухудшение состояния наступило на 3-и сутки — появился раздраженный "мозговой" монотонный крик, "плавающие" движения глазных яблок, горизонтальный нистагм, генерализованное повышение экстензорного тонуса с приступами тонических судорог, спонтанные рефлексы Моро и Бабинского, приступы апноэ, тотальный цианоз, брадиаритмия. На 5 сутки — резкое снижение Hb, эритроцитов, в неврологическом статусе — кома III—IV степени.

На секции выявлены кровоизлияния в боковые желудочки с их тампонадой, у 2 детей в сочетании с крупноочаговым кровоизлиянием в левом полушарии, в области мозжечковой цистерны с прорывом в субдуральное пространство заднечерепной ямки (т. е. обнаружены пери-интравентрикулярные кровоизлияния III—IV степени по Volpe). У 3 других детей на 3 сутки жизни наблюдалась положительная динамика — улучшался мышечный тонус, появлялась реакция на осмотр, прекратились срыгивания, однако уже к концу 3-х суток наступило ухудшение — прекоматозное состояние, атония, адинамия, арефлексия (однако сухожильные рефлексы были оживлены), болезненная гримаса в ответ на болевые стимулы, мидриаз, расходящееся косоглазие.

По мере прогрессирования ВЧК появился гипертонус по спастическому типу (5—6 сутки), длительные апноэ, нарушения терморегуляции центрального генеза, брадикардия, полиорганная недостаточность (6—7 сутки). У детей данной группы значительно возрастали азотистые показатели, что отражало преобладание катаболических процессов в организме. Определялось выбухание большого родничка, темп прироста окружности головы значительно превышал

норму. Примечательно, что судорожный синдром, в отличие от гипоксических поражений, при которых он выступает на передний план, у детей с геморрагиями развивался в терминальной фазе болезни и часто проявлялся малыми эквивалентами, миоклониями отдельных мышечных групп.

На секции выявлены массивные кровоизлияния в боковые желудочки, распространенные субарахноидальные кровоизлияния в полушариях мозжечка, множественные мелкие перивентрикулярные кровоизлияния. Таким образом, наблюдалось волнообразное течение заболевания с резким ухудшением состояния после "светлого промежутка" (что также более характерно для геморрагических поражений).

У детей, рожденных от осложненной беременности (4 наблюдения) в сроки гестации 32 нед. и с оценкой по Апгар 1—5 баллов, отмечалось коматозное состояние, "плавающие" движения глазных яблок, акроцианоз, стойкий разлитой красный дермографизм, брадикардия. Дети находились на ИВЛ.

На секции обнаружены множественные внутричерепные кровоизлияния: лептоменингеальные кровоизлияния в мозжечке, очаговые — в больших полушариях, асимметричные ВЖК, у 2 детей — болезнь гиалиновых мембран.

Данный тип поражения хорошо диагностировался при жизни с помощью нейросонографии (НСГ) — определялись повышение эхогенности внутрижелудочкового хориоидального сплетения, перивентрикулярной зоны, расширение боковых, III желудочка, гипоэхогенные зоны за мозжечком в заднечерепной ямке.

Преобладание геморрагических повреждений мозга у недоношенных новорожденных связано со слабостью ауторегуляции мозгового кровообращения, т. е. мозговой кровоток пассивно следует за колебаниями АД, при этом увеличение мозговой перфузии сильнее выражено у недоношенных детей, перенесших асфиксию, чем у доношенных в подобном состоянии [12]. К развитию ВЖК также предрасполагают апноэ, судороги, гипогликемия, ацидоз, ИВЛ в жестких режимах [1].

Во II группу вошли дети с субдуральными гематомами. У 3 доношенных детей данное поражение было следствием родовой травмы: рождение в чисто ягодичном предлежании, затруднение при выведении головки, запрокидывании ручек, извлечение при наложении акушерских полостных щипцов. У недоношенных детей явных указаний в анамнезе на родовую травму не было. У 2 доношенных и 2 недоношенных детей обнаружены супратенториальные гематомы. В клинической картине к концу 2-х суток "мнимого благополучия" появлялось беспокойство, напряжение и выбухание переднего родничка, симптом Грефе, анизокория, отведение глазных яблок в сторону. По мере нарастания гематомы появлялись приступы вторичной асфиксии, брадикардия, судороги. У остальных детей этой группы клиническое течение было более тяжелым, отсутствовал "светлый промежуток", наблюдалась одышка до 70 раз в минуту, приступы тахикардии, сменявшиеся брадикардией, грубый вертикальный и ротаторный нистагм, симптом "закрытых глаз", тонические судороги, бульбарные расстройства.

На секции выявлены субтенториальные субдуральные гематомы в заднечерепной ямке, у 1 ребенка — с прорывом в субдуральное пространство шейно-грудного отдела спинного мозга, у другого — с разрывом налета мозжечка.

Все матери детей с геморрагическими поражениями мозга страдали экстрагенитальной патологией, в 2 случаях беременность индуцирована гормонально, имелись осложнения во время беременности и родов (рождение головки с ручкой, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, низкая оценка по шкале Апгар). В клинической картине синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в первые часы жизни сменился симптомом угнетения, длительными периодами апноэ, потребовавшими уже с 1—2 суток перевод детей на ИВЛ. Рано присоединялся судорожный синдром, грубые глазо-двигательные нарушения, полиорганная недостаточность. Более тяжелое, чем в I группе, клиническое течение усугублялось легочной патологией (двусторонний ателектаз легких, гиалиновые мембраны).

На секции как у доношенных, так и у недоношенных детей этой группы, выявлены двусторонние массивные кровоизлияния в боковые желудочки с их тампонадой и прорывом в IV желудочек и субдуральное пространство ЗЧЯ, двусторонний перивентрикулярный некроз головного мозга.

У доношенных детей II группы при секционном исследовании в периваскулярной зоне перивентрикулярно были обнаружены остатки нередуцированного герминативного матрикса, и у 1 ребенка из I группы — уменьшение объема и массы мозга (менее 2σ), что сочеталось со снижением глубины извилин, уменьшением количества вторичных борозд. Эти дети родились доношенными, но незрелыми к сроку гестации и имели признаки задержки внутриутробного развития по гипотрофическому, гипопластическому или диспластическому типу (т. е. в сочетании с множественными малыми аномалиями развития (МАР)). Данные признаки можно расценивать как проявление морфологической незрелости. По данным литературы [15] дети, родившиеся с малой массой тела, чаще имели несоответствие между развитием моторных и речевых функций, чем дети с нормальной массой тела при рождении. У доношенных с задержкой внутриутробного развития снижен уровень антиоксидантной защиты, более активны процессы ПОЛ. Персистирование структур эмбрионального матрикса может создавать условия для его повреждения в родах.

Оказалась интересной диссоциация между высокой оценкой по шкале Апгар с выраженными морфологическими изменениями у некоторых детей. Вне зоны непосредственных грубых повреждений мозга в отдаленных участках обнаруживались изменения стенок сосудов (набухание и разрыхление эндотелия капилляров, утолщение стенок отдельных мелких сосудов), колбовидные утолщения и фрагментация миелиновых волокон, появление пенистых макрофагов, пролиферация астроцитов, уменьшение численной плотности нейронов; причем данные изменения были выражены неравномерно. Такие повреждения, по нашему мнению, предположительно могли наступить антенатально, что обусловило "предуготован-

ность мозга" к поражению во время родов. Подобные изменения описывались и в литературе [2, 3, 16]. В последнее время развитие церебрального паралича связывают скорее с непредотвратимыми пренатальными проблемами, кратковременными эпизодами внутриматочной ишемии, чем с асфиксией при рождении [2, 18]. Уменьшение размеров нервных клеток и их ядер в тормозных структурах ЦНС — морфологический субстрат минимальных мозговых дисфункций [3]. Однако, антенатальные повреждения мозга в настоящее время нуждаются в дальнейшем изучении.

Таким образом, геморрагические повреждения несомненно являются важным причинным фактором перинатальной смертности.

Литература

1. *Антонов А. Г., Буркова А. С., Байбарина Е. Н.* Пери- и интравентрикулярные кровоизлияния у новорожденных: профилактика их возникновения и прогрессирования // Педиатрия. — 1996. — № 5. — С. 39—42.

2. *Барашнев Ю. И.* Компенсация нарушенных функций центральной нервной системы и значение стимулирующей терапии при перинатальных повреждениях головного мозга у новорожденных // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 1997. — № 6. — С. 7—13.

3. *Барашнев Ю. И., Лицев А. Э.* К генезу минимальных мозговых дисфункций у детей // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 1995. — № 6. —С. 11—17.

4. *Евсюкова И. И.* Клинические и нейрофизиологические аспекты прогноза последствий для здоровья ребенка неблагоприятных воздействий в период его внутриутробного развития // Международные медицинские обзоры. — 1994. — Т. 2. — № 3. — С. 163—168.

5. Здоров'я дітей та жінок в Україні (доповідь-звіт за результатами роботи над проектом "Українська ініціатива з охорони здоров'я"). — Київ, 1997.

6. *Крыжановский Г. Н.* Общая патофизиология нервной системы. — М.: Медицина, 1997.

7. *Обербауэр Р.* Субдуральные гематомы у детей // Ж. неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 1994.— С. 23—27.

8. *Озерова О. Е., Буркова А. С., Бубнова Н. И.* Возможности эхоэнцефалографии в диагностике гипоксически-ишемических повреждений головного мозга у доношенных новорожденных // Педиатрия. — 1998. — № 5. — С. 19—25.

9. *Пальнек А. Б., Дубинина Е. Е.* Комплексная диагностика перивентрикулярной лейкомаляции // Международные медицинские обзоры. — 1994. — Т. 2. — № 3. — С. 184—188.

10. *Поморцев А. В., Кострикова О. Ю. с соавт.* Отдаленные результаты психомоторного развития детей, перенесших перинатальную пост-гипоксическую энцефалопатию // Педиатрия. — 1998. — № 5. — С. 25—29.

11. *Самсыгина Г. А.* Гипоксическое поражение центральной нервной системы у новорожденных детей: клиника, диагностика, лечение // Педиатрия. — 1996. — № 5. — С. 74—77.

12. *Сугак А. Б., Дворяновский И. В., Сударова О. А.* Оценка мозгового кровотока у новорожденных методом допплерографии // Ультразвуковая диагностика. — 1998. — № 1. — С. 35—41.

13. *Суліма О. Г.* Аналіз діяльності неонатальної служби в Україні за 1997 рік. — Київ, 1998. — 10 с.

14. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей.— Київ.— 1995.— С. 32—36, 53—55.

15. *Фазель Хамиз.* Особливості перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту в неонатальному періоді у дітей з малою масою тіла // ПАГ. — 1998. — № 5. — С. 43—46.

16. *Флеминг П., Спидель Б., Марлоу Н., Данн П.* Краткое руководство по неонатологии / Под ред. Т. М. Эверстовой. — М.,1994.

17. *Хацкель С. Б.* Возможности прогнозирования степени нарушения развития детей с перинатальными повреждениями головного мозга на основании оценки уровня стигматизации // Международные медицинские обзоры.— 1994. — Т. 2. — № 3. — С. 194—197.

18. *Хоримото М., Коянаги Т с соавт.* Возможна ли детекция нарушений головного мозга in vitro посредством определения поведенческих паттернов? // Международные медицинские обзоры. — 1994. — Т. 2. — № 3. — С. 178—183.

19. *Vanicci R. C.* // Seminars in perinatology. — 1995. — V. 17. — No. 5. — P. 330—337.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL COMPARISONS IN CHILDREN WITH HAEMORRAGICAL BRAIN INJURIES DURING THE NEONATAL PERIOD

I. L. Levchenko, A. V. Postnikov

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology & Psychiatry
Regional Children Clinical Hospital no. 1
Kharkiv

Stays appearing during the perinatal period are the leading cause of children mortality before 1 year. In 60—80% perinatal brain damages are the main cause for neurological diseases of children of older age. The aim of this work was an investigation of morphological brain peculiarities in children died because of haemorragical brain injuries during the neonatal period. The clinical morphological comparisons were performed.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

А. В. Лысенко

Запорожский институт усовершенствования врачей
г. Запорожье

Анализ источников научной информации свидетельствует о том, что среди общей неврологической заболеваемости взрослого населения заболевания периферической нервной системы составляют 48—52 %, в большинстве случаев являясь основной причиной длительной нетрудоспособности, а иногда и инвалидности. Одно из ведущих мест принадлежит вертеброгенной шейно-грудной патологии. До настоящего времени еще недостаточно изучены клинические особенности миофасциальных проявлений шейно-грудной локализации, их связи с экстравертебральными проявлениями.

В связи с этим целью настоящей работы явилось выявление клинических особенностей отдельных миофасциальных синдромов шейно-грудной локализации. Для достижения поставленной цели было проведено комплексное клинико-электрофизиологическое исследование, включающее: детальный вертеброневрологический осмотр с мануально-мышечным тестированием (ММТ), рентгеносподилографии, реовазографии (РВГ), реоэнцефалографии (РЭГ).

Под нашим наблюдением находилось 73 больных с вертеброгенной патологией, лечившихся в неврологическом отделении Васильевской ЦРБ. При исследовании были выявлены миофасциальные синдромы (МФС) шейно-грудной локализации. Среди обследованных мужчин было 32 (43,8 %), 41 женщина (56,1 %). Большинство больных составляли лица трудоспособного возраста не старше 45 лет. Из них 43 пациента (58,9 %) занимались тяжелым физическим трудом (в сельском хозяйстве, строительстве), а 19 больных (26,1 %) занимались умственным трудом. Кроме того у 68 человек (93,1 %) условия труда были сопряжены с длительным вынужденным положением. У 67 больных (91,7 %) длительность заболевания была не более 5 лет. У 58 пациентов (79,4 %) отмечено постепенное начало процесса и у 62 больных (84,9 %) течение было хроническим. Провоцирующими факторами заболевания у 61 пациента (83,6 %) явились физическое перенапряжение и переохлаждение.

Все больные с миофасциальными проявлениями предъявляли жалобы на боли тупого и сжимающего характера, сопровождающиеся чувством "стягивания", "сжимания" в зоне пораженных мышц.

Изменение конфигурации позвоночника определялось у 59 больных (80,8 %), из них гиперкифоз грудного отдела был у 35 больных (47,9 %), мышечно-сколиотическая деформация позвоночника — у 24 больных (32,8 %). Ограничение движения в шейно-грудном отделе вследствие функционального блокирования позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) были следующими: C2-C5 — 27 больных (36,9 %), C6-Th — 23 пациента (31,5 %), 12 больных (16,4 %) — средне-грудной уровень (Th-3 — Th-6), нижне-грудной и верхне-поясничный (Th-7 — L2) — у 8 больных (10,9 %). Расстройство чувствительности, чаще в виде гипоалгезии, наблюдалось всего у 12 больных (16,4 %), в зонах наибольшей болезненности.

Для объективизации конкретного миофасциального синдрома проводилось мануально-мышечное тестирование мышечно-связочного аппарата.

Гипертонус мышц определялся по III степеням. (Попелянский А. Я., Попелянский Я. Ю., 1985 г.):

При пальпации мышц определялись локальные, точечные уплотнения, которые мы расценивали как триггерные зоны. Отраженная боль от этой зоны носила продолжительный и тупой характер, интенсивность была от неприятных ощущений до выраженных. Степень болезненности миофасциальных структур оценивалась количественно и выражалась коэффициентом вибрационной отдачи (КВО), который представлял собой сумму степени болезненности исследуемого участка, продолжительность боли при его перкуторном раздражении и степени иррадиации болевых ощущений.

Важное место в обследовании вертеброгенных больных с миофасциальными синдромами (МФС) занимает рентгеноспондилография. При помощи этого метода определялись дегенеративно-дистрофические процессы позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондило-спондилез, артроз позвоночно-реберных сочленений). Всем пациентам проводилась рентгеноспондиография шейного и грудного отдела в двух проекциях — прямой и боковой. При наличии признаков нестабильности осуществлялось функциональное исследование в боковой проекции, в положении сгибания и разгибания. У всех больных рентгенологически верифицирована дегенеративно-дистрофическая патология (ДДП) позвоночника в виде: остеохондроза, деформирующего спондилеза и спондилоартроза.

С целью верификации выраженности болевых проявлений, а также их динамики под воздействием комплексного лечения, нами проводилось изучение функциональных структур головного мозга и регистрация биопотенциалов методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) с помощью компьютерной энцефалографической системы фирмы "ДХ-системы", г. Харьков. Исследование проводилось по биполярной методике. Анализ полученных электроэнцефалограмм проводился визуально, а также вычислялись количественные показатели активности нейронов головного мозга по классификации Е. А. Жирмунской. Визуальный, качественный и количественный анализ основных параметров ЭЭГ у больных с МФС показал, что в большинстве случаев на ЭЭГ выявлялись диффузные изменения электрогенеза головного мозга, которые свидетельствовали о функциональных сдвигах в срединных структурах (ретикулярных, гипоталамических, височных).

У больных с МФС шейно-грудной локализации изучалось состояние церебральной гемодинамики в

вертебробазиллярном бассейне с помощью РЭГ, которая проводилась на компьютерной реоэнцефалографической системе "Регина", г. Харьков. Всего было обследовано 53 больных (72,6 %). Анализ РЭГ проводился количественно и качественно. При качественной оценке учитывалась форма кривой, выраженность дополнительных волн на катакротической части, наличие венозных волн. При визуальной оценке РЭГ у большинство больных отмечались разнообразные изменения формы кривой. Гипертонический тип кривой определялся у 38 (71,6 %), гипотонический — у 12 пациентов (22,6 %), нормальный тип кривой — у 13 больных (24,5 %). Полученные данные РЭГ свидетельствуют о том, что при миофасциальных синдромах шейно-грудной локализации имелись церебро-васкулярные изменения в виде повышения или понижения сосудистого тонуса, а также дефицит и асимметрия кровенаполнения в вертебробазиллярном бассейне.

Оценка состояния периферической гемодинамики проводилась с помощью реовазографии (РВГ) сосудов верхних конечностей. РВГ осуществлялась на той же компьютерной системе "Регина", что и РЭГ. РВГ предплечий была проведена у 38 больных (52,1 %) с проявлением вертеброгенной патологии шейно-грудной локализации. Проводился качественный и количественный анализ реовазограмм. При визуальной оценке обращали внимание на форму кривой, расположение дополнительных волн на катакротической части волны, наличие венозной волны. РВГ у 25 больных (65,7 %) было выявлено повышение сосудистого тонуса, у 13 больных (34,2 %) — сниженный тонус. У 31 больного (81,5 %) определялся дефицит кровенаполнения. Только у 7 больных (18,9 %) РВГ без патологий. Контролем служили результаты обследования 15 здоровых лиц. Приведенные данные РВГ свидетельствуют об изменениях периферической гемодинамики и вегетативной нервной системы при миофасциальных синдромах.

Общими для всех МФС шейно-грудной локализации были:

— локальная боль в зоне миофасциальных проявлений, отраженная боль, провоцирующаяся нагрузкой, триггерные точки, локальный гипертонус и общая мышечная утомляемость.

Чаще при пальпации напряженной мышцы определялись миофасциальные локусы, которые мы расценивали как триггерные точки. При воздействии на эти точки у всех больных наблюдалась отраженная боль в перифокальной зоне. По локализации, в большинстве случаев, миофасциальные локусы определялись в местах перехода мышц в сухожилия, реже — в толще мышечного брюшка. Характерным также являлась вегетативная окраска боли, особенно при локализации миофасциальных локусов в мышцах шеи. Чаще в пораженных мышцах определялось несколько миофасциальных локусов, различных по размерам (в среднем 1—3 мм) и консистенции.

В результате проведенных клинико-электрофизиологических исследований мы сделали следующие выводы.

1. Мышечно-фасциальные синдромы шейно-грудной локализации имеют свои клинические особенности, которые необходимо учитывать для назначения адекватной терапии, преимущественно немедикаментозной.

2. Чаще МФС определяются у лиц трудоспособного возраста 25—55 лет (93,1 %).

3. Для большинства больных характерна относительно небольшая продолжительность заболевания до 5 лет (91,7 %).

4. МФС проявляются в виде мышечных локусов, локальной болью, чаще тупого и сжимающего характера, триггерными точками, которые чаще располагаются в центре мышцы и в местах прикрепления сухожилий.

5. Для большинства мышечно-фасциальных синдромов шейно-грудной локализации характерны функциональные изменения электрогенеза головного мозга, цереброваскулярные изменения в ВБС, нарушение периферической гемодинамики.

Выявленные клинические особенности МФС шейно-грудной локализации необходимо учитывать при диагностике врачам в клинической практике.

Литература:

1. *Заславский Е. С.* Болевые мышечные синдромы в области плечевого пояса, руки и грудной клетки / Метод. реком. — Новокузнецк, 1982.— 70 с.

2. *Иваничев Г. А.* Болезненные мышечные уплотнения.— Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1990. — 158 стр.

3. *Клименко А. В., Козелкин А. А.* Особенности неврологических синдромов при сочетании вертеброгенной и соматической патологии (II международный конгресс вертебрологов): Тез. докл.— Казань, 1992.—С. 50—51.

4. Традиционные методы лечения больных остеохондрозом позвоночника (*Скоромец А. А., Клименко А. В., Сулим Н. И. и др.)* / Под ред. Скоромца А. А., Клименко А. В. — Кемерово: Народная медицина, 1993. — 304 стр.

5. *Тревел Д. Симпсон.* Миофасциальные боли.— М: Медицина, 1989.

6. *Greenman P. E.* Principles of manual medicine // Williams Wilkins, Baltimore, 1989. — 290 p.

7. *Edward S.* Rachlin Myofascial Pain and Fibromyalgia // Mosby, N. York. — 1993. — 545 p.

8. *Travell JG, Simons DG*: Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual, Baltimore, 1983, Wiiliams & Wilkins.

CLINICAL PECULARITIES OF MYOFASCIAL SYNDROMS OF CERVICAL-THORACIC LOCALISATION

A. V. Lyssenko

Zaporizhzhia Postgraduate Medical Institute

Zaporizhzhia

73 patients were observed suffering from myofascial syndroms of cervical — thoracic localisation. The complex clinical — electrophisiological studies were carried out with the use of roentgeno spondylography, reoencephalography, encephalography, reovasography. Clinical specificities of myofascial syndroms were revealet which should be taken into account under diagnostics in order to prescribe adequate, chiefly nonmedicinal treatment.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ДЦП ДО І ПІСЛЯ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Г. П. Лунь

Інститут проблем медичної реабілітації
Львів

Функція дихання і робота серця є основними функціями організму, які забезпечують його життєдіяльність. Проведені нами раніше дослідження (В. І. Козявкін, Т. Ф. Потабенко 1991, Г. П. Лунь 1997) показали, що у хворих на ДЦП мають місце значні порушення функції зовнішнього дихання, які пов'язані зі сповільненим або затриманим розвитком кістково-м'язевого скелету, утвореними в процесі життя деформаціями грудної клітки, хребта, м'язів, зміною їх функцій, поступлення патологічної іритації до дихального центру.

Метою даної роботи було визначення стану серцево-судинної системи у хворих на ДЦП та толерантності її до фізичних навантажень в період інтенсивної реабілітації. Застосовані клінічні методи обстеження та запис ЕКГ на 12-канальному електрокардіографі фірми "Сіменс" в 3-ох стандартних, 3-ох підсилених та 6 грудних відведеннях з комп'ютерною обробкою отриманих даних.

Під спостереженням знаходилося 170 хворих на ДЦП у віці з 7 до 24 років. Серед них було 97 жінок, 73 чоловіків. У 87 пацієнтів хвороба проявлялася тетрапарезом, у 48 — парапарезом, у 35 — геміпарезом.

32,7 % пацієнтів мали нормальну частоту серцевих скорочень, у 62,3 % була виражена схильність до тахікардії і лише у 6 % до брадікардії. Для 34,6 % хворих була характерна аритмія, яка моделювалася актом дихання — дихальна аритмія без спеціальної відмінності по підгрупах обстежених. Аускультативно у 83 % пацієнтів були виявлені нормальні серцеві тони, приглушені серцеві тони спостерігалися у 16,6 %. Систолічний шум виявлено у 12,6 % пацієнтів, з них у 89,5 % — функціональний.

Таблиця 1

Середня частота пульсу у хворих на ДЦП в залежності від віку (M+m)

Вік, роки	ТП	ПП	ГП
7—9	120±1,76	118±2,12	118±2,21
10—13	100±1,88	100±1,98	98±1,67
14—17	94±1,69	92±1,74	92±1,83
18	92±1,76	92±1,89	92±1,77
Старше 18	90±1,99	90±1,91	90±1,79

Як відомо, у людини, особливо у дітей, пульс є дуже лабільним показником гемодинаміки. Частота його залежить від віку і змін, що зв'язані з ростом і розвитком (наростанням м'язевої маси і рухових навиків), факторів зовнішнього (температура зовнішнього середовища, голод, стрес) і внутрішнього (гострі і хронічні захворювання) впливів. В групі обстежених хворих, з характерною для них малою руховою активністю і затримкою моторного розвитку, середня частота пульсу була підвищеною у кожній віковій групі і коливалася в межах 118±2,12—120±1,76 — у молодшій та до 90±1,79—92±1,89 — у старшій вікових групах (таблиця 1).

Відношення частоти серцевих скорочень до частоти дихань була в межах 1:4.

Частота серцевих скорочень при навантаженні вивчалася за допомогою функціональної проби по Н. А. Шалкову на 20 пацієнтах з спастичним парапарезом у віковій групі від 14 до 18 років, які могли самостійно сісти з лежачого положення. Давалося завдання 5 разів сісти з лежачого положення, після чого вимірювався пульсометром пульс за 10 сек відразу, через 3 хв, через 5 хв, через 10 хв. До навантаження пульс був в межах 16±1,63 за 10 сек. При навантаженні відмічалася тенденція до зростання пульсу на 3±1,84 у 9 чол., на 4±1,69 у 7 чол., на 5±1,81 у 4 чол. Через 3 хвилини пульс нормалізувався у 4 чол., через 5 хв — у 9 чол., через 10 хв ще у 5 чол. даної групи обстежених, у 2 хворих пульс прийшов до вихідного рівня за 12 хв. Хворі під час обстеження скарг не пред'являли. Отже, можна зробити висновок, що у даної категорії хворих з обмеженими моторними можливостями є схильність до подовження періоду відновлення і знижена толерантність до фізичних навантажень.

Результати даних ЕКГ у обстеженої групи пацієнтів наведені у таблиці 2.

У 41,9 % пацієнтів переважав помотопний синусовий ритм. Порушення функції автоматизму проявлялося у вигляді синусової тахікардії і синусової аритмії. У хворих тетрапарезом ці прояви зустрічалися частіше, ніж при парапарезі і геміпарезі: синусова аритмія відповідно 36,6 %, 15 % і 20,5 %, синусова тахікардія відповідно 45,1 %, 27,5 % і 15,4 % (таблиця 2). При синусовій тахікардії послідовність зубців RR не була змінена, відстань між ними скорочувалася за рахунок інтервалу T — P, відмічалось деяке здовження Q — T, незначне зміщення сегмента ST. Для синусової аритмії було характерно періодичне вкорочення і подовження інтервалів RR залежно від фаз дихання.

Електрична вісь серця була відхилена вправо у 22,6 %, вліво — у 12,9 % і не відхилялася у 64,5 % обстежених. Найчастіше зустрічалася напіввертикальна позиція серця — у 45,1 %, рідше — проміжна — у 22,5 % та вертикальна — у 19,3 %, та рідко горизонтальна і напівгоризонтальна — у 6,4 % пацієнтів. Перехідна зона в основному спостерігалась у V3 (48,3 %), у V2 (45,1 %) здебільшого за рахунок хворих тетрапарезом (74,6 %) і парапарезом (22,5 %).

Таблиця 2

Основні характеристики ЕКГ, що виявлені у хворих на ДЦП

Характеристики ЕКГ	ТП n %	ПП n %	ГП n %	Всього n %
Ритм				
Синусовий	21 (29,6%)	22 (55%)	19 (48,7%)	62 (41,9%)
Синусова аритмія	26 (36,6%)	6 (15%)	8 20,5%)	40 (25,8%)
Синусова тахікардія	32 (45,1%)	11 (27,5%)	6 (15,4%)	49 (32,3%)
Відхилення електричної вісі:				
Вправо	24 (33,8%)	6 (15%)	4 (10,3%)	34 (22,6%)
Вліво	11 (15,5%)	3 (7,5%)	5 (12,8%)	19 (12,9%)
Не відхилена	36 (50,7%)	21 (77,5%)	30 (76,9%)	97 (64,5%)
Позиція серця				
Напіввертик.	34 (47,9%)	19 (47,5%)	15 (38,5%)	68 (45,1%)
Проміжна	14 (19,7%)	11 (27,5%)	9 (23,1%)	34 (22,5%)
Вертикальна	17 (23,9%)	4 (10%)	7 (17,9%)	28 (19,3%)
Напівгоризонт.		3 (7,5%)	7 (17,9%)	10 (6,4%)
Горизонтальна	6 (8,5%)	3 (7,5%)	1 (2,6%)	10 (6,4%)
Перехідна зона				
V2	53 (74,6%)	9 (22,5%)	5 (12,8%0	67 (45,1%)
V3	9 (12,7%)	30 (75%)	34 (87,2%)	73 (48,3%)
V4	9 (12,7%)	1 (2,5%)		10 (6,4)
Систолічний показник				
Підвищений на 2—18 %	63 (88,7%)	37 (92,5%)	35 (89,7%)	135 (90,3%)
Понижений на 2—4 %	8 (11,3%)	3 (7,5%)	4 (10,3%)	15 (9,6%)

Співвідношення довжини систоли і тривалості серцевого циклу (систолічний показник) у 90,3 % хворих був підвищений на 2 % — 18 %. У 9,6 % хворих цей показник був знижений на 2 % — 4 % без залежності від форми захворювання.

Порушення функції провідності зустрічалося у 3,2 % хворих по типу блокади правої ніжки пучка Гіса — розширення комплексу QRS до 0,12 сек, електрична вісь серця помірно була відхилена вправо, у правих грудних відведеннях реєструвався високий розширений R, а в лівих — розширений зубець S. Функціональну слабість міокарду було виявлено по низькому деформованому Tv3 у 35,4 % хворих, гіпоксичні зміни міокарду по високих, гострих Tv2-4, Tv3-5 у 22 % випадків, а також порушення реполяризації у 6,4 % пацієнтів (Tv5-6 низький).

Всі хворі отримали індивідуальний комплекс інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації за д. м. н. В. І. Козявкіним, який включає мануальну корекцію хребта і великих суглобів, рефлексотерапію, апітерапію, масаж, лікувальну фізкультуру, механотерапію і ритмічну гімнастику.

Внаслідок отриманого лікування у хворих відмічалося зменшення частоти проявів синусової аритмії і синусової тахікардії відповідно до 16,7 % і 2,5 % за рахунок подовження інтервалу Т — Р, ритмічності і врівноваженості фаз дихання. Прояви гіпоксичних змін міокарду зменшилися у половини пацієнтів за рахунок зниження зубця Т в 2—4, 3—5 грудних відведеннях. Функціональну слабкість міокарду після лікування було виявлено вже тільки у 26,9 % хворих. Нормальною ЕКГ стала у 31,2 % пацієнтів.

Отже, у хворих із спастичними формами ДЦП до проведення курсу відновної терапії ЕКГ була нормальною лише у 19,3 % хворих. Переважно виявилися зміни, зв'язані з функціональною слабкістю та гіпоксією міокарду, порушенням функції автоматизму у вигляді синусової тахікардії і синосувої аритмії та порушення реполяризації.

Можна приспустити, що виявлені зміни свідчать про зниження функціональних можливостей серцево-судинної системи, що погіршує кровообіг і порушує функцію органів і систем, в першу чергу ЦНС.

Під впливом системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації зменшуються прояви синусової тахікардії і синусової аритмії, хронічної гіпоксії і функціональної слабості міокарду, збільшується кількість нормальних ЕКГ. Таким чином методика може бути використана для лікування функціональних порушень роботи серця не тільки у хворих з органічними ураженнями первової системи, але й при інших захворюваннях.

CONDITION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM AT THE PATIENTS BY CHILDREN'S CEREBRAL PARALYSIS BEFORE AND AFTER INTENSIVE NEUROPHYSIOLOGICAL REABILITATION

G. P. Lun

Institute of problems of a medical aftertreatment

Lviv

On the basis of the analysis 170 patients were investigated parameters reflecting a condition of cardiovascular system at the patients CCP (frequency of cardiac reductions, rhythm, deviation of an electrical axis, position of heart, transitive zone and systolic parameter). The research of these parameters under influence of system intensive neurophysiological of an aftertreatment testified to their positive dynamics.

КИСЛОТНО-ЛУЖНИЙ СТАН КРОВІ ТА ОБ'ЄМНИЙ ТРАНСПОРТ КИСНЮ ПРИ ГІПОКСИЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЦНС ПЛОДУ У ВАГІТНИХ ВИСОКОГО РИЗИКУ

О. В. Мерцалова

Харківський державний медичний університет
м. Харків

На усіх етапах розвитку клінічної та соціальної медицини проблема перинатальних пошкоджень мозку посідає особливе місце, оскільки саме вона є однією з найбільш частих причин перинатальної смертності та інвалідності з дитинства [1]. У сучасному акушерстві вважається загально-прийнятим той факт, що провідною причиною уражень центральної нервової системи плоду є гіпоксія плоду й асфіксія новонароджених [4, 12].

Визначення поняття "гіпоксія плоду" має певні труднощі, оскільки різноманітно тлумачиться різними авторами [6]. Зараз пропонується внутрішньоутробною гіпоксією плоду вважати стан, який розвивається внаслідок гострого або хронічного порушення матково-плацентарного або плодово-плацентарного кровообігу у вагітних високого ризику [8, 9, 10]. При цьому під вагітністю високого ризику розуміють таку вагітність, коли весь період внутрішньоутробного розвитку плоду тривав на тлі мультифакторіальних негативних впливів (гестози, мимовольні викидні, мертвонародження, звичне невиношування і т. ін.) [2]. За даними деяких авторів [11] гіпоксичний стан плоду супроводжується ацедимією і гіперкапнією. Однак, до теперішнього часу свідчення з цього питання мають розпорошений характер, а характер параметрів ацидозу (pH, pO_2, pCO_2) при різних варіантах гіпоксичних уражень ЦНС плоду дотепер не вивчався з-за відсутності до нещодавнього часу точної антенатальної діагностики ЦНС плоду. Іншим достатньо надійним засобом оцінки гіпоксичного стану плоду може бути показник об'ємного транспорту кисню (ОТК), тобто тієї кількості кисню, яка транспортується до органів і тканин за певний відрізок часу [7]. Вивчення ОТК дотепер проводилося у здорових людей та у практиці реанімаційних відділень, тоді як його використання у акушерстві може стати ключовим у загальній оцінці кисневого балансу в організмі вагітних високого ризику для внутрішньоутробного розвитку плоду.

Метою цієї роботи було вивчення показників кислотно-лужного стану (КЛС) і ОТК у вагітних високого ризику з різноманітними варіантами гіпоксичних уражень ЦНС.

Обстежено 160 вагітних високого ризику. Серед ускладнень вагітності відмічено такі: вік більш, ніж 30 років, наявність у вагітних артеріальної гіпертензії, цукрового діабету; гострі респіраторні інфекції під час вагітності; наявність в анамнезі гінекологічних захворювань, загрози переривання і невиношування вагітності; синдром затримки розвитку плоду, ОПГ-гестоз різного ступеню тяжкості. На базі даних магнітно-резонансного обстеження стану ЦНС плоду, яке проводилося у 3-му триместрі вагітності, було виділено 5 груп вагітних. 1-а група — 40 вагітних, у плодів яких не було виявлено патології ЦНС; 2-а група — 40 вагітних, у плодів яких було виявлено функціональні гіпоксичні ураження ЦНС; 3-я група — 29 вагітних з ішемічними варіантами гіпоксичних уражень ЦНС плоду; 4-а група — 28 вагітних з геморагічними варіантами гіпоксичних уражень ЦНС плоду; 5-а група — 23 вагітних з сумісними варіантами гіпоксичних уражень ЦНС плоду [5].

Для визначення КЛС і газів крові використовували капілярну кров з нігтьової фаланги пальця. За допомогою аналізатора ABL-330 виробництва фірми "Радіометр" (Данія) визначали такі параметри: pH; парціальний тиск вуглекислого газу pCO_2 у мм рт. ст.; парціальний тиск кисню pO_2 у мм рт. ст.; вміст бікарбонатів плазми — HCO_3 у ммоль/л; дефіцит лугів крові ABE, ммоль/л; загальний вміст стандартних бікарбонатів SBC, ммоль/л; насичення крові киснем — SAT у %; абсолютний об'ємний вміст кисню в одній порції крові, $O_{2\ ст}$, мл/100 мл. Окрім цього проводилося визначення гемоглобіну і міоглобіну.

Показники ОТК визначали через відносну величину — кисневий потік (*КП*) — об'єм кисню, що поступає до організму з кров'ю за одиницю часу. *КП* обчислювали за формулою [7]:

$$КП = ХОС \cdot O_{2\ ст},$$

де *ХОС* — хвилинний об'єм серця у мл/хв, який вираховували за формулою:

$$ХОС = УОС \cdot \text{пульс},$$

де *УОС* — ударний об'єм серця

($УОС = 100 + 0{,}5 \cdot АД_{сист} - 0{,}6 \cdot АД_{диаст} - 0{,}6 \cdot$вік (років), мл/хв),

а $O_{2\ ст}$ — абсолютний об'ємний вміст крові (у мл/100мл).

Крім цього визначався індекс кисневого потоку (*ІКП*) — кисневий потік, віднесений до поверхні тіла. *ІКП* визначали за формулою [7]:

$$ІКП = КП\ (\text{мл})/S\ (\text{м}^2 \cdot \text{хв}),$$

де *S* — площа поверхні тіла, що вираховується за формулою Дюбуа:

$$S = 167{,}2 \cdot \text{зріст (см)} \cdot \text{вага (кг)}/10^{-4}\ \text{м}^2.$$

У таблиці 1 наведено параметри геодинамічних і кисневотранспортних компонентів регуляції ОТК у виділених групах вагітних з різними варіантами гіпоксичних уражень ЦНС плоду.

Проведений аналіз наведених результатів показав, що у III триместрі вагітності підвищеного ризику при наявності гіпоксичних уражень ЦНС пло-

ду відмічено зниження показників об'ємного транспорту кисню. При цьому відмічено, що у випадках відсутності уражень ЦНС і функціональних гіпоксичних ураженнях ЦНС плоду відбувається мобілізація адаптаційних реакцій організму, які проявляються у тахікардії, збільшенні серцевого викиду і хвилинного об'єму серця, за рахунок чого відбувається нормалізація параметрів ОТК. У випадках же розвитку ішемічних, геморагічних і сумісних гіпоксичних уражень ЦНС плоду компенсаторно-пристосувальні можливості материнського організму виявляються неспроможними, відбувається прогресуюче зниження частоти пульсу, серцевого викиду, хвилинного об'єму серця, що на тлі концентрації міоглобіну, що збільшується, не призводить до підвищення сатурації й абсолютного об'ємного вмісту кисню у крові і призводить зрештою до більш виражених гіпоксичних уражень ЦНС плоду.

Таблиця 1

Параметри компонентів регуляції ОТК

Параметри регуляції ОТК	Виділені групи						p<0,05
	1	2	3	4	5	6	
	Без патології ЦНС	Функціональні гіпоксич. ураження ЦНС	Ішемічні гіпоксич. ураження ЦНС	Геморагічні гіпоксич. ураження ЦНС	Сумісні варіанти гіпоксич. уражень ЦНС	Нормативні показники групи з фіз. вагітністю	
	n=40	n=40	n=29	n=28	n=23	n=50	
$АД_{сист}$	117,0±3,4	115,7±2,1	121,7±0,8	120,4±0,6	119,0±1,3	107,6±2,2	–
$АД_{диаст}$	74,0±2,9	74,2±1,4	73,1±0,7	74,9±1,4	73,8±1,2	68,0±0,1	4–6
Пульс	85,2±0,3	91,5±1,7	90,2±1,3	81,2±1,5	79,1±2,3	78,3±1,6	1–2; 2–5; 2–6
УОС	97,5±1,4	99,3±2,1	90,3±1,9	85,3±2,0	83,4±2,7	94,5±1,4	4–6
ХОС	9104±239	8223±258	7015±211	6635±214	6511±201	7394±176	1–6; 1–4; 4–6
ІВ	116,6±2,4	119,3±3,1	106,2±4,1	107,1±3,4	124,3±2,7	117,0±4,2	–
ХВ	71,1±1,5	79,6±2,1	117,3±2,3	131,3±3,0	154,0±1,5	62,02±2,0	3–6; 5–6; 4–6
КП	1615±60	1320±75	1226±21	1120±43	1084±61	1298±58	1–6; 5–6
ІКП	897±30	812±42	715±21	671±42	612±34	743±45	1–6; 4–6; 5–6
SaT O_2	97,6±1,6	93,7±1,4	91,7±2,6	90,3±2,9	89,9±2,6	97,14±0,4	5–6
$O_{2\,ст}$	15,3±0,76	14,7±1,02	14,3±0,94	13,2±1,3	13,01±1,4	15,4±0,48	5–6
pO_2	84,1±3,1	82,3±2,2	73,4±2,1	66,3±1,3	60,1±1,2	85,2±2,3	–

Таблиця 2

Параметри КЛС у виділених групах вагітних високого ризику

Параметри КЛС	Виділені групи						p<0,05
	1	2	3	4	5	6	
	Група без патології ЦНС	Функціональні гіпоксич. ураження ЦНС	Ішемічні гіпоксич. ураження ЦНС	Геморагічні гіпоксич. ураження ЦНС	Сумісні гіпоксич. ураження ЦНС	Нормативні показники групи з фіз. вагітністю	
	n=40	n=40	n=29	n=28	n=23	n=50	
pH	7,3±0,01	7,3±0,01	7,2±0,02	7,2±0,01	7,1±0,01	7,4±0,2	5–6
pCO_2, мм рт.ст.	33,6±2,4	35,5±1,7	39,2±2,0	40,3±1,4	44,1±2,6	32,9±2,56	2–4; 2–5; 5–6
pO_2, мм рт.ст.	81,3±5,4	80,03±4,7	72,2±2,1	66,3±1,3	60,1±1,2	85,2±8,7	3–5; 3–6; 5–6
SaT O_2, %	95,7±1,2	95,0±2,0	94,1±1,3	93,1±1,4	91,4±1,3	97,1±0,41	5–6
HCO_3, ммоль/л	20,7±1,1	20,8±1,6	20,1±0,9	20,7±1,2	19,8±1,0	21,8±0,5	5–6
ABE, ммоль/л	–3,0±0,7	–3,1±0,6	–4,0±0,2	–4,5±0,3	–4,9±1,1	–2,9±0,4	4–6; 5–6
SBC, ммоль/л	22,7±2,1	22,7±0,8	21,8±1,3	20,6±1,2	19,7±1,3	23,1±0,7	5–6

Іншим маркером ступеню прояву гіпоксії і її значущості для розвитку ураження ЦНС плоду є показники кислотно-лужного стану (КЛС), які перебувають у тісному зв'язку з вмістом газів у крові. У таблиці 2 наведено параметри КЛС у виділених групах вагітних високого ризику.

Як видно з наведеної таблиці, зміни КЛС та газового складу крові, які було виявлено, можна інтерпретувати як ознаки несприятливих умов для ЦНС плоду на метаболічному рівні. Показники гомеостазу матері (зниження pO_2 <72,2 ± 2,1; SaT O_2 менш, ніж 91,4 ± 1,3; збільшення pCO_2 > 39,2 ± 2,0; ABE>(–4,9±1,1) і SBC<19,7±1,3; HCO_3<19,8±1,0) свідчать про гіпоксію такого ступеню тяжкості, яка тягне за собою різні варіанти уражень ЦНС плоду і, таким чином, можуть бути віднесені до критеріїв ризику розвитку уражень ЦНС плоду в антенатальному періоді.

Таким чином, проведені дослідження виявили особливості метаболізму, які свідчать про розвиток гіпоксії плоду у вагітних високого ризику. Виділено якісні та кількісні критерії гіпоксії у вагітних високого ризику, що призводять до антенатальних гіпоксичних уражень ЦНС плоду. Виділені прогностичні критерії антенатальних гіпоксичних уражень ЦНС плоду дозволяють проводити спрямовану метаболічну терапію і своєчасно визначити оптимальну тактику ведення вагітності та пологів, що дозволяє зменшити частоту та ступень прояву неврологічних порушень у новонароджених у постнатальному періоді.

Література:

1. Барашев Ю. И. Неонатальная неврология: Действительность, иллюзии и надежды // Акушерство и гинекология. — 1993. — № 1. — С. 14— 18.

2. Бессонова Ю. В. Прогнозирование состояния новорожденного у беременных высокого риска // Российский медицинский журнал.— 1996. — № 6. — С. 23— 25.

3. Водолазская Т. И., Бурлеев В. А., Буркова А. С. Антенатальные критерии риска развития церебральных нарушений у новорожденных при хронической гипоксии плода у женщин с привычным невынашиванием // Акушерство и гинекология. — 1996. — № 4. — С. 31—34.

4. Грищенко В. И., Щербина Н. А. Состояние и проблемы современной перинатальной медицины // Харьковский мед. журнал. — 1996. — № 1—2. — С. 8—10.

5. Мерцалова О. В. Діагностика перинатальних уражень ЦНС плоду методом магнітно-резонансної томографії // Український радіологічний журнал. — 1998. — № 4. — С. 408— 409.

6. Рагузин А. В. Оксигенация мозга плода и новорожденного в условиях нормального и нарушенного кислородного обеспечения организма. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1990. — 32 с.

7. Рябов Г. А. Гипоксия критических состояний. — М., 1988. — 287 с.

8. Савельева Г. М., Федорова М. В., Сичинава Л. В. Плацентарная недостаточность. — М., 1991. — 280 с.

9. Студеникин М. Я., Халламан Н. Гипоксия плода и новорожденного. — М.: Медицина., 1984. — 240 с.

10. Степановская Г. К., Венцковский Б. М., Лявинец А. С. Гипоксические состояния в акушерской практике. — Киев: Здоров'я, 1978. — 200 с.

11. Тимошенко Л. В., Янюта С. Н., Дудка С. В., Аламаха В. И. Диагностика хронической гипоксии плода // Акушерство и гинекология. — 1990. — № 2. — С. 41—43.

12. Щербина Н. А. Прогнозирование, диагностика, лечение гипоксии плода и асфиксии новорожденных. — Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Харьков, 1988. — 38 с.

THE ACID-BASE BLOOD STATE AND VOLUMETRIC OXYGENIC RANSPORTATION IN FETAL CNS HYPOXIC DAMAGES IN HIGH RISK PREGNANT WOMEN

O. V. Mertsalova

Kharkiv State Medical University

Kharkiv

On the base of the research of the volumetric oxygenic transportation (VOT) and the acid-base state (ABS) inauspicious factors for fetal CNS hypoxic damages during the antenatal period in high risk pregnant women on a metabolic level were investigated. Maternal homeostatic characteristics (the reduction of pO_2<72,2±2,1; SaT O_2 less than 91,4±1,3; the augmentation of pCO_2>35,2±2,0; ABE>(–4,9±1,1) and SBC<19,7±1,3; HCO_3<19,8±1,0) evidence such a level of hypoxia which results in different variations of fetal CNS injuries and so these characteristics might be referred to risk criteria for the development of fetal CNS damages during the antenatal period. The distinguished prognostic criteria for antenatal fetal CNS hypoxic injuries allow to carry out a directional metabolic therapy and to define opportunely the optimal tactics for the pregnancy and delivery management, that allows in turn to decline the frequency and level of significance of neurological disorders in new-born children during the postnatal period.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ МИГРЕНИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Е. К. Резниченко

Харьковский государственный медицинский университет
г. Харьков

Мигрень — это церебральный сосудистый пароксизм, возникающий в результате спазма, а затем дилятации мозговых сосудов с развитием ишемии и отека.

Проблема мигрени в молодом возрасте является одним из наиболее актуальных вопросов среди разнообразной по происхождению цереброваскулярной патологии. По многочисленным литературным данным дебют мигренозных цефалгий приходится в 60 % случаев на 18—20-летний возраст, но наиболее высокая частота приступов мигрени отмечается в возрасте 30—33 лет [2].

В доступной нам литературе мы не встретили научных публикаций, посвященных исследованию артериальной и венозной систем головы у молодых людей с начальными формами мигрени. Учитывая актуальность мигрени в молодом возрасте, мы поставили перед собой цель оценить значение ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) в сочетании с транскраниальной допплерографией (ТКДГ) для исследования сосудов головы у этой категории больных.

Нами обследовано 42 пациента в возрасте от 16 до 26 лет, страдающих мигренозными цефалгиями не более одного года. Среди них 27 лиц женского пола и 15 — мужского. Исследование проводилось на аппарате "Sonodop 8000" фирмы Sonotechnic (Германия). У всех больных были исследованы экстракраниальные (общие сонные, позвоночные и надблоковые артерии с обеих сторон) и интракраниальные артерии (средняя мозговая, передняя мозговая, задняя мозговая, интракраниальный отдел позвоночной артерии с обеих сторон и основная артерии), а также кровоток по глазничным и позвоночным венам.

Кровоток в артериях оценивался по качественным и количественным характеристикам. К качественным характеристикам относят форму допплерограммы (нормальная, деформированная, редуцированная, двунаправленная), соотношение ее элементов, распределение частот в спектре (заполнение спектрального окна, перераспределение спектральной мощности с преобладанием в высокочастотной или низкочастотной области), направление кровотока (антеградный, ретроградный, двунаправленный) и звуковые характеристики (высокий, грубый, вибрирующий, хриплый) [7]. Для количественной оценки использовались следующие показатели — систолическая скорость кровотока; диастолическая скорость кровотока; средняя скорость кровотока; RI — индекс периферического сопротивления, который определяется тонусом пиально-капиллярной сосудистой сети, вязкостью крови и уровнем внутричерепного давления (в норме для общих сонных артерий он составляет 0,55—0,75, для интракраниальных артерий его величина колеблется от 0,47 до 0,60 в зависимости от возраста и исследуемого сосуда); S/D — систоло-диастолический индекс (в норме для интракраниальных артерий он составляет 2,2—2,4 в зависимости от возраста пациента и исследуемого у него сосуда) [1, 4, 7].

Количественная оценка линейной скорости кровотока по венам не производилась из-за поверхностного расположения и строения вен, когда возникает компрессия под давлением одного датчика. Основное значение в исследовании венозной циркуляции придавалось направлению кровотока по венам и интенсивности сигнала. Так, в норме кровоток по глазничной вене имел антеградное направление в кавернозный синус, небольшую интенсивность (0,2 — 0,3 Кгц) и был симметричен. Позвоночные вены в норме в горизонтальном положении тела не лоцировались, следовательно, выявление венозного сигнала в горизонтальном положении тела указывало на включение венозных коллатералей при венозной дисгемии.

На основании жалоб, тщательного сбора анамнеза, неврологического статуса и клинических проявлений в момент приступа и в межприступный период, а также с учетом данных электрофизиологического исследования, обследованные пациенты были разделены на 2 основные группы. 1-ю группу составили молодые люди с начальной формой мигрени без ауры (простая форма). 2-ю группу составили лица молодого возраста с начальными проявлениями клинических форм мигрени с аурой.

Детальное распределение клинических вариантов мигрени среди обследуемых пациентов представлено в таблице 1.

Таблица 1

№ п/п	Клиническая форма мигрени	Количество больных	
		абс.	в %
1.	Мигрень без ауры (простая форма)	30 чел.	71,4 %
2.	Мигрень с аурой	12 чел.	28,6 %
2.1.	Мигрень с типичной аурой (офтальмическая мигрень)	7 чел.	16,6 %
2.2.	Гемипарестетическая мигрень	2 чел.	4,9 %
2.3.	Вегетативная мигрень	3 чел.	7,1 %

Частота локализации головных болей (ГБ) во время мигренозных пароксизмов у обследованных пациентов представлена в таблице 2.

Таблица 2

№ п/п	Локализация ГБ	Количество больных	
		абс.	в %
1.	Односторонние ГБ	34 чел.	81 %
1.1.	Правосторонние	23 чел.	54,8 %
1.2.	Левосторонние	11 чел.	26,2 %
2.	Двусторонние ГБ	8 чел.	19 %
2.1.	Бифронтальные	3 чел.	7,1 %
2.2.	Битемпоральные	3 чел.	7,1 %
2.3.	Билатерально-генерализованные	2 чел.	4,7 %

Большинство обследованных нами пациентов в межприступный период считают себя практически здоровыми, полностью социально адаптированными. Однако, нами выявлен у 72 % больных различной интенсивности синдром вегетативной дистонии (ВД), который характеризовался полиморфизмом вегетативных расстройств с преимущественной представленностью кардиоваскулярных и гипервентиляционных проявлений. В неврологическом статусе в период между приступами мигрени у подавляющего большинства обследуемых (82 %) отклонений не выявлено. У остальных пациентов определялась микроочаговая симптоматика в виде разницы сухожильных рефлексов, гемигипалгезии.

УЗДГ и ТКДГ проводились всем пациентам в межприступный период.

По литературным данным у 70 %—80 % больных мигренью в межприступный период регистрируются следующие изменения [4, 6]:

1) появление асимметрии кровотока по артериям основания мозга более 15 %, — этот признак считается достоверным для мигрени, если происходит смена асимметрии кровотока;

2) гиперреактивность церебральных сосудов на CO_2;

3) асимметрия реактивности церебральных сосудов;

4) признаки венозной дисциркуляции, проявляющиеся асимметричным ретроградным венозным кровотоком по глазничным венам амплитудой до 1,5—2,0 Кгц на стороне ГБ.

У больных 1-й группы в период между мигренозными цефалгиями отмечались следующие показатели УЗДГ и ТКДГ:

—у 21 пациента отклонений от нормальных показателей не обнаружено, что объясняется непродолжительностью болезни (не более 1-го года);

—у 9 обследованных молодых людей с более частыми и интенсивными по характеру ГБ отмечалась асимметрия реактивности церебральных сосудов; асимметрия скоростных показателей кровотока по надблоковым артериям на стороне возникающей гемикрании у 4-х пациентов; у 2-х отмечалось повышение RI и S/D по основной артерии; еще у 2-х — по среднемозговой артерии на стороне возникающих гемикраний; у 3-х отмечалось повышение RI и S/D по передней мозговой артерии; у 1-го обследованного — по задней мозговой; кроме того, у 5-х больных выявлены признаки венозной дисгемии — зарегистрирован ретроградный кровоток по глазничным венам на стороне ГБ, а у 2-х пациентов — по обеим глазничным венам. Во всех случаях изменения носили негрубый характер.

У больных 2-ой группы (мигрень с аурой) отмечались следующие изменения УЗДГ и ТКДГ:

—у 2-х больных с клиническими признаками офтальмической мигрени (мигрень с типичной аурой) отмечались нормальные показатели; у 4-х отмечалось повышение RI и S/D по задней мозговой артерии, у 1-го — по среднемозговой артерии справа; обнаружена асимметрия скоростных показателей кровотока по надблоковым артериям от 33 до 44 % у 3-х пациентов; выявлены признаки венозной дисциркуляции в виде асимметричного ретроградного венозного кровотока по глазным венам на стороне ГБ;

—у 2-х обследованных с клиническими признаками гемипарестетической формы отмечалась асимметрия реактивности церебральных сосудов в виде повышения RI и S/D по ветвям внутренней сонной артерии на противоположной стороне появляющихся во время приступа парестезий;

— у 3-х пациентов, страдающих вегетативной мигренью (когда на фоне типичного мигренозного приступа развертывается вегетативный криз) зарегистрировано повышение RI по обеим общим сонным артериям и асимметрия скоростных показателей кровотока по правой надблоковой артерии у 1-го больного, по среднемозговой и переднемозговой артериям — у 2-х больных, признаки венозной дисгемии по глазничной вене — у 1-го из них.

Все выявленные нами нарушения были негрубыми, что объясняется непродолжительностью болезни.

Детальное распределение выявленных нарушений мозгового кровообращения при помощи УЗДГ и ТКДГ у молодых людей с начальными формами мигрени в межприступный период представлено в таблице 3.

Из всего изложенного выше можно сделать следующие выводы:

1. Ультразвуковая допплерография магистральных артерий головы в сочетании с транскраниальной допплерографией, проведенная молодым людям с начальными формами мигрени в межприступном периоде, выявила нарушения мозгового кровообращения у 45 % обследованных, что указывает на информативность метода УЗДГ для лиц данной категории.

2. Выявленные изменения церебрального кровотока в виде асимметрии реактивности сосудов головного мозга и признаков венозной дисгемии по глазничным венам были в основном односторонними и негрубыми, что обусловлено непродолжительностью болезни и молодым возрастом пациентов.

Таблица 3

№ п/п	Название сосудистого бассейна с выявленной асимметрией	Простая мигрень		Мигрень с аурой					
				Офтальмическая форма		Гемипарестетическая форма		Вегетативная мигрень	
		Количество человек от общего числа обследованных							
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1.	Нормальные показатели по всем сосудам	21 чел.	50 %	2 чел.	4,7 %	—	—	—	—
2.	В бассейне надблоковой артерии	4 чел.	9,5%	3 чел.	7,1 %	—	—	1 чел.	2,4 %
3.	В бассейне переднемозговой артерии	3 чел.	7,1 %	—	—	—	—	2 чел.	4,7 %
4.	В бассейне среднемозговой артерии	2 чел.	4,7 %	1 чел.	2,4 %	—	—	2 чел.	4,7 %
5.	В бассейне заднемозговой артерии	1 чел.	2,4 %	4 чел.	9,5 %	—	—	—	—
6.	В бассейне основной артерии	2 чел.	4,7 %	—	—	—	—	—	—
7.	В бассейне внутренней сонной артерии	—	—	—	—	2 чел.	4,7 %	—	—
8.	В бассейне общей сонной артерии	—	—	—	—	—	—	1 чел.	2,4 %

Литература:

1. *Батурова Е. А., Смирнов Г. Н., Поляков В. Е.* Применение ультразвуковой допплерографии в амбулаторных условиях для выявления изменений церебрального кровотока у детей // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 1998. — № 3. — С. 19 — 25.

2. *Вейн А. М., Колосова О. А., Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А.* Мигрень. — М.: Медицина, 1995. — 185 с.

3. *Покровский А. В., Казанчян П. О., Кунцевич Г. И., Буклина С. Б.* Комплексная оценка гемодинамики в артериях экстра- и интракраниальных отделов мозга // Кардиология.— 1987.— Т. XXVII.— № 11. — С. 35—41.

4. *Покровский А. В., Кунцевич Г. И., Лаврентьева М. А.* Транскраниальное ультразвуковое исследование артерий мозга // Кардиология. — 1988. — Т. XXVIII. — № 9. — С. 114 — 119.

5. *Шотеков П., Титянова Е.* Транскраниальная допплерография (нормальные величины, функциональные пробы и результаты) // Журн. невропат. и психиатр. — 1991. — Т. 91. — № 2. — С. 46 — 50.

6. *Arnolds D. J., von Reutern G.-M.* Transcranial dopplersonography: Examination technique and normal reference values// Ultrasound in Med. Biol. — 1986. — Vol. 12. — № 2. — P. 115 — 123.

7. *Rautenberg W.* Transcranial dopplersonographie // In: Dureblutengsstorungen des Gehirnsneue diagnostische Moglichkeiten. — Dusseldorf, 1987. — S. 30—55.

8. *Friberg I.* Cerebral blood flow in migraine: methods, observations, and hypotheses // J. Neurol. — 1991, 238.— P. 12—77.

9. *Friberg I., Olesen J., Iversen H. K.* Regional cerebral blood flow during attacks and when free of symptoms in large group of migraine patients // Cephalalgia. — 1989, 9, 19. — P. 29 — 30.

APPLICATION OF THE DOPPLERSONOGRAPHIE IN THE DIAGNOSIS OF INITIAL FORMS OF MIGRAINE AT YOUNG PEOPLE

O. K. Reznichenko

Kharkiv State Medical University

Kharkiv

The article gives some findings on the dopplersonographie conducted to individuals with the initial forms of migraine. 42 patients at the age of 16 to 26 suffering from migrainic cephalalgies not more than one year were examined. The investigations were conducted during the interattack period. The examined 45 % of patients showed the cerebral circulation disorders by way of an asymmetry of brain vessels reactivity and venous dyscirculation pattern along orbital veins. The cerebral circulation disorders were on the whole unilateral and not rough. This is stipulated by a brief illness and patients' young age. The examination results indicate to informativity of the dopplersonographie method for the given group of people.

КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА

Е. А. Савчук

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского г. Симферополь

Заболевания головного мозга и сердца составляют одну из важнейших медицинских и социальных проблем, которая приобретает социальную значимость в связи с прогрессирующим течением патологических процессов и нередким исходом их в инсульты, вызывающие тяжелую инвалидность, сосудистую деменцию, в большом числе случаев имеющих летальный исход. Возможности восстановления утраченных функций у лиц, перенесших мозговой инсульт, ограничены: после мозговой катастрофы к работе приступают лишь 20—25 % заболевших. Поэтому важное значение приобретает выявление ранних форм цереброваскулярной патологии, таких как дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), при которой профилактические и лечебные мероприятия могут быть наиболее эффективны [1, 2].

Известно, что проявления и течение ДЭ в значительной мере зависят от состояния сердечной деятельности. Нарушение сердечного ритма (НСР) и проводимости приводят к значительным гемодинамическим нарушениям, что оказывает существенное влияние на клинику и течение ДЭ [3, 4]. В последнее время в лечении НСР и проводимости широко используются хирургические методы лечения, такие как имплантация искусственного водителя ритма (ИВР), абляция [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение катамнеза больных ДЭ с НСР и проводимости, которым была произведена операция имплантации ИВР. Наблюдали 85 больных ДЭ с НСР, которым была произведена операция имплантации ИВР в возрасте от 37 до 86 лет (средний возраст больных составил 65±2,5 года), у которых по классификации (Е. В. Шмидт, 1985 г.) выявлена ДЭ I, II и III стадии. ДЭ I стадии диагностирована у 16 больных (18,8 %), ДЭ II стадии — у 64 (75,3 %) и ДЭ III стадии — у 5 больных (5,9 %). Этиологическими факторами развития ДЭ были атеросклероз (62 %) и сочетание атеросклероза и артериальной гипертензии (38 %).

Среди НСР и проводимости выделены следующие формы: синдром слабости синусового узла (СССУ) у 18 больных (21,2 %), нарушения атриовентрикулярной проводимости (АВ блокада) у 67 больных (78,8 %). Среди нарушений АВ проводимости АВ блокада II стадии отмечалась у 8 больных (9,4 %), интермиттирующая АВ блокада — у 12 больных (14,1 %), АВ блокада III стадии — у 47 больных (55,3 %). Давность брадикардий составила от 1 до 5 лет в среднем.

Основной причиной развития НСР и проводимости явилась ИБС — 76 случаев (89,4 %), ревматизм — 4 случая (4,7 %), постмиокардический кардиосклероз — 5 случаев (5,9 %).

Сердечная недостаточность (СН) выявлена у 100 % больных. СН I ФК — 10 больных (11,8 %), СН II ФК — 69 больных (81,2 %), СН III ФК — 6 больных (7 %).

Всем больным по объективным показаниям был имплантирован ИВР ЭКС "501 М", "Metros" в режиме VVI — 67 больным и в режиме AAI — 18 больным в зависимости от вида нарушений ритма.

До и после завершения лечения больным проводилось клинико-инструментальное исследование (включающее ЭКГ, эхокардиографию, холтеровское ЭКГ мониторирование, реоэнцефалографию, ультразвуковую допплерсонографию (УЗДГ), изучен катамнез больных. Сроки катамнестического наблюдения составили 1—3 года.

Больные 2—3 раза в год проходили профилактические осмотры, в случае необходимости их госпитализировали в стационар для коррекции лечения.

До лечения (имплантации ИВР) больные жаловались на общую слабость (85), снижение толерантности к физической нагрузке (85), головокружения (83), приступы потери сознания (56), судорожный синдром (23). Синкопальные состояния наблюдались у 56 больных, в наиболее тяжелых случаях потеря сознания сопровождалась развитием тонико-клонических судорог (синдром Морганьи—Адамса—Стокса) (МАС). Синкопальные состояния развивались внезапно, без связи с физической нагрузкой, либо при резком изменении положения тела. Длительность нарушения сознания была от нескольких секунд до 1—2 минут, частота от 1—2 раз в месяц до 10—15 раз в сутки. Синкопальные состояния чаще наблюдались у больных с полной АВ блокадой, либо в момент нестабильности при переходе АВ блокады II стадии в полную. У 98 % больных ДЭ с НСР и проводимости отмечалось головокружение, у 53 % больных носившее постоянный характер, у 35 % больных протекающее приступообразно. У 44 больных наблюдались ТИА в вертебробазилярном бассейне.

При объективном неврологическом обследовании выявлены симптомы поражения каротидного бассейна (34 больных, 40 %), вертебробазилярного бассейна (51 больной, 60 %). У 6 больных (7,1 %) отмечалась объективная симптоматика, указывающая на ранее перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в каротидном и вертебробазилярном бассейнах.

По данным гемодинамических исследований до начала электрокардиостимуляции у больных выявлены следующие типы кровообращения: у 62 боль-

ных (72,9 %) — гипокинетический тип, у 23 больных (27,1 %) — эукинетический тип.

У всех больных на фоне брадикардии отмечалось повышение артериального давления, как систолического, так и диастолического, что служило компенсаторным механизмом поддержания мозгового кровотока.

По данным УЗДГ у больных до операции отмечалось снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) в бассейне сонных и позвоночных артерий в основном за счет снижения средней скорости и диастолической скорости кровотока (табл. 2).

Асимметрия кровотока по внутренним сонным артериям (ВСА) наблюдалась у 20 больных (28,2 %), по позвоночным артериям — у 8 больных (9,4 %). Через 14 дней после имплантации ИВР больных обследовали повторно при отсутствии осложнений. Анализ показателей центральной гемодинамики (табл. 1) выявил достоверное увеличение минутного объема кровообращения (МОК) с 3,479 до 5,767 ± 0,25 л/мин ($p < 0,001$). Компенсация МОК приводила к статистически достоверному уменьшению общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) до 1524,6±82,1 дин/с/см$^{-5}$ ($p < 0,05$). У больных отмечалось снижение АД как систолического с 177,5±80,1 до 144±2,8 мм рт. ст. ($p < 0,001$), так и диастолического 95,2±1,4 до 86,8 ± 0,94 мм рт.ст. ($p < 0,001$). Среднее АД составило 106±1,3 мм рт. ст. Однако у 11 больных (12,9 %) сохранялась артериальная гипертензия, хотя ее величины были ниже исходных. Возможно, это обусловлено снижением эластичности стенки аорты, связанным с пожилым возрастом. По данным РЭГ и УЗДГ у этих больных выявлено снижение эластичности сосудов.

Результаты, полученные при исследовании церебральной гемодинамики, представлены в табл. 2.

Таблица 1

Показатели центральной гемодинамики у больных ДЭ до и после имплантации ИВР

Время исследования	ЧСС в мин	КДР, см	КСР, см	КДО, мл	КСО, мл	ФВ, %	МОК, л/мин	СИ, л/мин/м^2	УО, мл/м^2	ОПСС дин/с/см$^{-5}$	АД сист мм.рт.ст.	АД диас. мм.рт.ст.	АД ср.
до операции	37,82± 0,74	5,6± 0,15	4,0± 0,15	157,1± 13,5	73,8± 2,8	57,6± 2,1	3,47± 0,22	1,96± 0,09	86,0± 3,9	2760,2± 128,4	177,5± 4,25	87,8± 1,4	117,9± 2,24
14-е сутки после операции	*** 69,7± 0,24	5,4± 0,15	3,8± 0,13	* 139,8± 12,2	* 68,6± 1,9	56,6± 1,6	*** 5,767± 0,27	*** 3,1± 0,17	83,5± 3,9	*** 1524,6± 82,1	** 144± 2,8	* 81,7± 0,94	** 105,0± 1,3

Примечание: * — 0,01<P<0,05, ** — 0,001<P<0,01, *** — P<0,001 по сравнению с данными до операции.

Таблица 2

Показатели церебральной гемодинамики у больных ДЭ до и после имплантации ИВР

Время исследования	Расположение сосудов	Наружная сонная артерия					Внутренняя сонная артерия					Позвоночная артерия				
		ЛСК средняя см/с	максимальная скорость	минимальная скорость	индекс резистенции	индекс пульсации	ЛСК средняя см/с	максимальная скорость	минимальная скорость	индекс резистенции	индекс пульсации	ЛСК средняя см/с	максимальная скорость	минимальная скорость	индекс резистенции	индекс пульсации
До операции	справа	23,4± 0,76	59,5± 1,4	11,4± 0,8	0,8± 0,01	2,1± 0,08	27,3± 1,3	45,5± 1,3	20,4± 1,2	0,6± 0,02	0,8± 0,04	22,5± 0,8	34,1± 0,8	18,2± 0,7	0,75± 0,05	0,8± 0,01
	слева	22,0± 0,6	59,8± 1,1	11,0± 0,5	0,78± 0,009	2,0± 0,01	28,8± 1,2	43,2± 1,1	18,9± 1,4	0,61± 0,01	0,93± 0,09	21,3± 0,74	35,3± 0,5	17,1± 0,4	0,8± 0,01	0,9± 0,02
14-е сутки после имплантации	справа	** 26,3± 0,6	58,1± 2,0	** 17, ± 0,75	* 0,76± 0,008	1,9± 0,1	** 28,5± 1,3	45,3± 1,7	* 22,9± 1,4	* 0,51± 0,02	0,8± 0,05	** 26,2± 0,3	** 36,4± 0,7	21,2± 0,4	* 0,6± 0,02	0,7± 0,01
	слева	26,8± 0,8	58,0± 1,7	13,6± 0,73	0,61± 0,02	1,9± 0,04	29,1± 1,2	44,2± 1,3	21,7± 1,3	0,54± 0,02	0,9± 0,05	25,6± 0,4	36,2± 0,4	20,3± 0,4	0,68± 0,05	0,7± 0,02

Примечание: * — 0,01<P<0,05, ** — 0,001<P<0,01, *** — P<0,001 по сравнению с данными до операции.

Исследование церебральной гемодинамики методом УЗДГ выявило значительное улучшение церебральной гемодинамики. Так, существенно увеличилось кровенаполнение мозга: амплитуда артериальной компоненты реоэнцефалограммы возросла с 0,089±0,0015 ОМ до 0,136±0,0012 ОМ ($p < 0,001$), уменьшился тонус мозговых артерий, у 76 больных (89,5 %) отмечалось улучшение венозного оттока из полости черепа. При ультразвуковой допплеросонографии отмечалось увеличение средней линейной скорости кровотока в бассейне внутренней сонной артерии с 27,3±1,3 до 29,1±1,2 см/с ($p < 0,05$), а также увеличение диастолической скорости в бассейне внутренних сонных артерий с 18,9±1,71 см/с до 22,9±1,4 см/с ($p < 0,005$), что свидетельствовало о снижении периферического сосудистого сопротивления в каротидном бассейне и усилении мозгового кровотока.

Улучшение показателей центральной и церебральной гемодинамики обусловило положительную клиническую динамику: у больных ДЭ не наблюдалось синкопальных состояний, судорожного синдрома, значительно уменьшилась частота приступов головокружений. У всех больных отмечалось увеличение толерантности к физической нагрузке, уменьшение, а в ряде случаев и исчезновение, симптомов сердечной недостаточности. Однако у 17 (20 %) больных ДЭ II, III стадии продолжали сохраняться общемозговые симптомы (диффузная головная боль, головокружение, шум в ушах, голове), что указывало на недостаточную компенсацию мозгового кровотока и требовало медикаментозной коррекции.

Катамнестическое наблюдение за 85 больными в течение 1—3 лет показало: стабильное состояние наблюдалось у 67 (78,8 %) больных; у 5 больных (5,8 %) было выявлено повторное развитие кардиоцеребральных нарушений, связанное с нарушениями в работе системы стимуляции, больным была произведена замена электрода, смена стимулятора; 20 больных (23,5 %) были госпитализированы, обследованы, пролечены по поводу артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, аритмии; у 6 (7,1 %) больных наблюдалось усиление симптомов ДЭ (преимущественно в вертебробазилярном бассейне), что связано с выраженностью патологии сосудов мозга; у 3 (5,9 %) больных развился инсульт. За период наблюдения умерло 4 человека (4,7 %). Причиной смерти явились: онкопроцесс — у 2 больных, инсульт у 1 больного, СН — у 1 больного.

Таким образом, у больных после имплантации искусственного водителя ритма отмечается улучшение показателей центральной и церебральной гемодинамики, что приводит к ликвидации церебральных пароксизмов у больных ДЭ и обуславливает стабилизацию состояния у 78,8 % больных.

Больным дисциркуляторной энцефалопатией после имплантации искусственного водителя ритма необходимо наблюдение, контроль параметров стимуляции, индивидуальный подбор ЧСС, позволяющий установить оптимальный режим работы сердца, обеспечивающий адекватную церебральную гемодинамику и своевременная медицинская коррекция.

Литература:

1. Болезни первной системы / Руководство для врачей под. ред. Н. Н. Яхно.— М.: Медицина, 1995.— 2 т.

2. *Верещагин Н. В., Моргунов В. А., Гулевская В. А.* Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. — М.: Медицина, 1997.

3. *Віничук С. М.* Судинні захворювання головного та спинного мозку. — К.: Здоров'я, 1996. — 116 с.

4. *Шевага В. М., Паенок А. В., Шевага Б. В.* Дисциркуляторні енцефалопатії при ішемічній хворобі серця// Український кардіологічний журнал. — 1998. — № 2. — С. 26—28.

5. *Шевченко Ю. Л., Михайленко А. А., Кузнецов А. Н. и др.* Кардиохирургическая агрессия и головной мозг. — СПб.: Наука, 1997. — 151 с.

CATAMNESIS OF PATIENTS WITH DISCIRCULAR ENCEPHALOPATHY AFTER IMPLANTATION OF PACE-MAKER

H. A. Savchook

Crimean State Medical University
Simferopol

85 patients with discircular encephalopathy have been under observation. All patients had cardiac rhythm and conductivity disturbances and had pace-makers implanted. The observation took place during 1—3 years. Catamnestic observance showed that 67 patients (78,8 %) had stable condition, 5 patients (5,8 %) had secondary cardiocerebral disturbances, caused by disturbances in system of cardiostimulation. Those patients obtained new electrodes for their cardiostimulators and new stimulators. 6 patients (7,1 %) had increased symptoms of DE, that was connected with strongly marked pathology of cerebral blood-vessels. 3 patients (5,9 %) had strokes. During the period of observation 4 patients (4,7 %) died. All patients with discircular encephalopathy need medical monitoring and opportune flexible treatment.

КЛИНИЧЕСКИЕ И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗРЫВОВ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

А. С. Сон

Одесский государственный медицинский университет г. Одесса

Аневризматические внутричерепные кровоизлияния встречаются с частотой 4—19,4 на 100000 населения в год и характеризуются высокой летальностью и инвалидизацией больных [1]. Наиболее перспективным направлением в лечении больных с разрывами артериальных аневризм (АА) головного мозга является хирургическое лечение в остром периоде субарахноидального кровоизлияния (САК), особенно ранняя хирургия, то есть выключение аневризмы из кровотока в первые 72 часа после ее разрыва [2]. В связи с изложенным возрастает роль ранней диагностики разрывов артериальных аневризм головного мозга. Одной из часто встречающихся локализаций АА является средняя мозговая артерия (СМА).

При выполнении работы обследовано 59 больных с разрывами АА СМА (28 — правой, 31 — левой). Возраст больных 21—64 года, 78 % больных были в возрасте 31—60 лет. Мужчин было 34, женщин — 25. Состояние больных оценивали в соответствии со шкалой Всемирной федерации нейрохирургических обществ (WFNS), которая предложена в 1988 г. Ch. Drake [3]. При этом состояние оценивается по двум критериям — степень нарушения сознания по шкале ком Glasgow и наличие нарушений движений конечностей, что особенно важно для разрывов АА СМА, которые чаще других сопровождаются нарушением движений конечностей (табл. 1). Клиническая картина заболевания рассматривалась в соответствии с клинико-анатомической классификацией САК вследствие разрыва АА головного мозга [4]. Основным методом диагностики кровоизлияния явилась компьютерная томография (КТ) головного мозга, которая выполнена у всех больных, исследование проводили в традиционной укладке, нулевой срез проходил по орбито-меатальной линии, толщина срезов 2—10 мм. Аневризмы СМА верифицированы у всех больных ангиографически и (или) интраоперационно, а также при патологоанатомическом исследовании умерших.

Таблица 1

Распределение больных по тяжести состояния

Степень тяжести (WFNS)	Количество больных
I	2
II	9
III	38
IV	6
V	4

Анализ клинической картины внутричерепных кровоизлияний вследствие разрыва АА СМА показал, что неосложненные САК без дислокационного синдрома наблюдались у 21 больного. Состояние 11 из них соответствовало I—II степени тяжести по шкале WFNS, у 10 больных наблюдали III степень тяжести в связи с развитием отсроченной ишемии головного мозга с очаговым неврологическим дефицитом и без грубого нарушения сознания. Начало заболевания внезапное, с сильной головной боли, рвоты, у 9 больных с кратковременной потерей сознания, без последующего нарушения сознания или с легким оглушением, у 7 из них наблюдался развернутый эпилептиформный припадок. У 3 больных было психомоторное возбуждение, у 5 — артериальная гипертензия, у 8 — субфебрильная температура тела. КТ-картина характеризовалась наличием гиперденсивного очага в виде узкой полоски, выполняющей одну из латеральных ямок мозга, с распространением на конвекситальную поверхность головного мозга у 15 больных, на хиазмальную и межножковую цистерну — у 14 больных и на контрлатеральную сильвиеву ямку — у 5 больных. Последнее обстоятельство затрудняло латерализацию аневризмы. У 8 больных с развитием отсроченной ишемии при повторных КТ-исследованиях были обнаружены гиподенсивные ишемические очаги различной величины в бассейне соответствующей СМА. Смещение срединных структур головного мозга во всех этих случаях не превышало 2—3 мм.

Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние без дислокационного синдрома наблюдали у 28 больных, у которых на фоне клинической картины неосложненного САК наблюдались очаговые симптомы в виде моно- или гемипарезов, расстройств речи, гемианопсий различной степени выраженности, а также эпилептиформные припадки. У 16 из этих больных наблюдалось усугубление очагового синдрома через 3—6 суток после кровоизлияния. КТ-картина характеризовалась наличием гиперденсивного очага округлой формы разных размеров, выполняющего латеральную ямку мозга и окружающую мозговую ткань лобной и височной долей с распространением на конвекситальную поверхность головного мозга у 21 больного и в виде узкой полосы на хиазмальную и межножковую цистерну у 25 больных и на контрлатеральную сильвиеву ямку — у 11 больных. У 16 больных с развитием отсроченной ишемии при повторных КТ-исследованиях были обнаружены гиподенсивные ишемические очаги различной величины в бассейне соответствующей СМА. Смещение срединных

структур головного мозга во всех этих случаях не превышало 5—6 мм, наблюдалось также сдавление переднего и нижнего рогов бокового желудочка на стороне кровоизлияния.

Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с дислокационным синдромом наблюдали у 9 больных. В клинической картине на первый план выступали нарушения сознания от глубокого оглушения до комы, грубая очаговая симптоматика в виде гемиплегии, афазии, на фоне которых выявлялась стволовая симптоматика (глазодвигательные расстройства, снижение корнеального рефлекса, диссоциация мышечного тонуса, появление гомолатеральных патологических рефлексов, вегетативные нарушения). У 8 больных повторялись генерализованные эпилептиформные припадки. КТ-картина характеризовалась наличием гиперденсивного очага округлой формы больших размеров, выполняющего латеральную ямку мозга и окружающую мозговую ткань лобной и височной долей с распространением на конвекситальную поверхность головного мозга у 7 больных и в виде полосы на хиазмальную, межножковую цистерну и контрлатеральную сильвиеву ямку. Смещение срединных структур головного мозга во всех этих случаях превышало 5—6 мм, наблюдалось также выраженное сдавление переднего и нижнего рогов бокового желудочка на стороне кровоизлияния, а также III желудочка. Охватывающая цистерна на стороне кровоизлияния не визуализировалась у 8 больных, с двух сторон — у 3.

Субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние наблюдали лишь у одного больного, у которого прорыв крови произошел из гематомы латеральной ямки мозга в нижний рог бокового желудочка. Характерной особенностью у этого больного оказалось длительное нарушение сознания до 7 баллов в течение 12 часов с восстановлением до глубокого оглушения, серия эпиприпадков и грубо выраженный гемисиндром.

Таким образом, характерными признаками разрыва АА СМА явилось раннее появление очагового синдрома в виде моно- или гемипареза различной степени выраженности у 38 больных, его усугубление или появление спустя несколько суток после кровоизлияния в связи с развитием отсроченной ишемии у 26 больных. Другой характерной особенностью явился эписиндром, который наблюдался у 21 больного. У большинства больных наблюдалась кратковременная потеря сознания в момент разрыва аневризмы, но в дальнейшем заболевание протекало без выраженного нарушения сознания у 49 больных. Это обстоятельство очевидно связано с тем, что большинство наших больных (54) оперированы после первого кровоизлияния, которое, как правило, протекает легче повторных. Состояние подавляющего числа больных соответствовало III степени тяжести, что связано с компрессией двигательной зоны при разрывах АА СМА и частым развитием отсроченной ишемии головного мозга с клиническим проявлением в виде гемисиндрома.

Степень нарушения движений в конечностях оценивали по 5-бальной шкале (табл. 2). Как видно, у большинства больных наблюдались нарушения движений в конечностях различной степени выраженности, лишь у 15 больных не было нарушений движений. Степень нарушения движений зависела от наличия и размеров гематомы латеральной ямки мозга. Так, ни у одного из 15 больных без нарушений движений мы не наблюдали наличия гематомы в проекции латеральной ямки головного мозга.

Таблица 2

Степень нарушения движений в конечностях

Степень нарушения движений (баллы)	Количество больных
0	15
I	4
II	5
III	8
IV	21
V	6

При изучении сроков появления очагового синдрома были выявлены две характерные особенности — частое возникновение очагового синдрома непосредственно после кровоизлияния и появление отсроченного очагового дефицита на 3—8 сутки от начала заболевания. Первое мы связываем с непосредственной компрессией двигательных, чувствительных и речевых путей гематомой латеральной ямки мозга [5]. Отсроченное появление очаговой симптоматики связано с ишемией головного мозга вследствие спазма СМА, который появляется к концу 3 суток с момента кровоизлияния в связи с выходом в субарахноидальное пространство продуктов распада форменных элементов крови, прежде всего оксигемоглобина, серотонина и оксида азота [6].

При изучении КТ головного мозга больных с разрывами АА СМА у большинства больных выявлено наличие гиперденсивного очага различных размеров, плотностью 40—70 единиц Хаунсфилда в проекции латеральной ямки мозга, при этом также наблюдалась различная степень распространенности кровоизлияния в базальные цистерны мозга. Лишь у одного больного мы наблюдали распространенное САК в цистернах основания мозга без гематомы в латеральной ямке. Характерным для разрыва аневризм СМА оказалось отсроченное появление гиподенсивных ишемических очагов в зонах ее кровоснабжения. Появление этих очагов соответствовало клиническим проявлениям отсроченной ишемии у большинства больных, однако у 2 больных с явными клиническими проявлениями ишемии в виде гемисиндрома (у одного из них с речевыми расстройствами) при КТ они не были обнаружены. Лишь в одном случае мы наблюдали КТ-признаки прорыва крови в желудочковую систему через нижний рог бокового желудочка. Важной особенностью ведения больных с разрывами АА СМА явилась необходимость динамического КТ-мониторинга в связи

с возникавшими изменениями в клиническом состоянии.

Таким образом, симптомокомплекс разрывов АА СМА состоит из нарушения сознания различной степени выраженности и очагового синдрома в виде первичных и отсроченных нарушений движений, чувствительности и речи, а также судорожного синдрома. При этом характерна кратковременная утрата сознания в момент разрыва АА, для дальнейшего течения болезни выраженное нарушение сознания не характерно. Очаговые клинические проявления разрывов АА СМА обусловлены локализацией кровоизлияния в латеральной ямке головного мозга, степенью его компрессии на окружающие структуры и развитием отсроченной ишемии в бассейне СМА. Основными КТ-симптомами разрывов артериальных аневризм СМА является наличие гиперденсивной зоны в проекции латеральной ямки мозга и отсроченное появление гиподенсивной зоны в бассейне разорвавшейся АА.

Литература:

1. *Kassell N. F., Torner J. C., Haley E. C. Jr. et all.* The International Cooperative Study on the Timing of Aneurysm Surgery: Part 1. Overall management results//J. Neurosurg.— 1990.— 73.— P. 18—36.

2. *Kassell N. F., Torner J. C., Haley E. C. Jr. et all.* The International Cooperative Study on the Timing of Aneurysm Surgery: Part 2. Surgical results//J. Neurosurg.— 1990.— 73.— P. 37—47.

3. *Drake C. G.* Report of a World Federation of Neurological Surgeons Committee on a Universal S. A. H. Scale//J. Neurosurg.— 1988.— 68.— P. 985—986.

4. *Лебедев В. В., Мятчин М. Ю., Негрецкий А. П.* Клиническая картина кровоизлияний вследствие разрыва артериальных аневризм головного мозга//Вопросы нейрохирургии.— 1991.— 1.— С. 6—9.

5. *Bassi P., Bandera R., Loiero M. et all.* Warning signs in subarachnoid hemorrhage: A cooperative study//Acta Neurol. Scand.— 1991.— 84.— 4.— P. 277—281.

6. *Fazl M., Houlden D. A., Weaver K.* Korrelation between cerebral blood flow, somatosensory avoked potentials, CT scan grade and neurological gradein patients with subarachnoid hemorrhage//Can. J. Neurol. Sci.— 1991.— 18.— 4.— P. 453—457.

CLINICAL AND COMPUTER TOMOGRAPHIC FEATURES OF ARTERIAL ANEURYSMS OF MIDDLE CEREBRAL ARTERY RUPTURES

A. S. Son

Odesa State Medical University

Odesa

59 patients with arterial aneurysms ruptures of middle cerebral artery were presented. The paper also outlines specific features of the clinical criteries for differential diagnostics: privilegic symptoms were long-term and short-term disturbance of consciousness, primary and delayed motor deficits, convulsive syndrom. Causei of focal and delayed symptoms are localisation of haemorrhage in lateral brain fissure and development of delayed ischemia. CT-scan criteries for differential diagnostic: hyperdensive focuses of blood in lateral brain fissure and delayed formation of hypodensive focuses.

О ВЛИЯНИИ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА НА СТАНОВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

О. Л. Тондий

Харьковская медицинская Академия последипломного образования
г. Харьков

Широкое распространение вертебрального остеохондроза (ВОХ), его прогредиентное течение, высокие показатели временной нетрудоспособности и инвалидности, с одной стороны, и возможность использования новых фармакологических средств и физических факторов с другой, определяют поиски более оптимальных подходов, методов и комплексов лечения ВОХ [1, 6, 7, 12].

В связи с этим представляет интерес рассмотрение значения предрасполагающих факторов и преморбидного фона, влияющих на дальнейшее развитие и течение заболевания. Наряду с доминирующими концепциями этиопатогенеза ВОХ, определенное значение в его развитии придается гормональным факторам. В ряде первоисточников, представленных в литературе, указывается на значение нарушений эндокринного гомеостаза организма, которые инициируют и поддерживают дегенеративно-дистрофические изменения в костно-хрящевой ткани [1, 4, 10, 11]. Как известно, у хондроцитов есть рецепторы, имеющие сродство и чувствительность к эстрадиолу [9, 13].

По данным Костерина С. Б. [8] в разных возрастных группах женщин, страдающих ВОХ, у 72 % обследованных наблюдались изменения уровня эстрадиола в крови.

Исходя из сказанного, целесообразно в условиях клиники изучать особенности развития и течения ВОХ с учетом полового диморфизма.

Так, можно предположить, что у женщин нарушения эндокринного гомеостаза не только могут влиять на формирование заболевания, но и определяют более выраженный полиморфизм со стороны объективных и субъективных проявлений патологического процесса. Учет этих моментов может помочь в выборе наиболее рациональных и эффективных методов лечения. В этой связи целесообразно провести сравнительную оценку клинических особенностей ВОХ у женщин и мужчин, определить значимость преморбидных нарушений, особенностей гормонального гомеостаза и сопутствующих заболеваний, лечение которых должно благоприятно влиять на состояние здоровья больных ВОХ.

Под нашим наблюдением находилось 135 больных с неврологическими проявлениями ВОХ шейно-грудного и грудного отдела в возрасте от 18 до 75 лет, лечившихся в стационаре. В группе было 93 женщины и 42 мужчины.

Анализ в возрастном аспекте показал, что большинство наблюдаемых находилось в трудоспособном возрасте — 79,2 % женщин и 78,6 % мужчин. Длительность заболевания до 5 лет чаще наблюдалась у мужчин (57,1 %), чем у женщин (31,9 %). Среди наблюдаемых на протяжении 15 лет чаще и дольше болели женщины (23,7 %), чем мужчины (14,3 %).

Для оценки общего состояния здоровья, особенностей преморбида и течения заболевания, состояния саногенетических мер защиты организма, наряду с изучением жалоб, анамнеза заболевания и жизни, соматического и неврологического статуса, проводились спондилография, а при необходимости — ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ, ЭХО-ЭС, РВГ, биохимические исследования крови, определение состояния адаптационных реакций по Гаркави Л. Х. и соавт. [3]. У женщин изучалось состояние менструальной функции и гормонального фона кольпоцитологическим методом.

Основной жалобой был болевой синдром. Так, цервикалгия отмечалась у 64,8 % мужчин и 55,6 % женщин, торакалгия — с примерно одинаковой частотой (соответственно 78,6 % и 77,3 %). У части больных имели место люмбалгии в связи с дегенеративно-дистрофическими изменениями в области поясничного отдела позвоночника. Чаще они наблюдались у мужчин (30,9 %), чем у женщин (22,6 %). Следует отметить, что хотя популяционная частота ВОХ одинакова для обоих полов, но у мужчин чаще наблюдается поясничная локализация патологического процесса, а также явление плече-лопаточного артроза [5].

Головные боли значительно чаще имели место у женщин (46,39 %), чем у мужчин (28,6 %).

В результате обследования мышечно-тонический синдром определялся у 35,7 % мужчин и у 29,0 % женщин, нейро-дистрофический — соответственно у 28,6 % и 24,7 % и вегетативно-висцеральный — у 35,7 % мужчин и 46,2 % женщин.

Признаки атеросклеротических проявлений со стороны артерий мозга и коронарных сосудов выявлены у 42,85 % мужчин и у 25,7 % женщин. В частности, энцефалопатии атеросклеротического и сочетанного характера чаще наблюдались у мужчин, чем у женщин (соответственно 38 % и 30,1 % случаев).

Анализ показателей ЭКГ позволил заключить, что отклонения от нормы отсутствовали лишь у 20 % обследованных лиц мужского пола и у 21,3 % женского. Нарушения функций автоматизма, возбудимости, проводимости чаще верифицированы у женщин, а гипертрофия миокарда левого желудочка сердца определена у 53,9 % женщин и у 40 % мужчин.

Церебральный арахноидит чаще наблюдался у женщин (5,0 %), чем у мужчин (7,1 %).

Среди других сопутствующих заболеваний следует отметить наличие мочекаменной болезни (у 25,8 % женщин и 19 % мужчин). Заболевание гепато-билиарной системы наблюдались у 33,3 % женщин и у 16,7 % мужчин. Патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 23,5 % лиц мужского пола и у 15,1 % женского.

Различные девиации позвоночника (сглаженность шейного и поясничного лордозов, усиление грудного кифоза, С — или S-образный сколиоз) отмечались у всей группы наблюдаемых.

У женщин изучался гинекологический анамнез, как оказывающий влияние на эндокринный гомеостаз организма. Так, 20,4 % обследованных лечились по поводу различных заболеваний половой сферы, 14,0 % из них перенесли гинекологические оперативные вмешательства в анамнезе. В настоящее время 37,6 % женщин страдают гинекологическими заболеваниями (хронические воспалительные процессы, фибромы), из них у 15,1 % — диффузные мастопатии, что не могло не повлиять на эндокринный статус.

Было проведено изучение гормонального профиля кольпоцитологическим методом у 24 женщин репродуктивного возраста (до 42 лет) с отсутствием явной гинекологической патологии. У всех женщин этой группы выявлены нарушения менструальной функции: определялся двухфазный гипогормональный цикл с падением гормонального профиля в фазу овуляции в предменструальном периоде. У 10 женщин отмечалось пролонгирование фазы пролиферации.

Следует отметить, что у больных ВОХ из группы наблюдения в период преморбида наблюдаются заболевания, связанные с метаболическими процессами и эндокринным гомеостазом. ВОХ часто сопутствует патологическим процессам дегенеративно-деструктивного характера. Половой диморфизм в определенной мере способствует становлению и течению некоторых состояний [5, 6, 10].

Так, в наблюдаемой группе у женщин чаще определялись синдромы вегетососудистой дистонии, астено-невротический, астенический синдромы, а также заболевания метаболического характера (мочекаменная болезнь, патология гепато-билиарной системы).

У мужчин с ВОХ чаще диагностированы атеросклеротические изменения сосудов и заболевания ЖКТ.

Из всей группы обследованных не наблюдалось ни одного случая отсутствия сопутствующей патологии.

Известно, что результаты лечения и прогноз зависят от состояния саногенетических мер защиты организма [2, 3, 5, 6]. Нами определялся лимфоцитарно-сегментоядерный индекс (тест Гаркави Л. Х) [3]. У мужчин реакция "стресс" имела место у 12,5 % обследованных, у женщин у 9,3 %. Реакция тренировки определялась у 47 % и 39,0 % соответственно. Реакция спокойной активации отмечалась практически одинаково часто у мужчин и женщин (соответственно 27,5 % и 27,9 %). Реакция повышенной активации выявлялась у 12,5 % мужчин и 23,4 % женщин.

Итак, у женщин саногенетические меры защиты были более выражены, чем у лиц мужского пола.

Наличие гинекологической патологии у женщин, перенесенные оперативные вмешательства и воспалительные процессы половой сферы в анамнезе, несомненно, приводят к нарушению менструальной функции. Она оказалась нарушенной и у женщин, страдающих ВОХ, при отсутствии клинических проявлений гинекологической патологии (по результатам кольпоцитологического исследования). Это можно связать с взаимодействием костно-хрящевой ткани и эстрогенов. Можно сделать выводы о целесообразности определения состояния менструальной функции у женщин с ВОХ и коррекции ее нарушений.

Несмотря на то, что гинекологическая патология может усугубить клиническое течение ВОХ у женщин, возможности мобилизации физиологических реакций адаптации и неспецифической резистентности организма у них значительно выше, чем у мужчин.

У лиц мужского пола, более подверженных атеросклеротическим процессам, целесообразно включать в лечебные комплексы противосклеротические средства медикаментозного и немедикаментозного характера.

Восстановительное лечение больных ВОХ должно учитывать наличие и характер сопутствующей патологии.

Литература:

1. *Бурьянов О. А.* Грудной остеохондроз. Методологические аспекты восстановительного лечения.— Киев: Ленвит, 1997. — 328 с.

2. *Васильева-Линецкая Л. Я.* Систематизация лечебных физических факторов и современные представления об их комплексном применении. — Харьков, 1999. — 33 с.

3. *Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. Ф.* Адаптационные реакции и резистентность организма. — Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского ун-та, 1989. — 223 с.

4. *Дедух Н. В.* Морфологические аспекты воздействия гормонов на суставной хрящ в онтогенезе // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1988. — 36 с.

5. *Коган О. Г., Шмидт И. Р., Толстокоров А. А. и др.* Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника. — Новосибирск: Наука, 1983. — 212 с.

6. *Коган О. Г., Найдин В. Л.* Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. — М.: Медицина, 1988. — 304 с.

7. *Козьолкін О. А.* Клінічні особливості і комплексне лікування неврологічних проявів дегенеративно-дистрофічної патології грудного відділу хребта // Автореф. діс. ... д-ра мед. наук. — Харків, 1996. — 36 с.

8. *Костерин С. Б., Кулиш Н. И., Дедух Н. В. и др.*/ Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: Матер. I науч.-практич. конф. травматол.-ортопед. Ленинабадской области и представителей союзных республик. — Душанбе, 1991. — Ч. 2. — С. 60—62.

9. *Лобенко О. О., Корж М. О., Дедух Н. В. та інш.* Остеоартроз. Консервативна терапія. — Харків: Прапор, 1999.— 336 с.

10. *Нейко Є. М.* Статевий диморфізм при деформуючому остеоартрозі // Врачеб. дело. — 1996. — № 3.— С. 137— 139.

11. *Павлова В. Н., Коньева Т. Н., Слуцкий Л. И.* Хрящ. — М.: Медицина, 1988. — 320 с.

12. *Хвисюк Н. И., Завеля М. И. и др.* Вопросы реабилитации и диспансеризации больных остеохондрозом позвоночника / Межобл. научно-практич. конф. — Харьков, 1992. — С. 73—78.

13. *Rosner J. A., Vanni A., Malemud C. J. et al.*/ Biochem. Biophys. Res. Communs. 1982. —V. 106, № 4. — P. 1378—1382.

ABOUT THE INFLUENCE OF SEXUAL DIMORPHISM ON THE FORMATION AND FEATURES OF THE CLINICAL TREND OF VERTEBRAL OSTEOCHONDROSIS (VOC)

O. L. Tondiy

Kharkiv Medical Academy of the Postgraduate Education

Kharkiv

The study of complaints, anamnesis; the estimation of clinical and paraclinical data of 135 VOC patients permit to make a conclusion that the illness of woman's sexual system leads to metabolic and endocrine violation (estrogens' metabolism violation). This fact may increase the VOC trend that may have more polymorphous clinical woman's display.

This work points at the frequency of attendant illness in dependence of sexual dimorphism and at the fact of more expressed protective energy of woman's organism in comparison with man's one.

Medicinal methods and complexes have to make into account these properties of human organism.

НЕВРОГЕННІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

О. Є. Юрик

Український науково-дослідний інститут травматології та ортопедії МОЗ України м. Київ

Проблемі захворювання скелету дистрофічного генезу присвячено багато робіт представників різноманітних шкіл вітчизняної ортопедії [6, 9, 10, 16, 17]. Але питання, які пов'язані з причиною виникнення і розвитку дистрофії і деструкції хребцевих сегментів, на протязі декількох десятиліть знаходяться практично на одному рівні в аспекті їхнього вирішення. Це обумовлено складною структурою хребта, до складу якого входять різноманітні утворення (тіла суміжних хребців, міжхребцеві диски; міжхребцеві, реберно-хребцеві і реберно-поперечні суглоби, складний зв'язочний та м'язовий апарат, система кровопостачання і іннервації тощо). Основні ланцюги патогенезу остеохондрозу досліджені ще недостатньо.

Наука про причинний фактор в генезисі остеохондрозу пройшла багато етапів і втілилась у вигляді декількох концепцій, деякі з яких не втратили актуальність і сьогодні [4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 23, 24, 26, 27]. В їх числі прибічники дискогенної теорії, згідно з якою первинні зміни міжхребцевих сегментів визначаються, в першу чергу, в тканинах міжхребцевого диску з наступним втягуванням в процес прилеглих структур [1, 9].

В сучасній уяві про генезис остеохондрозу хребта визначальним фактором являється виникнення "порочного кола" дистрофічних і дегенеративних змін на різних рівнях організації системи хребцевого рухливого сегменту: органному, тканинному, клітинному і молекулярному, однак гіпотеза поліетіологічності не дозволяє в достатній мірі пояснити відомі факти, а також прогнозувати і реалізовувати в повному об'ємі сучасні профілактичні і лікувально-діагностичні програми.

Метою проведених нами досліджень було вивчення деяких причинно-наслідкових процесів у виникненні та розвитку остеохондрозу хребта і його неврологічних синдромів. Нами був застосований комплексний підхід до вирішення поставленої проблеми.

На першому етапі була проведена ціла серія специфічних морфологічних, в тому числі нейроморфологічних та гістохімічних досліджень. Порівнювались одночасні зміни в спинному мозку та дисках і хребцях у 41 раптово померлих осіб молодого, середнього та похилого віку без супутніх ознак важких системних органічних захворювань внутрішніх органів та нервової системи на рівні середньо-грудного відділу хребта як найменш навантажуваному. Достовірність отриманих результатів підтверджувалась рентгенологічними дослідженнями секційного матеріалу.

Дослідження показали, що першими виникають дистрофічні зміни в спинному мозку, особливо в задніх та бокових його рогах. Ці зміни передують патоморфологічним змінам хребців та дисків. В молодому віці на сегментарному рівні поступово формуються явища дисциркуляторної чи обмінно-дистрофічної мієлопатії.

Причому, якщо порівняти діяльність соматичної та вегетативної нервової системи в цей період, то першою починає реагувати саме вегетативна нервова система, що і було доведено на прикладі гістохімічних досліджень біогенних амінів (починає зменшуватись їх накопичення, особливо норадреналіну, в бокових та задніх рогах спинного мозку). Процес із задніх та бокових рогів поступово перекидається на передні роги сірої речовини спинного мозку. З часом розвивається дегенерація нервових волокон білої речовини спинного мозку. В процес поступово втягуються оболонки спинного мозку. Приблизно у віці біля 30 років починають виявлятись дегенеративно-дистрофічні зміни також у хребцях та дисках, які так досконало описані в літературі.

За нашими даними, в середньому віці дегенеративно-дистрофічні зміни в спинному мозку та в хребцях і дисках йдуть майже паралельно, але в спинному мозку вони набувають більш поширеного характеру і виходять за межі одного якогось сегменту.

У осіб похилого віку йде подальше прогресування дегенеративно-дистрофічних процесів в усіх структурах спинного мозку, пригнічуються процеси обміну речовин (зокрема йде затухання вироблення біогенних амінів). Поступово спинний мозок починає втрачати свій корегуючий та регулюючий вплив на процеси обміну в хребцях та міжхребцевих дисках. Це проявляється тим, що дегенеративно-дистрофічні зміни в хребцях та дисках починають знову відставати від таких в спинному мозку і навіть можуть набувати деякого зворотного характеру.

Таким чином, в проведеній нами серії досліджень знайшли своє підтвердження ствердження Ю. І. Головченка [3] про те, що першою в процесі онтогенезу індивідууму починає старіти нервова система, а потім всі інші органи і системи, в тому числі хребці та міжхребцеві диски.

Про провідну роль коркового аналізатору у формуванні неврологічних проявів остеохондрозу хребта судили по даних електроенцефалографії. Так, зокрема, при обстеженні біоелектричної активності головного мозку у 146 пацієнтів з неврологічними проявами остеохондрозу хребта було встановлено, що найбільші зміни відбуваються у фронтальних, темпоральних та центральних ділянках головного мозку, де за даними Г. А. Янковського [21] існує коркове представництво кісткового аналізатора, зокрема кісток хребта. Найбільш чітко ці зміни зафіксовані у пацієнтів з корінцевими та корінце-

во-судинними вертеброгенними розладами. Виявлені також зміни в глибинних структурах головного мозку, які приймають участь у формуванні надсегментарних вегетативно-трофічних механізмів.

Проведені клінічні обстеження 1093 пацієнтів з неврологічними ускладненнями остеохондрозу хребта показали, що у 66,5 % із них був дисбаланс вегетативних реакцій. Тому було проведено поглиблене вивчення стану вегетативної нервової системи із застосуванням сучасних функціональних кардіоваскулярних проб, як найбільш простих, репродуктивних, неінвазійних, надійних та точних методів діагностики вегетативних розладів. Як показали проведені дослідження, у всіх пацієнтів з неврологічними проявами остеохондрозу хребта спостерігаються грубі порушення вегетативної нервової системи на субклінічній стадії по типу системного дегенеративного процесу. Вони зачіпають не тільки вегетативні структури самого диску чи хребця, але і сегментарні спинальні центри, периферичні відділи вегетативної нервової системи та надсегментарні утворення.

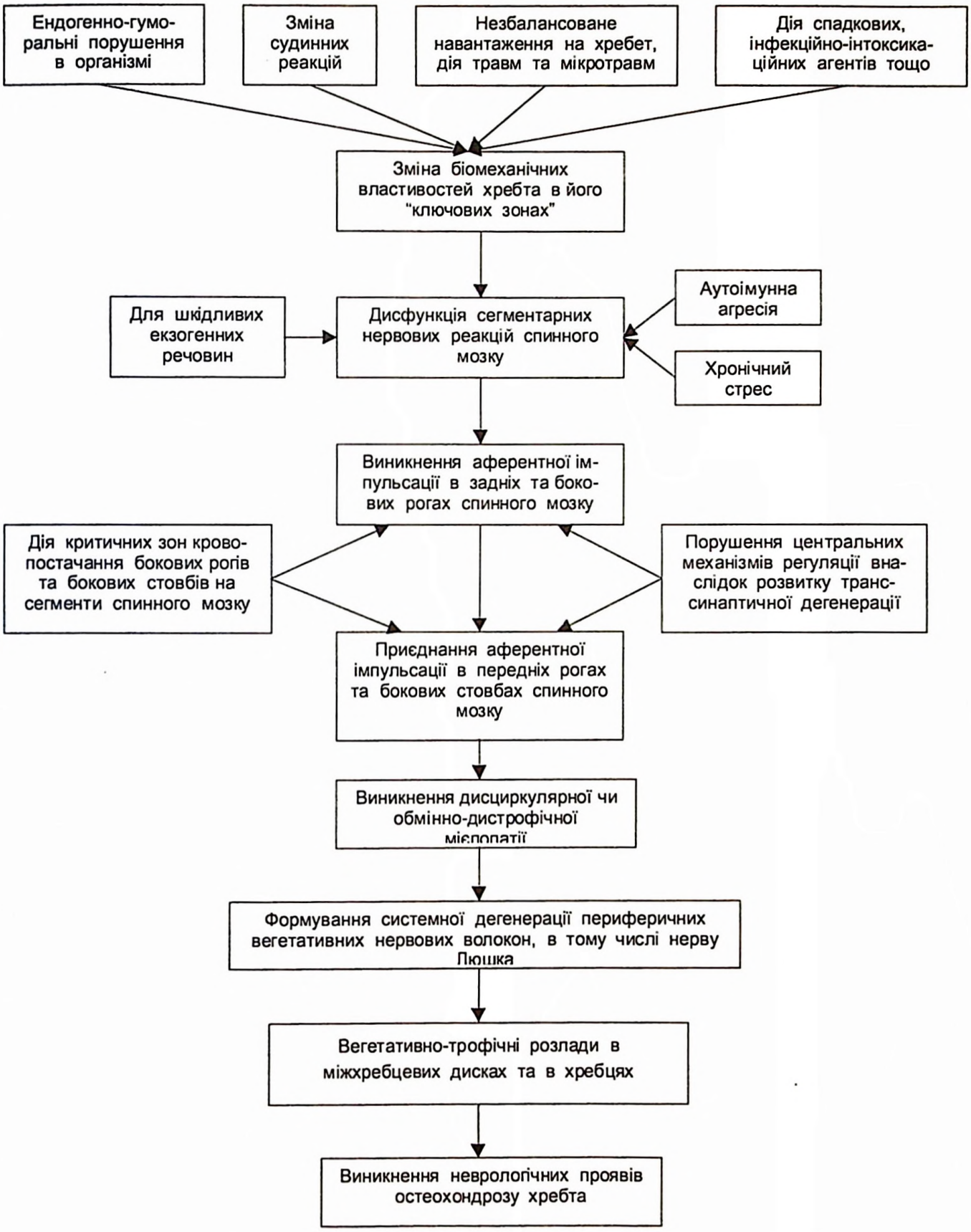
Проведене обстеження вмісту катехоламінів в біологічно активних рідинах (плазмі крові та сечі) у 104 пацієнтів з неврологічними проявами остеохондрозу хребта показали достовірне зниження вмісту норадреналіну в сечі та підвищення його показників в плазмі крові при вертеброгенному корінцевому, рефлекторних м'язово-тонічному, вегетативно-судинному та, в дещо меншій мірі, при нейродистрофічному синдромах. Це служить доказом того, що при цих неврологічних ознаках остеохондрозу хребта розвивається дегенерація периферичних вегетативних нервових закінчень, понижується компенсаторний механізм барорефлексу і немає нормального зворотнього захвату цього медіатору із плазми крові та включення його в подальші процеси обміну в організмі і виведення його з сечею.

Генетична схильність організму до тих чи інших неврологічних синдромів остеохондрозу хребта була встановлена за результатами вивчення HLA-імуногенетичних маркерів у 116 пацієнтів з вищезгаданою патологією. Було встановлено, що найбільша кількість антигенів гістосумісності (125) була властива пацієнтам з корінцевим синдромом. Найменша кількість антигенів HLA (51) була типована при рефлекторному нейродистрофічному синдромі і це наводить на думку про гомозиготність фенотипів при цьому синдромі. Як відомо, гомозиготність за будь-якою генетичною ознакою суттєво знижує здатність організму до адаптації і відновлення. Виявлені також "антигени-індикатори" при цій патології. Так, при рефлекторних м'язово-тонічному і нейродистрофічному синдромах частіше за всіх виявлявся антиген B27. При вертеброгенному корінцево-судинному синдромі — A10, B40; при поширеному остеохондрозі хребта — B13 і B16. Виявлення антигену HLA-Aw32 при корінцевому синдромі вказувало на певну частоту розвитку при цій патології системної первинної вегетативної нейропатії. У пацієнтів з рефлекторним вегетативно-судинним синдромом були повністю відсутні представники локусу HLA-C. При прогресуванні клінічних ознак остеохондрозу хребта виявлялась висока частота антигенів A1, A2, A9, B5, B8, B12.

Таким чином, підводячи підсумки проведених досліджень (мал. 1), можна висловити припущення, що першоосновою у виникненні остеохондрозу хребта та його неврологічних проявів є дисфункція сегментарних нервових реакцій на рівні спинного мозку, а не міжхребцевий диск, як висловлюється більшість авторів. Ця дисфункція обумовлена особливостями біомеханічних властивостей хребта, які виникають в першу чергу в його "ключових" зонах внаслідок незбалансованого, надмірного навантаження на хребет. Її можуть також підтримувати часті мікротравми хребта, ендокринно-гуморальні чи судинні порушення, дія спадкових, інфекційно-інтоксикаційних агентів тощо. Виникає аферентна імпульсація в задніх та бокових рогах спинного мозку, а потім і в передніх його рогах і бокових стовбах. Усугубляє цей процес і той факт, що бокові роги та бокові стовби в кожному конкретному сегменті знаходяться на стиці кровопостачання передньої та задньої спинальних артерій. Це призводить до виникнення патологічного потенціалу дії на рівні сегменту спинного мозку, в першу чергу в його вегетативних нервових утвореннях.

В процес включаються також надсегментарні нервові структури, розвивається так звана трансинаптична дегенерація центрального генезу, що було нами доведено, зокрема, на прикладі пацієнтів з синдромом дефектності втраченої кінцівки [20]. Це призводить до ще більшого дисбалансу на рівні сегментарних спинальних центрів. Виникає дисциркуляторна або обмінно-дистрофічна міелопатія. Поступово формується системна дегенерація периферичних вегетативних волокон і, зокрема, синувертебрального нерва Люшка. І лише після цього розпочинаються вегетативно-трофічні розлади на рівні міжхребцевого диску. Формування системної периферичної полінейропатії призводить до того, що процес поступово охоплює і сусідні опорно-рухові сегменти, міжхребцеві диски; на цьому підґрунті починають формуватись різноманітні нейротрофічні розлади в м'язах, сполучній тканині, внутрішніх органах. Тому, на нашу думку, зміни в хребті по типу остеохондрозу являються лише "фасадом", за стінами якого розігруються основні зміни в нервовій системі, які скриті від погляду досліджувача. Отже, кінцеве вирішення питання патогенезу остеохондрозу хребта та його неврологічних проявів ще не закінчене і потребує свого вирішення в часі саме з точки зору його неврологічної концепції.

Примітка: В зв'язку з деякою спільністю патогенетичних механізмів розвитку ряду рефлекторних вертеброгенних синдромів і для зручності користування матеріалами в статті зроблено відступ від Всесоюзної класифікації захворювань периферичної нервової системи (1982—1985) та введено декілька умовних позначень і замість формулювання діагнозів: "Рефлекторні синдроми. Цервікобрахіалгія (або торакалгія, або люмбоішіалгія) з м'язово-тонічними, або нейродистрофічними, або вегетативно-судинними (чи вегетативно-вісцеральними) проявами", вони умовно позначені: а) рефлекторний м'язово-тонічний синдром; б) рефлекторний нейродистрофічний синдром; в)рефлекторний вегетативно-судинний синдром.



Мал. 1. **Схема патогенезу неврологічних проявів остеохондрозу хребта**

Література:

1. *Антонов И. П.* Заболевания пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы (лечение и профилактика) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1978, т. XXVIII, № 3. — С. 321—336.

2. *Бурьянов А. А.* Грудной остеохондроз — методические аспекты восстановительного лечения и реабилитации. — Киев, Ленвит, 1997. — 328 с.

3. *Головченко Ю. И.* Возрастные изменения нервных стволов. — Киев: Здоров'я, 1983. — 88 с.

4. *Динабург А. Д., Фурман Б. Л.* Природа и патогенное значение остеохондроза позвоночника // III Всесоюзный съезд геронтологов. — Киев, 1976. — С. 337—340.

5. *Колісніченко В. А.* Клініко-рентгенологічні прояв-лення та основні принципи лікування хворих поперековою остеохондропатією: Дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 1994. — 207 с.

6. *Корж А. А.* Роль вертебрологии в медицине //Ортопед., травм. и протез. — 1994, № 1. — С. 5—8.

7. *Корж А. А., Хвисюк Н. И., Сак Н. Н.* Некоторые проблемы этиологии и патогенеза остеохондроза пояснич-ного отдела позвоночника // Ортопед., травмат. и протез. — 1974, № 11. — С. 1—10.

8. *Латышева В. Я.* Некоторые вопросы моделирования остеохондроза позвоночника // Периферическая нервная система. — Минск, 1982. — Вып. 5. — С. 50—61.

9. *Осна А. И.* Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза позвоночника //В кн.: Остеохондроз позвоночника, под ред. проф. А. И. Осна. — Новокузнецк, 1973, ч. 1. — С. 7—15.

10. *Попелянский Я. Ю.* Вертеброгенные заболевания нервной системы. — Йошкар-Ола, 1983. — 371 с.

11. *Пылдверс В. И., Пылдверс Э. М., Сталконф М. Н.* Патология и гистохимия интервертебральных дисков, удаленных из-за их выпячивания // Вопросы клинической невропатол. и психиатр. — 1962. — Т. 2. — С. 106.

12. *Ратнер А. Ю.* Шейный остеохондроз и церебральные нарушения. — Изд-во Казанского университета, 1970. — 246 с.

13. *Сименач Б. И., Кобахидзе Н. И.* Роль экзогенных и эндогенных факторов в генезе наследственно-предрасположенных заболеваний суставов. //Стресс и патология опорно-двигательного аппарата: Тез. докл. обл. конф. — Харьков, 1980. — С. 39—41.

14. *Тимошенко О. П.* Стресс как этиопатогенетический фактор структурно-метаболических повреждений костной и хрящевой тканей // Автореф. дис. ... докт. биол. наук. — Харьков, 1990. — 32 с.

15. *Фадеев Г. И.* Нестабильные повреждения позвоночника и современные принципы их лечения // Ортопед., травмат. и протезир. — 1996, № 3. — С. 5—7.

16. *Фищенко В. Я., Мартыненко Г. Ф., Шаргородский В. С., Швец В. А.* Консервативное лечение остеохондроза позвоночника. — Киев: Здоров'я, 1989. — 168 с.

17. *Хвисюк А. Н.* Обоснование и особенности хирургического лечения разрывов дистрофически измененных межпозвонковых дисков //Ортопед., травм. и протез. — 1996. — № 3. — С. 20—23.

18. *Швец А. И.* Переломы позвонков сочетающиеся с протрузией диска //Ортоп., травмат. и протезир. — 1996. — № 3. — С. 5—7.

19. *Юмашев Г. С., Фурман М. Е.* Остеохондрозы позвоночника. — М.: Медицина, 1984. — 382 с.

20. *Юрик О. Є.* Нові неврологічні синдроми при остеохондрозі хребта // Український вісник психоневрології. — 1996, т. 4, вип. 3(10). — С. 476—478.

21. *Янковский Г. А.* Остеорецепция. — Рига: Зинатне, 1982. — 316 с.

22. *Brandford D. S.* Vertebral osteochondrosis // Clin. Ortoped. and Related Res. —1981. — № 168. — P. 83—90.

23. *Clain A., Elswood J.* Relative role of genetic and enviromental factors in disease expression: sib pair analysis in ankylosing spondilitis //Arthr. and Rheumat. —1989. — Vol. 32, № 1. — P. 77—81.

24. *Crossman J. F., Wynne-Davies R.* Research for Genetic and Enviromental Factors in Ortopedics Diseases //Clin. Ortopaedics and Related Research. — 1986. — Vol. 210. — P. 97—105.

25. *Eyre D. K.* Biochemistry of the intervertebral disc // Internal. Rev. Connect. Tissue Res. — 1979. — Vol. 8 — P. 227—291.

26. *Rocco H. D., Eyring E. J.* Intervertebral disk snfection in children // Amer. J. Dis. Child. — 1972. — Vol. 123/5. — P. 448—451.

27. *Xin Shi-quing, Fan De-hao, Land Quan-zhi.* Pyogenic infection of intervertebral disk in aduets // Chinese Medical Journal. — 1989. — vol. 6, № 9. — P. 507—512.

NEUROGEN ASPECTS OF PATHOGENESIS OF SPINE OSTEOCHONDROSIS

O. Ye. Yuryk

Ukrainian Research Institute of Traumatology and Orthopedics

Kyiv

The neurogen theory of spine osteochondrosis has been worked out. The performed morphological investigations have shown that the degenerative and dystrophic processes in spine cord occur before the analogous changes in vertebrae and intervertebral discs. Paraclinic signs of systemic degeneration of peripheral vegetative nervous fibers have been stated at the subclinical level. The contribution of brain structures and immunogenetic factors to the formation of this pathology has been determined.

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА В СІМ'ЯХ ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

М. П. Беро

Обласна клінічна психіатрична лікарня
м. Донецьк

Психокорекційна робота в сім'ї являє собою істотну частину реабілітаційного комплексу постраждалих учасників ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС. Це пояснюється тим, що сім'я ліквідатора, у силу характерних для неї психологічних особливостей стилю міжособистої взаємодії і соціального функціонування, найбільше потенційно небезпечна можливостями настання дезадаптації [1]. Численні дослідження сімей із важкими невротичними або психопатичними розладами в загальній популяції населення (не ліквідаторів) [2] виявляють значну емоційну нестиглість у чоловіків, двоїстість мотивів, якими вони керувалися в спілкуванні з дітьми, висока взаємна залежність у відношеннях при нерозумінні потреби кожного, убогість емоційного життя.

Більшість авторів не вважають аномалії сімейних відношень ні основою соціогенезу нервово-психічних і психічних розладів, ні простим слідством захворювання членів сім'ї [2, 6]. Ціллю цієї роботи явилося вивчення і феноменологічний опис внутрішньосімейних, рольових відношень у сім'ях учасників ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС, що необхідно для розробки програм психокорекційної роботи в них. Подібні дослідження відсутні в доступній нам літературі.

Під спостереженням знаходилося 150 сімей, у яких чоловіки були ліквідаторами аварії на Чорнобильській АЕС і страждали різноманітними формами невротичних і особистісних розладів, що розвилися в результаті фізичної і психічної напруги, випробуваної під час участі в ліквідації аварії (F 34,1; F 45 і F 62,0 по МКХ-10).

При їхньому обстеженні крім клінічного аналізу їх соматичного і психічного стану і особистістних особливостей проводилися й експериментально-психологічні дослідження з запитальника В. М. Воловик для сімейного дослідження в психіатрії [2].

Самооцінка кожного з чоловіків виявлялася за допомогою спеціальної анкети, що містить питання [3]:

1. "Я" у власному уявленні.
2. "Я" в уявленні конфліктуючої зі мною особи (чоловіка, жінки, дитини).
3. "Я" в оцінці об'єктивного арбітра.
4. Чим пояснити розходження зазначених вище трьох оцінок.
5. Яким би я хотів бути (ідеальне "Я")?
6. Яку користь принесло б мені ідеальне "Я"?

Проведений самоаналіз мав не тільки діагностичну значимість, але і дозволяв створити психологічні "опорні пункти" для наступної психотерапевтичної корекції патологічних настановлень чоловіків.

Аналіз психогенної ситуації також проводився кожним із чоловіків за допомогою спеціальної анкети, у яких чоловік і дружина повинні були охарактеризувати зазначену ситуацію з таких позицій [3]:

1. Як я розумів(ла) причини виниклої конфліктної ситуації і мотиви моєї поведінки.
2. Сутність зазначеної ситуації і характер моєї поведінки в уявленні конфліктуючої зі мною особи (члена сім'ї).
3. Як би оцінив причини і сутність конфліктної ситуації, а так само мою поведінку об'єктивний арбітр.
4. Які дійсні джерела психогенної ситуації і як би мені слід було поводитися.
5. Яку реальну користь принесла б мені оптимальна поведінка. Проведений по зазначеній схемі аналіз психогенної ситуації має не тільки діагностичне значення, але і створює передумови для критичного осмислення кожним із чоловіків виниклої ситуації і сприяє нівелюванню її гіперактуальності.

Дружини обстежилися також за допомогою шкали маніфестної тривоги (MAS) і депресії [4, 5]. Особисті проблеми дітей ліквідаторів, усього 195 (104 хлопчика і 91 дівчинка) оцінювалися за допомогою методики Р. Жиля [4, 5], а також тематичних малюнків на теми: "Моя сім'я", "Моя хвороба".

Соматична патологія була виявлена в 63 % чоловіків-ліквідаторів, що знаходилися під нашим спостереженням, у 33 % їхніх дружин і 18 % дітей. Ті або інші порушення в психічному статусі в момент обстеження визначалися у всіх чоловіків (як одна з умов для добору сім'ї для її вивчення) у 71 % жінок і в більшості дітей — у 74 % хлопчиків і 53 % дівчаток.

Обстеження дружин ліквідаторів дозволило одержати результати, приведені в табл. 1.

Таблиця 1

Виразність тривоги і депресії в обстежених жінок

Виразність показника	Кількість жінок			
	з тривогою		з дисперсією	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Низька	12	8±3	58	38,4±4
Середня	55	37±4	66	44±5
Висока	83	55±5	26	16±3

Як очевидно з даних таблиці, усі дружини ліквідаторів відчували тривогу, у більшості випадків високого ступеня і депресію, хоча з меншим ступенем виразності. Тривога була обумовлена занепокоєнням за здоров'я чоловіка і дітей, економічний добробут, а також зниження рівня подружньої адаптації. Ці ж фактори призводили і до формування в жінок депресії. Клінічно їх можна було віднести до розладів F06-F07 по МКХ-10.

При клінічному дослідженні дітей ліквідаторів у більшості з них 74 (74±5 %) хлопчиків і 53 (58±6 %) дівчаток були виявлені різні форми порушення адаптації (F43,2), що очевидно з таблиці 2.

Таблиця 2

Частота порушень адаптації в дітей ліквідаторів на Чорнобильській АЕС

Порушення адаптації	Кількість			
	Хлопчиків		Дівчаток	
	абс. ч.	%	абс.ч.	%
Панічний або генералізований тривожний розлад F41.1	21	28+5	15	28±6
Неврастенія F048.0	26	35±6	10	19±5
Дисоциативні розлади F044	17	23±5	21	40±7
Іпохондричні розлади F45.2	10	14±4	7	12±5

У інших дітей спостерігалися моносистемні розлади: заїкуватість — у 21(20±6 %) хлопчиків і 13 (21±4 %) . Крім того, більш половини хлопчиків (58 або 58+8 %) і 37(41+5 %) дівчаток відставали в мовному розвитку від перевесників.

У результаті оцінки обстеження дітей ліквідаторів аварії на ЧАЕС за методикою Р. Жиля були отримані дані подані в табл. 3.

З даних таблиці випливає, що найбільше рідкісною рисою в обстежених дітей була життєрадісність. Не набагато частіше зустрічалися і довіра до людей, товариськість. Переважна більшість дітей були дратівливі, тривожні, відгороджені, недовірливі, фон настрою в них був знижений.

Своєрідність психічного складу вивчених нами подружжя та дітей, що виховуються ними у процесі еволюції їхніх взаємних відношень дозволило виявити й описати сім типів сімей.

1. Ригидні гіперпротективні сім'ї (20 %) характеризувалися жорсткою фіксацією ролей із незмінним домінуванням жінки і наявністю відсталих, інколи ірраціональних уявлень про природу хворобливого стану в чоловіка і дитини (дітей) — "чоловік опромінений", "дитині опромінення передалося в спадщину" і т. д. У залежності від вихідних установок поведінка в сім'ї будується у формі суворого контролю, що обмежує, у виді надмірної турботи й оберігання вихідних не стільки з потреб хворого чоловіка або дитини, скільки з уявлень про ці потреби.

Таблиця 3

Особливості особистості обстежених дітей

Виявлені риси	Хлопчики n = 104		Дівчатки n = 91		Всього n = 195	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Агресивність, дратівливість	75	73±5	61	67±6	136	68±5
Сором'язливість	29	28±4	40	44±4	69	37±4
Відгородженість	56	55±5	59	65±6	115	58±5
Недовірливість	64	63±6	55	62±6	119	59±5
Товариськість	48	47±5	32	35±5	80	42±4
Тривожність	89	88±5	74	83±6	163	84±6
Знижений фон настрою	85	84±5	78	15±4	163	84±6
Життєрадісність	19	18±2	13	18±2	32	16±3
Довіра к людям	40	39±4	36	39±5	76	38±4

2. Хаотичні сім'ї (15 %) характеризуються відсутністю чіткої лінії поведінки, суперечливістю установок і непослідовністю взаємних вимог. Це є джерелом нервової напруги в її членів.

3. Ригидні раціоналістичні сім'ї (15 %), у яких із холодною розважливістю і методичністю чоловік і жінка звертаються по медичну допомогу, скрупульозно виконують призначення лікарів, постійно контролюють своєчасність і повноту наданих за законом пільг. Незважаючи на наявність внутрішнього уподобання і формальної турботи про добробут один одного, у цих сім'ях царює холодна атмосфера.

4. Емоційно-відчужені сім'ї (15 %) характеризуються повною байдужістю друг до друга. Психологічно нічим не пов'язані, подружжя існує як сторонні люди. У цих сім'ях підвищується рівень дитячої дезадаптації.

5. Напружно-дисоційовані сім'ї (15 %) відрізняються конфліктними відношеннями чоловіка і жінки і частої фіксації дитини в ролі "цапа відпущення". Цим сім'ям властива обстановка недоброзичливості, постійного пошуку винних. У них високий рівень невротизації як у чоловіка та жінки, так і в їхніх дітей.

6. Симбіотичні сім'ї (15 %), у цих сім'ях хворобливі симптоми ліквідатора переносяться і індукируються на дітей. У дитини формується патологічне уподобання, частіше усього до матері.

7. Псевдогармонічні сім'ї (5 %) характеризуються нездатністю до ефективної взаємодії, глибокий емоційний розлад сусідить з активним прагненням до консолідації сім'ї. Часто на плечі дітей звалюється необхідність опікати батьків.

Виділені типи сімей є стійкими утвореннями (3— 10 років за даними аналізу).

Тип сім'ї визначає і характер розвитку невротичних розладів у її членів. Так, виявлення хвороби в кого-небудь із членів гіперпротективних сімей веде до загострення властивих їм особливостей. При цьому в першому типі сімей висуваються і втілюються в життя власні концепції зцілення або огородження, у хаотичних — драматизація частковостей, панічна дезорганізація поведінки. У напружно-дисоційованих сім'ях виявлення хвороби іноді сприяє зм'якшенню атмосфери в них. У той час, як в емоційно-відчужених і симбіотичних сім'ях, навіть факт хворобливих розладів у дітей не сприймається всерйоз, це веде до пізнього звертання за медичною допомогою.

Отримані дані про наявність невротичних розладів не тільки в самих ліквідаторів аварії на ЧАЕС, але й у їхніх дружин і дітей дозволяють зробити висновок про значну глибину і виразність сімейної дисгармонії з фіксацією в особистих структурах. Динамічний аналіз взаємовідносин у таких сім'ях показує, що вони є формою взаємного пристосування чоловіків. У цих процесах пристосування виявляються різноманітні сторони функціональної недостатності. Феноменологічний опис і оцінка переважения тих або інших рис і особливостей функціонування дисгармонійних сімей уможливив виділення їхніх визначених типів. Отримані дані необхідних для правильної організації лікувального процесу і формування наступної пристосувальної поведінки. Найбільше ефективно це досягається при включенні в комплексну терапевтичну систему психокорекційної сімейної терапії.

Література:

1. *Беро М. П.* Подружня адаптація в сім'ях чоловіків-ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС. Мед.-соц. пробл. сім'ї. — 1998. — Т. 3. — № 2. — С. 48—52.

2. *Воловик В. М.* Сімейні дослідження в психіатрії і їхнє значення для реабілітації хворих. — У кн.: Клінічні й організаційні основи реабілітації психічно хворих. М.: Мед., 1980. — С. 207—266.

3. *Кришталь В. В., Гульман Б. А.* Сексологія. Том II. Загальна сексопатологія.— Ох.: НП "Акад.", 1997.— 272 с.

4. Кращі психологічні тести для профорієнтації і профвідбору.— Петрозаводськ: Петраком, 1992.— С. 49—50.

4. *Марищук В. Л.* Методики психодіагностики в спорті. — Київ: Просвіта, 1990 — 255 с.

5. *Рогов Е. И.* Настільна книга практичного психолога в просвіті. — Москва: Владос, 1995. — С. 79—89.

6. *Семигов С. Б.* Полустаціонарні форми психіатричної допомоги. — Л.: Мед., 1988. — С. 130—139.

WORK OF PSYCHOCORRECTION IN FAMILIES OF LIQUIDATORS IN FAILURE ON CHERNOBYL

M. P. Bero

Regional clinical psychiatric hospital
Donetsk

A system-structural fortune analysis of psychical activity, sexual health, given psychological research, indexes of matrimonial adaptation in families of liquidators in failure on Chernobyl is seen out.

Seven liquidators families types are exposed and described the development peculiarities of neurotic disorders in dependence on these types are defined.

Interference on inclusion necessity of deal of psychocorrection with such families in organization system of medical process and in forming of consequent adapted conduct is done.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦИКЛА БОДРСТВОВАНИЕ — СОН ПРИ КИНДЛИНГОВОМ СИНДРОМЕ, ВЫЗВАННОМ ПОВТОРНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ПИКРОТОКСИНА И ЭФФЕКТЫ L-ТРИПТОФАНА

А. И. Брусенцов, В. В. Мороз, С. А. Супрун, Т. Н. Помазанова

Одесский государственный Медицинский Университет
Одесса

В условиях острых опытов на крысах-самцах линии Вистар показано, что в при сформированном киндлинге с помощью повторного применения первоначально подпороговой дозы пикротоксина (1,0 мг/кг, в/бр, 21 инъекция) наблюдается уменьшение периода активного бодрствования, возрастание фазы медленноволнового сна и укорочение парадоксального сна. Применение L-триптофана (100 мг/кг, в/бр) восстанавливает указанные расстройства цикла бодрствование — сон.

Многочисленные данные свидетельствуют о зависимости эпилептиформных проявлений от фаз цик-

ла бодрствование — сон. Описаны формы эпилепсии, возникающие только в период сна, засыпания или пробуждения [1—5]. В исследованиях [7] показано подавление генерализованной эпилептической активности в течение парадоксального сна практически при всех формах эпилепсии у человека. У животных подавление эпилептогенеза в течение парадоксального сна отмечено в условиях электросудорожного шока у крыс и кошек, системного введения пенициллина и гиппокампальном электростимуляционном киндлинге у кошек, а также при эпилептическом статусе при фотогенной эпилепсии у обезьян [8]. Таким образом, парадоксальный сон рассматривается как механизм противоэпилептической защиты мозга.

Представляло интерес изучить характеристики цикла бодрствование — сон у животных с фармакологическим киндлингом, а также эффекты триптофана — предшественника серотонина, имеющего важное значение в развитии сна и обладающего способностью подавлять эпилептическую активность [1].

Исследования выполнены на крысах-самцах линии Вистар массой 270—300 г, которые содержались в обычных условиях, со свободным доступом к воде и пище. В условиях нембуталового наркоза (40 мг/кг, в/бр) крысам вживляли электроды в вентральные отделы гиппокампа, сенсомоторные отделы коры головного мозга и в шейные мышцы. Животных использовали для наблюдения через 7—14 дней с момента операции.

Исследование цикла сон — бодрствование — электрографические и поведенческие реакции у крыс регистрировали в звукоизолированной камере при постоянном уровне искусственного освещения. Непрерывное наблюдение, актометрию, регистрацию ЭЭГ и ЭМГ шейных мышц осуществляли в течение четырех часов. Запись биопотенциалов проводили монополярно на четырехканальном электроэнцефалографе 4-ЭЭГ-3 при скорости движения ленты 3,75 мм/с. Минимальная продолжительность оцениваемого интервала составляла 50 с [6]. У крыс различали следующие фазы цикла бодрствование — сон: состояние бодрствования, которое характеризовалось десинхронизацией активности в коре головного мозга и развитием *тета*-ритма в гиппокампе. В фазу поверхностного медленноволнового сна регистрировались периоды неустойчивой низкоамплитудной активности в неокортексе, на фоне которой появлялись веретена с частотой *альфа*-ритма. Стадия глубокого медленноволнового сна характеризовалась увеличением числа *тета*- и *дельта*-волн как в коре, так и в гиппокампе, амплитуда которых достигала 200 мкВ и более. В течение парадоксального сна отмечалась десинхронизация активности в коре головного мозга и развитие *тета*-ритма в гиппокампе. Фаза парадоксального сна заканчивалась десинхронизацией активности в гиппокампе, которой предшествовало одно или несколько веретен в неокортексе. В период прекращения парадоксального сна частым явлением было пробуждение животных. Учитывали общую продолжительность отдельных фаз сна, а также латентные периоды засыпания и парадоксального сна.

L-триптофан ("Sigma", США) растворяли *ex tempore* в физиологическом растворе NaCL и вводили внутрибрюшинно в дозе 100 мкг/кг. Животным контрольной группы в аналогичных условиях применяли введение физиологического раствора.

Результаты исследований обрабатывали статистически с применением критериев, которые отвечают требованиям медико-биологического эксперимента.

В условиях развившегося киндлинга у животных регистрировалось снижение продолжительности периода бодрствования — в среднем с 6110 + 405 до 4120 + 457с ($P<0.05$). Наблюдалось также возрастание продолжительности глубокого медленноволнового сна — с 7630 + 375 до 8030 + 496 с ($P<0.05$), а также снижение представленности периода парадоксального сна — с 1070 + 88 до 680 + 56 с ($P<0.05$). В данных условиях латентный период засыпания составил 375 + 30 с, а латентный период парадоксального сна — 740 + 82 с, что не отличалось от соответствующих данных у крыс контрольной группы (в/бр применение физиологического раствора) (($P>0.05$)

Применение L-триптофана у киндлинговых крыс сопровождалось следующими изменениями периодов цикла бодрствование — сон: длительность бодрствования составила 5750 + 365, глубокого медленноволнового сна — с 7340 + 270 а представленность периода парадоксального сна — с 1200 + 101. Указанные показатели не отличались от таковых у животных контрольной группы ($P>0.05$). В данных условиях латентный период засыпания сокращался и составил 323 + 25 с, а латентный период парадоксального сна — 670 + 75 с, что также не отличалось от контроля ($P>0.05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что в условиях формирования киндлинга с помощью повторного применения пикротоксина у животных наблюдается значительное укорочение парадоксального сна, увеличение выраженности медленноволновой фазы сна и сокращение периода бодрствования. Подобные нарушения цикла бодрствование — сон имели место и при электростимуляционном киндлинге [8], причем в этом случае момент уменьшения (редукции) фазы парадоксального сна соответствовал периоду возникновения и последующего развития генерализованных судорожных проявлений. Можно полагать, таким образом, что повышенная судорожная готовность в условиях развития киндлинга объясняется снижением активности механизмов противоэпилептической защиты мозга, а именно, — снижением функциональной активности механизмов парадоксального сна, при одновременном увеличение активности синхронизирующих систем мозга, проявляющееся возрастанием представленности фазы медленноволнового сна, обладающего способностью облегчать эпилептогенез [1—5].

Под влиянием L-триптофана отмеченные изменения со стороны цикла бодрствование — сон исчезали и исследовавшиеся показатели не отличались от таковых в контроле. Полученные результаты позволяют полагать, что L-триптофан оказывает противосудорожное действие путем восстановления функциональной активности механизмов парадоксального сна, за счет чего возникает снижение общей возбудимости мозга.

Литература:

1. *Биниауришвили Р. Г., Вейн А. М., Гафуров Б. Г., Рахимджанов А. Р.* Эпилепсия и функциональные состояния мозга. — Т.: Медицина, 1985. — 239 с.
2. *Джибладзе М. Г., Вирсаладзе М. Д.* Сравнительные показатели структуры сна при эпилепсии и парасомниях // Пароксизмальные состояния в неврологии: Матер. Пленума правл. Всес. науч. общ. невропатологов и науч. совета по неврол. АМН СССР.— Киев, 1991.— С. 37.
3. *Сумский Л. И.* Эпилептическая активность и ночной сон // Журн. невропатол. и психиатрии. — 1971. — 71, Вып. 1.— С. 141—144.
4. *Baldy-Moulinier M.* Inter-relationships between sleep and epilepsy//In: Recent advances in Epilpsy. Number Three/ Ed/ by Pedley T. A., Meldrum B. S./. — Bath Press (G. B.), 1986. — P. 37—57.
5. *Halasz P.* Epilepsy and sleep//Clin. Neurol. and Neurophys. — 1987. — V. 89, № 2. — P. 63—66.
6. *Pellegro F., Monti J. M., Baglietto J.* Effects of methoxamine and alpha-adrenoreceptor antagonist prazozin and yohimbine on sleep-wave cycle of the rat//Sleep. — 1984. — V. 7, № 4. — P. 365—372.
7. *Shouse M. N.* Seizures and epilepsy during sleep// In: Principles and Practice of Sleep Medicine/ Ed. by Kryger M. H., Roth T., Dement W./ Philadelphia: Senders, 1989. — P. 364—376.
8. *Shouse M. N., Siegel J. M., Wu M. F., Szymusiak R., Morrison A. R.* Mechanisms of seizure suppression during rapid- eye- movement (REM) sleep in cats//Brain Res. — 1989. — V. 505, № 1—2. — P. 271—282.

CHANGES OF A CYCLE A WAKEFULNESS — DREAM AT KINDLING SYNDROME, CAUSED BY REPEATED APPLICATION OF A PICROTOXIN AND EFFECTS OF A L-TRYPTOPHAN

A. I. Brusencov, V. V. Moroz, S. A. Suprun, T. N. Pomasanova

Odesa State Medical University
Odesa

In conditions of experiment is shown, that the increased convulsive readiness in conditions of development kindling is caused by downstroke of activity of mechanisms of antiepileptic protection of a brain (mainly mechanisms of paradoxical dream) at simultaneous augmentation of activity of synchronizing systems of a brain.

ОСОБЛИВОСТІ МОЗКОВОГО КРОВОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ ІНВОЛЮЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ЖІНОК

М. І. Винник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії
Івано-Франківська державна медична академія
м. Київ, м. Івано-Франківськ

Значну роль в патогенезі психічних розладів інволюційного генезу у жінок можуть відігравати дисциркуляторні порушення, обумовлені характерною для даного віку естрогенною недостатністю [1, 2].

Вазоактивні ефекти естрогенів і гестагенів сьогодні не викликають сумніву. Показано, що жіночі статеві гормони можуть визначати розвиток і прогресування патологічних змін в артеріях, венах і капілярах з послідуючим порушенням регіональної гемодинаміки [6, 10].

У вазоактивності естрогенів визначальним є рецепторний механізм, хоча не виключається участь і інших процесів, які реалізують пряму і (чи) непряму дію гормонів на артеріальну стінку [6]. Впливаючи на ендотелій, естрогени знижують здатність до адгезії формених елементів крові [4, 7, 9], зменшують виділення потужного вазоконстриктора ендотеліну [4, 8, 11] і протидіють вазоконстрікторним ефектам простагландина Ф2, тромбоксана А2, адреналіну [10] і ін. Естрадіол збільшує продукцію ендотеліальними клітинами оксиду азоту — одного із найпотужніших вазодилятаторів [4, 8, 9].

Важливим аспектом дії естрогенів є їх вплив на ліпідний профіль крові. Показано, що в процесі замісної гормональної терапії (ЗГТ) спостерігається вирівнювання показників холестеринів і тригліцеридів, зниження вмісту в крові ліпопротеїнів низької щільності і підвищення — ліпопротеїнів високої щільності, що забезпечує, наряду із іншими ефектами гормонотерапії, антиатерогенний ефект [3, 10]. Важливо, що прогестагени в складі сучасних гормональних препаратів для ЗГТ не проявляють антагоністичної по відношенню до естрогенів дії [2].

Згідно сучасних уявлень постійність мозкового кровообігу і його адекватні зміни забезпечуються складними регуляторними механізмами при тісній взаємодії міогенного, неврогенного, гуморально-метаболічного та інших факторів [5].

З метою порівняльного вивчення мозкового кровозабезпечення при межових та психотичних формах психічної патології інволюційного генезу у жінок проведено реоенцефалографічне обстеження 26 жінок з психічними порушеннями в структурі клімактеричного синдрому (КС), 12 — з посткастра-

ційним синдромом (ПКС) і 29 — з інволюційними психозами (депресією — 17 і параноїдом — 12).

При аналізі РЕГ брались до уваги якісні і кількісні показники: форма кривої, її регулярність, крутизна підйому висхідного коліна і спуску низхідного, характер вершини, вираженість дикротичного зубця і місце його розташування, додаткові зубці. Із кількісних показників визначались: 1) реографічний індекс (РІ); 2) модуль пружності (МУ); 3) дикротичний індекс (ДКІ); 4) діастолічний індекс (ДСІ); 5) коефіцієнт асиметрії (КА). Всім хворим для оцінки реактивності судинної стінки проводилась функціональна проба з нітрогліцерином.

В усіх випадках психічні розлади вперше з'явилися у обстежених хворих в клімактеричному періоді, що і було головним критерієм їх відбору.

Середній вік хворих з межовими нервово-психічними розладами в структурі КС на момент обстеження складав 53,7±2,1 року, хворих з ПКС — 40,3±2,7 року, а хворих з психозами — 56,2±3,1 року. Із числа обстежених в постменопаузі знаходилась 61 хвора (91 %). Інші жінки перебували в пременопаузі.

Аналіз реоенцефалограм показав, що практично у всіх хворих КС мали місце порушення центральної регуляції тонусу судин головного мозку. Достовірно частіше в даній групі виявлялись дистонічні прояви по змішаному типу (57,7 %) з тенденцією до гіпертонусу, про що свідчили дані ДКІ. На фоні зниженого тонусу крупних, середніх і частково дрібних артеріальних і венозних судин в подібних випадках спостерігалось значне підвищення тонусу дрібних артерій і артеріол, підвищення рівня периферичного судинного опору (спастичний стан артеріол і венул).

Таблиця 1

Типи порушень мозкового кровообігу у хворих КС, ПКС та інволюційними психозами

Тип РЕГ	Групи хворих			
	К (n—10)	КС (n—26)	ПКС (n—12)	Психози (n—29)
1. Дистонія по змішаному типу	3/30,0±14,5%	*15/57,7±9,7%	3/25,0±12,5%	9/31,0±8,6%
2. Дистонія по гіпертонічному типу	—	3/11,5±6,3%	1/8,3±8,0%	*20/69,0±8,6%
3. Дистонія по гіпотонічному типу	2/20,0±12,6%	8/30,8±9,1%	*8/66,7±13,6%	—
Всього	5/50,0 %	26/100,0%	12/100,0 %	29/100,0 %

* — різниця достовірна між клінічними групами

Гіпотонічний тип дистонії, при якому виявлялись більш чи менш виражені прояви зниження артеріовенозного тонусу (іноді з атонічними включеннями), затрудненням венозного відтоку, і, як результат — підвищенням пульсового кровонаповнення, спостерігався у 30,8 % (8) випадків.

У інших хворих (11,5 %) виявлявся гіпертонічний тип реоенцефалограм, коли мало місце підвищення тонусу судин всіх калібрів, що супроводжувалось значним підвищенням периферичного судинного опору.

У 23,1 % обстежених хворих виявлялись легко чи помірно виражені прояви зниження еластичності судинної стінки, а у 35,5 % — при проведенні функціональної проби з нітрогліцерином виявлялось деяке зниження її реактивності.

Реоенцефалограми 42,3 % (11) хворих характеризувались асиметрією мозкового кровозабезпечення, яка не виходила за рамки норми.

У 76,9 % (20) пацієнтів виявлялись прояви вертебробазілярної недостатності в основному за рахунок артеріо-венозної гіпотонії.

Відмічені розлади тонусу судин головного мозку обумовлювали порушення церебральної гемодинаміки по гіпер- чи гіпоперфузійному типу як в басейні внутрішніх сонних, так і вертебробазілярних артерій.

Характерною особливістю реоенцефалограм хворих ПКС було домінування дистоній по гіпотонічному типу (66,7 %, що статистично достовірно) і підвищення в більшості випадків реактивності судинної стінки під час функціональної проби.

Реоенцефалограми хворих психозами відрізнялись від аналогічних даних хворих з межовими розладами більш грубими порушеннями.

У більшості хворих (68,9 %) спостерігалось підвищення тонусу судин всіх калібрів та периферичного судинного тонусу. Гіпертонус судин всіх калібрів виявлявся у більшості хворих і у вертебробазілярному басейні.

Дистонії змішаного типу, коли мала місце різнонаправленість змін тонусу крупних і дрібних артерій і вен (зниження тонусу крупних і середніх і підвищення — дрібних артерій, артеріол і капілярів) зустрічались у 31,0 % (9) випадків.

Різного ступеня порушення еластичності судинної стінки і ще більш значне, ніж в групах з межовими нервово-психічними розладами, зниження її реактивності спостерігалось у 65,5 % (19) випадків.

Асиметрія кровозабезпечення в басейні внутрішніх сонних та вертебробазілярних артерій спостерігалась у 44,8 % (13) хворих.

Аналіз реографічних (табл. 2) показників виявив достовірне відхилення від норми РІ та МУ як у хворих з межовими, так і психотичними розладами. Порівняння вказаних показників між даними групами не виявило достовірної різниці. ДКІ показав більш виражений спазм артеріол у хворих психозами, ніж КС.

Таблиця 2

Реографічні показники у хворих з КС і інволюційними психозами

Групи хворих / Відведення	Показники			
	РІ	МУ	ДКІ	ДСІ
Межові				
Omd	13,05±1,19*	8,37±0,79*	66,70±5,56	55,95±4,40*
Oms	12,29±1,10*	8,84±0,48*	70,51±7,60	59,27±6,58
FMd	12,29±1,10*	9,23±0,51*	83,28±9,10	66,41±7,85
FMs	14,75±1,48*	9,18±0,50*	78,41±9,66	69,81±8,89
Психози				
Omd	5,90±1,17*	9,53±0,63*	106,7±36,65	91,21±26,51
Oms	5,97±1,23*	10,08±0,67*	85,56±29,15	75,61±24,63
FMd	10,52±1,73*	10,11±1,05*	82,46±15,39	67,86±13,15
FMs	10,85±1,45*	8,67±1,02*	84,38±21,22	66,96±13,71

Примітка: * — різниця достовірна по відношенню до норми.

Omd — окціпіто-мастоїдальне відведення справа.
Oms — окціпіто-мастоїдальне відведення зліва.
FMd — фронто-мастоїдальне відведення справа.
FMs — фронто-мастоїдальне відведення зліва.

Таким чином, практично у всіх хворих з психічною патологією інволюційного генезу виявлялись значні порушення мозкового кровообігу, які могли сприяти розвитку метаболічних і інших порушень і, в кінцевому результаті, в значній мірі впливати на стан гомеостатичних систем головного мозку.

Серед хворих з межовими (в структурі КС) і, особливо, психотичними розладами домінували дистонії по гіпертонічному типу, що може свідчити про підвищення тонусу симпатичної нервової системи в даних випадках. У хворих з психозами поряд із функціональними порушеннями виявлялись більш грубі органічні ураження судинної стінки.

Література:

1. *Менделевич В. Д.* Психопатология климакса. — Казань, 1992. — 167 с.
2. *Татарчук Т. Ф.* Фактори ризику, клініка, діагностика, профілактика та лікування ранньої менопаузи // Автореф. дис. ... д. м. н. — Київ, 1998. — 43 с.
3. A New Approach in the Treatment of Climacteric Disorders / Eds H. P. G. Schneider, A. R. Genazzani. — Berlin, 1992. — 254 p.
4. *Collins P.* In vitro and in vivo effects of estrogen on nitric oxide and the endothelium // Blood Flow and vascular resistance. — Sidney, 1996. — P. 11—13.
5. *Genazzani A. R., Salvestroni C., Guo A. L. et al.* Neurosteroids and regulation of neuroendocrine function. The brain: source and target for sex steroid hormones New-York — London, 1996; 83—92.
6. *Hillard T. C., Bourne T., Crook D., Whitehead N. I.* Controversies in Hormone Replacement Therapy. Some Questions Answered / Ed. M. I. Whitehead. — Carnforth — New Jersi, 1991. — P. 39—47.
7. *Mattson L.-A., Sporrong T.* Hormon replacement therapy in the climacteric period // The climacteric and its treatment. — N.-Y.-L, 1997. — P. 103—112.
8. *Pearson I. D.* Vasoactive substances // Hormon replacement therapy and the cardiovascular system, recent advances. — Abingolon, UK, 1995. — P. 27—30.
9. *Podsolkov V., Podsolkova N., Bragina A., Kostoeva L.* Cardioprotection by hormon replacement therapy//Abstract book. The first Amsterdam menopause symposium 1—3 april 1998.— P. 71.
10. Sex steroid and the Cardiovascular System / Eds. P. Ramwell, G. Rubanyi, E. Schillinger.— Berlin, 1992.— 187 p.
11. *Smith R., Studd I.* The menopause and Hormone Replacement Therapy. — London, 1993. — 213 p.

FEATURES OF THE BRAIN BLOOD SUPPLY IN MENTAL DISORDERS INVOLUTIONAL GENESIS AMONG WOMEN

M. I. Vinnik

Ukraine SRI of Social and Forensic Psychiatry
Ivano-Frankivsk State Medical Academy
Kyiv, Ivano-Frankivsk

Rheoencephalodgaphic examination of the women with climacteric syndrom, postcastration syndrom and involution psychosis (26, 12 and 29 accordingly) were conducted. There were found discirculatory disorders that might play an important role in the above-named mental disorders' formation.

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Н. В. Гавенко

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Высокая распространенность психических расстройств, особенно в последнее время, требует решения проблемы их ранней диагностики еще на стадии начальных, наименее специфических изменений, когда проведение коррекционных и профилактических мероприятий является наиболее эффективным [1]. Особый интерес в связи с этим может представить изучение лиц, труд которых связан с нервно-психическим перенапряжением и поэтому может быть одним из факторов риска формирования психических и психосоматических расстройств [4, 6, 7]. Наиболее неблагоприятным является тот факт, что показатели психического здоровья на Украине за последние 5 лет особенно стремительно ухудшаются у лиц молодого возраста. Обучение в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, который связан с постоянным нарастанием и усложнением информации, дефицитом времени, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жестким контролем и др., что приводит к развитию умственного переутомления, гиподинамии, нарушению режима труда и отдыха [2, 3, 5].

В современных условиях жизни и обучения довольно трудно установить грань между здоровым организмом и организмом, в котором только начинают проявляться признаки патологии, т. е. предвестники болезни. Обнаружить эту переходную стадию очень трудно, т. к. структурно-функциональные изменения носят скрытый характер и проявляются обычно в экстремальных ситуациях, например, у студентов в период экзаменационной сессии. Специфика обучения в вузе, наличие экзаменационных периодов, особенно на младших курсах, является критическим и сложным фактором, определяющим адаптацию студентов к условиям обучения, в большинстве случаев он связан с необходимостью запоминания большого количества разноплановой информации в условиях дефицита времени и характеризуется большой ответственностью [3, 5]. Во время экзаменационной сессии интеллектуально-эмоциональной сфере студентов предъявляются повышенные требования, а ведь известно, что в механизме нарушений психической адаптации ведущее место занимают нарушения в эмоционально-волевой сфере человека [4, 6]. Степень напряжения в этот период зависит от подготовленности студента и его личностных особенностей. Именно на младших курсах, по нашему мнению, происходит наибольшее напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов, наличие которых определяет возможность студента продолжить обучение в вузе.

Для выяснения степени психической дезадаптации студентов, особенностей психопатологических проявлений пограничных расстройств у данного контингента лиц нами были проведены массовые проспективные исследования студентов младших курсов Харьковского Государственного Медицинского Университета. Контингент обследования составил 662 человека (233 мужчин и 429 женщин) и включал в себя студентов всех факультетов, находящихся на бюджетной и контрактной форме обучения.

Комплекс методов исследования был составлен с использованием объективных, субъективных и проективных методов. Объективно оценивались результаты учебной деятельности, психофизиологические показатели умственной работоспособности. К субъективным методам были отнесены анкеты изучения социально-психологических и гигиенических условий жизни и обучения студентов, их психического состояния, методика оценки особенностей личности (СМОЛ), анализ признаков начальных проявлений недостаточности кровообращения мозга, методика ТРАНС (модификация методики САН): тревога, работоспособность, активность, настроение, самочувствие и др. Проективный подход был реализован при использовании теста "Незаконченные предложения". В настоящей работе проанализированы результаты оценки психического состояния студентов.

Проведенный анализ показал, что распространенность нарушений со стороны различных психических сфер среди студентов имеет половые различия. Частота встречаемости расстройств во всех психических сферах у женщин чаще, чем у мужчин. Наиболее распространенными являются нарушения со стороны общего самочувствия, которые предъявляют 44,2 % студенток, эмоциональные расстройства (51,2 %), расстройства памяти (47,5 %), эффекторно-волевые нарушения (45,4 %).

Данные о распространенности нарушений представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распространенность нарушений со стороны психических сфер у студентов 1 курса (%)

	Общее самочувствие	Сознание	Восприятие	Память	Внимание	Мышление	Эмоции	Эффекторно-волевая сфера	Вегетативная сфера
Ж	44,2	37,8	34,1	47,5	40,3	30,2	51,2	45,4	31,8
М	35,8	29,9	27,7	39,7	31,9	27,5	42,7	39,1	23,4

Как свидетельствуют данные, чаще всего у мужчин (42,7) и у женщин (51,2) на 1 курсе наблюдаются жалобы и нарушения со стороны эмоциональной сферы. Реже встречаются нарушения памяти, эффекторно-волевой сферы, жалобы со стороны общего самочувствия. Необходимо отметить, что данная закономерность встречаемости нарушений одинакова как у мужчин, так и у женщин. Менее всего у мужчин страдает вегетативная сфера (23,4), а у женщин мышление (30,2).

Данные о распространении нарушений у студентов на 2 курсе представлены в табл. 2.

Таблица 2

Распространенность нарушений со стороны психических сфер у студентов 2 курса (%)

	Общее самочувствие	Сознание	Восприятие	Память	Внимание	Мышление	Эмоции	Эффекторно-волевая сфера	Вегетативная сфера
Ж	30,4	21,3	16,6	34,9	27,9	19,9	35,1	29,2	20,8
М	19,9	12,7	12	29,2	23,6	18,3	27,3	22,8	13,2

По данным исследования студентов 2 курса видно, что распространенность нарушений со стороны психических сфер изменений имеет существенные отличия от нарушений среди студентов на 1 курсе. Следует отметить, что имеют место отличия не только по структуре проявлений, но и изменения имеют половые различия. Так, у мужчин чаще всего встречаются нарушения памяти, а у женщин — нарушения в эмоциональной сфере. На 2 курсе у женщин расстройства со стороны общего самочувствия встречаются чаще, чем нарушения эффекторно-волевой сферы, а нарушения в вегетативной сфере чаще, чем нарушения восприятия. Реже у мужчин встречаются нарушения эмоций, внимания, эффекторно-волевой сферы. Реже всего у мужчин 2 курса встречаются нарушения восприятия.

Представленные данные позволяют сделать выводы о том, что основные нарушения наблюдаются в эмоциональной сфере (кроме мужчин 2 курса) в виде нетерпеливости, периодов отсутствия активности, перепадов настроения, внутреннего беспокойства.

Не отрицая влияния большого объема учебного материала, необходимо отметить, что к основным факторам, вызывающим переутомление у студентов, относятся недостаточно четкая организация учебного процесса, неритмичность работы, отсутствие своевременного отдыха.

Анализ признаков и соотношения их с психическим статусом позволяет выделить пять групп студентов по состоянию их здоровья:

• студенты, у которых не выявляется социально-учебный, психо-эмоциональный и функциональный дискомфорт;

• студенты, у которых психо-эмоциональные и функциональные нарушения обнаруживаются только в экстремальных ситуациях, например, в начале обучения или в период экзаменов;

• студенты, у которых уже выявляются предвестники болезни без экстремальных ситуаций, например, периодические повышения артериального давления или уровня сахара в крови;

• студенты с факторами риска или функциональными нарушениями;

• студенты со стабильными патологическими симптомами или синдромами (больные).

Таким образом, для оценки состояния здоровья студентов необходимо разработать комплексные методики исследования, обязательно учитывающие все существенные стороны процессов обучения, которые характеризуют как психолого-индивидуальные особенности, так и проявления этих особенностей в биоэлектрической и гемодинамической активности головного мозга, вегетативно-эндокринной, анализаторных и сердечно-сосудистых системах. Так же необходимо разработать психокоррекционные и психопрофилактические мероприятия непосредственно для студентов с учетом загруженности их рабочего дня, особенностей проведения психотерапии в учебной группе.

Литература:

1. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. — М., 1993. — С. 400.

2. *Бенькович Б. И.* О стадийности формирования социально-стрессовых расстройств // Материалы международной конференции психиатров. 18—19 февраля, Москва. — М.: Р. Ц. Фарминфо, 1998. — С. 72.

3. *Быков С. И., Хазмутдинов А. Р., Романов Е. А.* Факторы риска синдрома "эмоционального сгорания" у студентов-медиков // Материалы международной конференции психиатров. 18—19 февраля, Москва. — М.: Р. Ц. Фармединфо, 1998 — С 240—241.

4. *Волошин П. В., Воробьева Т. М., Марута Н. А.* Эмоциональные нарушения при неврозах // Ж. Український вісник психоневрології. — Харків. — 1995.— Т. 3. — Вип. 1. — С. 3—12.

5. *Гавенко В. Л., Самардакова Г. О., Смиков О. В. із співавт.* Резерви адаптації та передхворобливі психічні розлади. / Ж. Український вісник психоневрології. — Харків. — Вип. 5, том 4. — С 207.

6. *Марута Н. А., Чабан О. С.* Современные факторы патоморфоза неврозов. / Ж. Український вісник психоневрології. — Харків. — 1996. — Т. 4. — Вип. 2 (9).

7. *Сидоров П. И., Резвый Г. Г.* Особенности динамики невротических заболеваний в социально-стрессовых условиях // Материалы международной конференции психиатров. 18—19 февраля, Москва. — М.: Р. Ц. Фарминфо, 1998. — С. 100.

STRUCTURE OF PSYCHOPATHOLOGICAL DISPLAYS OF BOUNDARY DISORDERS AT THE MEDICAL STUDENT

N. V. Gavenko

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

We made mass prospective inspection of the students of younger rates Kharkiv State Medical University in quantity 662 men (233 men and 429 women). The complex of methods was made with use objective, subjective and projective methods. The carried out analysis has shown, that the prevalence of premorbid mental changes among the students has sexual distinctions. The frequency encounter of frustration in all mental spheres at the women is more often, than at the men. Most often are the complaints on the part of general state of health, which present 44,8 % of the students, emotional frustration 51,2 %, frustration of memory 47,5 %, effector-volitional infringements 45,4 %.

ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ И ИХ ТЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ

А. А. Двирский

Крымский медицинский университет им. С. И. Георгиевского
г. Симферополь

Анализируя с эволюционно-генетических позиций биологические основы шизофрении, Т. И. Юдин [18] отмечал, что у этих больных могут присутствовать генокомплексы других психических заболеваний. "Гены, входящие в состав других болезней, ...по-своему окрашивают шизофрению," — подчеркивал Т. И. Юдин [18]. В последние десятилетия имеются указания о том, что алкоголизм наследуется по полигенному типу [14, 21], а в генезе алкогольного делирия важная роль отводится наследственным факторам [5, 25].

Эти клинико-генетические положения являются основой для исследования проблемы сочетания шизофрении и ее различных клинических проявлений с алкогольным делирием. K. Graeter [22] привлек внимание к проблеме сочетания этих заболеваний. В 13 работах, посвященных этой проблеме [1—3, 7—9, 11, 12, 15—17, 22, 24], описано 87 больных шизофренией, сочетающейся с белой горячкой. Малочисленность наблюдений в каждом исследовании не позволяла авторам проводить клинико-статистический анализ.

Основной целью работы явилось изучение соотношения форм и типов течения шизофрении в рамках ее форм при сочетании с алкогольным делирием, а также определение возраста начала этого эндогенного психоза и алкогольного делирия при различных формах шизофрении.

На базе Крымских психиатрических больниц № 1, № 3, № 5 и в Крымском республиканском психиатрическом диспансере выявлено 143 больных шизофренией в сочетании с алкогольным делирием, среди которых 112 мужчин и 31 женщина в возрасте от 22 до 73 лет. Возраст начала шизофрении составлял от 17 до 55 лет. Квалификация шизофрении, ее форм и типов течения осуществлялась с учетом критериев, определенных в рамках МКБ-10 [10].

По формам шизофрении больные представлены так: простая (F20.6) — 3, параноидная (F20.0) — 139, кататоническая (F20.2) — 1 больной. В рамках форм по типам течения больные распределились следующим образом: простая непрерывно-текущая (F20.6×0) — 3, параноидная непрерывно-текущая (F20.0×0) — 36, параноидная приступообразно-прогредиентная (шубообразная) (F20.0×1, F20.0×2) — 68, параноидная рекуррентная (F20.0×3) — 35 и кататоническая шубообразная (F20.0×2) — 1 случай. В качестве контроля использовались данные о 310 больных шизофренией, куда входило 242 мужчин и 68 женщин, у которых не обнаруживалось сопутствующего алкоголизма. Соотношение мужчин и женщин в основной и контрольной группах не отличалось. При сопоставлении возраста проявления алкогольного делирия при различных формах шизофрении контролем служили 2417 больных с алкогольным делирием, среди которых проведена стандартизация с учетом соотношения мужчин и женщин как и в основной выборке больных шизофренией.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium в операционной системе Windows-95 с использованием программ группировки данных и математического анализа Excel.

Распределение форм шизофрении у 143 больных основной группы (табл. 1) отличается от контрольных исследований (χ^2=10.34 при k=2, P<0,01). Это отличие происходит в результате того, что у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, частота параноидной формы (97,2 %) увеличена на 8,5 %, а простой (2,1 %) и кататонической (0,7 %) форм уменьшена соответственно в 3,9 и 4,6 раза по сравнению с больными шизофренией контрольной группы, где эти величины составляли 88,7 %, 8,1 % и 3,2 % (P<0,05).

Таблица 1

Соотношения форм шизофрении, сочетающейся алкогольным делирием, и в контрольных исследованиях

Формы шизофрении	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%% ± m	N	%% ± m
Простая	3	2,1±1,2	25	8,1±1,5
Параноидная	139	97,2±1,4	275	88,7±1,8
Кататоническая	1	0,7±0,6	10	3,2±1,0
Всего	143	100,0	310	100,0

Систематика МКБ-10 [10] позволяет анализировать типы течения шизофрении в рамках ее форм. Больные с простой формой шизофрении были представлены 3 случаями с малопрогредиентным течением заболевания. Кататоническая форма шизофрении, наблюдаемая у одного больного, протекала приступообразно-прогредиентно, в клинической картине которой наблюдалось онейроидное состояние. В связи с тем, что численность больных с простой и кататонической формами была малочисленной и составляла четыре случая, анализ типов течения проводился у 139 больных параноидной формой шизофрении (табл. 2).

Таблица 2

Течение параноидной формы шизофрении, сочетающейся с алкогольным делирием, и в контрольных исследованиях

Типы течения	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%% ± m	N	%% ± m
Прогредиентная	36	25,9 ± 3,7	108	39,3 ± 2,9
Шубообразная	68	48,9 ± 4,2	138	50,2 ± 3,0
Рекуррентная	35	25,2 ± 3,7	29	10,5 ± 1,9
Всего	139	100,0	275	100,0

В группе 139 больных параноидной формой шизофрении, сочетающейся с алкогольным делирием (табл. 2), отмечается увеличение в 2,4 раза параноидной рекуррентной шизофрении (25,2 %) в сравнении с 275 больными контрольной группы, где ее величина составляла 10,5 % ($P<0,001$). Это происходит в результате того, что в основной группе больных частота параноидной прогредиентной шизофрении (25,9 %) на 13,4 % меньше, чем в контрольных исследованиях (39,3 %) ($P<0,01$). Частота параноидной шубообразной шизофрении в анализируемых группах не отличалась и соответственно составляла 48,9 и 50,2 % ($P>0,3$).

Возраст начала параноидной шизофрении, сочетающейся с алкогольным делирием (табл. 3), в интервалах 15—19 лет (3,6 %), 20—24 лет (10,8 %) и 25—29 лет (10,8 %) соответственно снижен в 5,4, 2,0 и 1,9 раза в сравнении с возрастом начала в соответствующих возрастных градациях у больных контрольной группы, где они были равны 19,3 %, 21,8 % и 21,1 % ($P<0,01$).

Таблица 3

Возраст начала параноидной шизофрении при ее сочетании с алкогольным делирием и в контрольных исследованиях

Возраст	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%% ± m	N	%% ± m
15—19	5	3,6 ± 1,6	53	19,3 ± 2,4
20—24	15	10,8 ± 2,6	60	21,8 ± 2,5
25—29	15	10,8 ± 2,6	58	21,1 ± 2,5
30—34	29	20,9 ± 3,4	51	18,5 ± 2,3
35—39	31	22,3 ± 3,5	26	9,5 ± 1,8
40—44	23	16,5 ± 3,2	14	5,1 ± 1,3
45—49	10	7,2 ± 2,2	8	2,9 ± 1,0
50—54	10	7,2 ± 2,2	4	1,5 ± 0,7
55—59	1	0,7 ± 0,7	1	0,4 ± 0,4
60—более	0	0,0 ± 0,0	0	0,0 ± 0,0
Всего	139	100,0	275	100,0

Проявление параноидной шизофрении в возрастных периодах 30—34 лет, 45—49 лет и 55—59 лет в анализируемых группах не отличалось. У больных основной группы в возрастных интервалах 35—39 лет (22,3 %), 40—44 лет (16,5 %) и 50—54 лет (7,2 %) психоз проявляется чаще, чем в этих возрастных периодах в контрольных исследованиях, в которых они были равны 9,4 %, 5,1 % и 1,5 % ($P<0,05$).

Алкогольный делирий у 139 больных параноидной шизофренией (табл. 4) проявляется в возрасте от 20 до 50 лет, тогда как у 2417 больных алкоголизмом он обнаруживается в возрастных интервалах от 15 до 60 и более лет.

Таблица 4

Возраст начала алкогольного делирия у больных параноидной формой шизофрении и в контрольных исследованиях

Возраст	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%% ± m	N	%% ± m
15—19	0	0,0 ± 0,0	9	0,4 ± 0,1
20—24	9	6,5 ± 2,1	47	1,9 ± 0,3
25—29	21	15,1 ± 3,0	170	7,1 ± 0,5
30—34	37	26,6 ± 3,7	327	13,5 ± 0,7
35—39	27	19,4 ± 3,4	478	19,8 ± 0,8
40—44	18	12,9 ± 2,8	469	19,4 ± 0,8
45—49	15	10,8 ± 2,6	365	15,1 ± 0,7
50—54	10	7,2 ± 2,2	223	9,2 ± 0,6
55—59	2	1,4 ± 1,0	203	8,4 ± 0,6
60—более	0	0,0 ± 0,0	126	5,2 ± 0,5
Всего	139	100,0	2417	100,0

В основной группе больных (табл. 4) частота проявления алкогольного делирия увеличена в возрастных интервалах 20—24 лет (6,5 %) — в 3,4 раза, в 25—29 лет (15,1 %) — в 2,1 раза и в 30—34 лет (26,6 %) — в 2,0 раза в сравнении с частотой его проявления у 2417 больных с алкогольным делирием, где их частота соответственно составляла 1,9 %, 7,1 % и 13,5 % (P<0,01). Общая частота проявления алкогольного делирия у больных параноидной формой шизофрении в возрасте до 34 лет (48,2 %) превышает на 25,3 % сопоставляемый контингент больных с алкогольным делирием (22,9 %) (P<0,001). Частота проявления этого алкогольного психоза в анализируемых группах в возрастном периоде 35—39 лет не отличалась. У больных основной группы частота проявления делирия в возрасте 40—44 лет (12,9 %) и 55—59 лет (1,4 %) на 6,4 и 6,9 % меньше, чем у больных контрольной группы, где эти величины составляли 19,4 % и 8,4 % (P<0,05). Кроме того, имеется тенденция к снижению частоты этого алкогольного психоза у больных параноидной формой шизофрении в возрастных интервалах 50—54 лет и 55—59 лет.

У 143 больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, случаи с позитивной симптоматикой (97,2 %) обнаруживались на 8,5 % чаще в сравнении с 310 больными контрольной группы (88,7 %) (P<0,001). При этом у больных шизофренией с преобладанием продуктивной симптоматики в тканях мозга образуется избыточное количество дофамина, повышена активность дофаминэргических структур мозга и гиперчувствительность β-дофаминовых рецепторов [19]. У больных алкоголизмом повышен уровень дофамина в плазме крови. Его концентрация резко увеличивается в пределириозном состоянии и при алкогольном делирии [13, 20], что объясняет возникновение алкогольного делирия преимущественно у больных с параноидной шизофренией, который обнаруживается у них преимущественно в возрасте до 34 лет. Существование генетического полиморфизма дофаминовых рецепторов и наличие предрасположенности к заболеванию параноидной формой шизофрении лиц с генотипом *A2A2* [4] позволяет предполагать, что больные шизофренией с этим генотипом имеют повышенный риск к проявлению алкогольного делирия.

Алкогольный делирий оказывает благоприятное влияние на течение шизофренического процесса. При этом E. Kraepelin [23] делириозный синдром относил к легкой основной группе синдромов. В последующем О. В. Кербиков [6] и А. Н. Молохов [11], основываясь на единичных наблюдениях, доброкачественное течение шизофрении у больных с алкогольным делирием связывали с тем, что алкогольный делирий возникает в тех случаях, где характер реагирования мозга на интоксикацию наиболее приближается к реагированию здорового мозга.

Таким образом, у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольным делирием, повышена частота случаев параноидной формы, а простая и кататоническая формы встречаются реже. У этих больных параноидная форма протекает более благоприятно, что выражается в снижении частоты параноидной прогредиентной шизофрении и повышении параноидной рекуррентной формы заболевания. Параноидная форма шизофрении в сочетании с этим алкогольным психозом преимущественно манифестирует в возрасте после 35 лет, а алкогольный делирий проявляется в возрасте от 20 до 34 лет.

Литература:

1. *Асафов В. К.* Алкогольные дебюты шизофрении / Вопросы клиники, патофизиологии, патанатомии, терапии психозов и организации психоневрологической помощи: Сборник научных трудов, посвященных 150-летию больницы. — М., 1963. — С. 166—177.

2. *Вин И. М.* К вопросу об алкогольных психозах у шизофреников // Труды психиатрической клиники. К проблеме экзогенного фактора в психиатрии. — Воронеж, 1934. — Вып. 1. — С. 62—77.

3. *Волков В. Т., Стрелис А. К.* Бронхиальная астма. — Томск, 1996. — 567с.

4. *Голимбет В. Е., Аксенова М. Г., Абрамова Л. И. и др.* Ассоциация аллельного полиморфизма дофаминового рецептора DRD2 с психическими заболеваниями шизофренического спектра и аффективными расстройствами // Журнал неврол. и психиатр. — 1998. — № 12. — С. 32—35.

5. *Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия. В 2 т. / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1 — 672 с.

6. *Кербиков О. В.* К структуре и генезу делириозного и аментивного состояний // Труды психиатрической клиники 1-го Московского медицинского института и института невро-психиатрической профилактики им. П. В. Крамера — М., 1937 — С. 60—81.

7. *Ковалевский П. И.* Первичное помешательство. — Харьков: Тип. М. Зильберга, 1881. — 227 с.

8. *Королева Е. В.* Об особенностях алкогольных психозов у женщин, больных шизофренией // Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. — М., 1988. — С. 38—42.

9. *Малков О. А.* К вопросу об алкогольных психозах у больных вялотекущей шизофренией // Журнал невропатология и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1978. — № 8. — С. 1366—1369.

10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — ВОЗ. СПб, 1994. — 300 с.

11. *Молохов А. Н.* Об онейроиде как о шизофреническом делирии. К вопросу об эндотоксических формах шизофрении // Невропатология, психиатрия, психогигиена. — 1936. — Т. 5. — Вып. 1. — С. 29—45.

12. *Молохов А. Н.* Об общественно опасных действиях при разных формах шизофрении // Клиника шизофрении.— Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1967.— С. 227—232.

13. *Морозов Г. В., Анохина И. П.* Этиология и патогенез алкоголизма // Алкоголизм. (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — С. 210—224.

14. *Москаленко В. Д., Ванюков М. М.* Алкоголизм и генетика. Обзорная информация. — М.: ВНИИМИ, 1988. — 73 с.

15. *Подольный Ф. С.* О некоторых клинических особенностях белой горячки, развивающейся у больных

шизофренией // Вопросы социальной и клинической психоневрологии: Материалы научно-практической конференции врачей психиатров Московской области. — М., 1973. — С. 133—135.

16. *Ревенок А. Д., Коротенко А. И., Насинник О. А.* Случай алкогольного делирия с агрессивным поведением у больного шизофренией // Казуистика в психиатрии. — Рига, 1988. — С. 134—137.

17. *Татевосян С. З.* Диагностика преморбидной психопатии у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1989. — № 3. — С. 18—22.

18. *Юдин Т. И.* Психопатические конституции. — М.: Изд-во М. и К. Сабашниковых, 1926. — 166 с.

19. *Crow T.* A current view of the type II syndrome: Age of onset, intellectual impairment and the meaning of structural changes in the brain // Brit. J. Psychiat. — 1989. — Vol. 155. — Suppl. 7. — P. 15—20.

20. *Fahkle C., Hard E., Eriksson C.* Amphetamine — induced hyperactivity: difference between rats with high or low preferenol for alcohol. Alcoholism: Clin and Exp Res, 1994. — Vol. 18. — № 2. — P. 46.

21. *Goldman D., Bergen A.* General and specific inheritance of substance abuse and alcoholism: //Arch. Gen. Psychiatry. — 1998. — № 55. — P. 964 — 965.

22. *Graeter K.* Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus. — Zurich, 1909.

23. *Kraepelin E.* Die Erscheinungsformen des Irreseins / / Z. ges. Neurol. Psychiatr. — 1920. — Bd. 62. — № 1. — S. 1—29.

24. *Magnan V. (Маньян В.)* Клинические лекции по душевным болезням. Алкоголизм. — (1874), М.: ТОО Закат, 1995. — 426 с.

25. *Willi J.* Akute psychischen Begleiterscheinungen korperlichen Krankheiten. — Stuttgart, 1966.

TYPES OF SCHIZOPHRENIA AND THEIR COURSE IN COMBINATION WITH ALCOHOLIC DELIRIUM

A. A. Dvirsky

Crimean Medical University
Simferopol

In 143 examined schizophrenic patients in combination with alcoholic delirium we have been noted the increased rate of the cases of paranoid type in comparison to catatonic and simple types of schizophrenia and 310 schizophrenic patients of control group. In the group of these patients the course of schizophrenia was more favorable that is expressed in the age of onset after 35 years and increasing rates of the recurrent type of disease. In schizophrenic patients of examined group alcoholic delirium was noted rather in 20—34 years, but in 2417 patients with alcoholic delirium after 40 years.

РЕЗЕРВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И УСПЕШНОСТЬ ОПЕРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА АЭС

А. И. Долганов

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

В период социально-экономических реформ и экономической нестабильности в Украине отмечается среди населения рост психических расстройств [1, 8, 9, 14, 15, 16]. Не является исключением и персонал атомных электростанций, за которым ведется клинико-психологическое наблюдение с 1987 г., и за это время выявлено нарастание количества преморбидных и пограничных психических расстройств [11, 12]. Эти расстройства ведут к ухудшению состояния профессионально-важных качеств оператора и снижению надежности их работы [2, 3, 7, 21].

Поэтому перед врачами, обслуживающими атомные электростанции встала проблема повышения качества медико-психологического отбора оперативного персонала АЭС.

С этой целью в период с 1995 по 1998 гг. на Запорожской АЭС Украинским НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии была разработана система резерва психического здоровья человека и методика его оценки и исследована успешность (надежность) работы операторов АЭС с различной величиной этого резерва.

Резерв психического здоровья (РПЗ) — это комплексный показатель устойчивости состояния психического здоровья человека вотношении развития предболезненных расстройств.

Предболезнь в системе РПЗ человека рассматривается как переходное состояние от нормы к патологии, относительно которого оценивается величина этого резерва.

Согласно теории А. Д. Адо [4], для развития болезни необходимо повреждение, как первичное звено в ее развитии. Следующим звеном развития болезни является реактивность, которая рассматривается как способность организма отвечать изменениями жизнедеятельности на воздействия окружающей среды. Таким образом, реактивность определяет устойчивость организма к повреждающим влияниям и может компенсировать повреждение (в этом случае болезнь не развивается) или,

при недостаточной устойчивости, приводит к болезни.

Исходя из динамики развития болезни [4], используя гипотетически-математическое моделирование и системный подход [6], устойчивость по отношению к развитию предболезненных психических расстройств — это состояние сложной модели, прогнозирующей систему реактивности здоровой психики человека и состоящей из подсистем факторов повреждения и специфических им факторов психической адаптации.

Прогноз реактивности здоровой психики человека характеризуется не столько количественными показателями состояния факторов выделенных подсистем РПЗ, сколько формой (компенсирующей или потенцирующей психические расстройства) отношений между ними и закономерными тенденциями в их динамике.

Таким образом, резервные возможности психики человека оцениваются в модели, прогнозирующей взаимодействие факторов подсистемы повреждения с факторами подсистемы адаптации психики человека и выражаются в вероятностном клинико-психологическом показателе реактивности, отражающем степень и характер возможных изменений психического здоровья относительно предболезненных расстройств. Этот показатель состоит из количественной и качественной характеристик. Количественная характеристика — это степень вероятности развития предболезненных психических расстройств. Качественная характеристика содержит указание на качественный прогноз этих расстройств. Эта характеристика, при наличии соответствующих показаний, отражает тип (парциальный, тотальный), форму [5, 20], регистр [19] и спектр [17] прогнозируемых преморбидных психических расстройств, структурно-личностные особенности человека [11]. Качественная часть заключения может содержать, в случаях наличия соответствующей информации, указание на возможный "минимально"-"максимально" худший прогноз. Это выражается ссылкой на минимально-максимальный регистр или спектр.

Согласно характеристикам клинико-психологического показателя оценивается РПЗ, который снижается по мере увеличения типа, формы прогнозируемых психических расстройств, роста тяжести шкал регистров, перехода от менее специфических спектров к более специфическим и выражается в высокой, средней и низкой величинах. Эти величины содержат в себе информацию о периоде, в течение которого высока (низка) вероятность развития предболезненных психических расстройств, величине реабилитационного потенциала психики человека [10]. Относительно общего заключения о состоянии РПЗ решаются вопросы медицинского отбора, формы и средств психопрофилактики.

Факторы подсистемы повреждения в системе РПЗ — это "факторы риска" психических заболеваний, состояние "единиц психической деятельности" [13] и факторов среды, способствующие развитию психических расстройств у человека, тогда как факторы подсистемы адаптации — это факторы, противостоящие повреждению и способствующие психической адаптации.

В процессе исследования прогностических факторов формирования психической предболезни, проведенного на 443 операторах Запорожской АЭС, были выделены ведущие факторы подсистем повреждения и адаптации психики человека, оценена форма их взаимодействия и влияние на РПЗ оператора АЭС [10].

С целью изучения взаимосвязи выделенных величин РПЗ с успешностью деятельности (надежностью) оператора АЭС была проведена экспертиза профессиональной надежности операторов с различной величиной РПЗ.

Эта экспертиза проводилась методом анкетирования начальников блоков, инструкторов полномасштабного блочного тренажера по следующим оценкам: высокая профессиональная успешность; средняя успешность; низкая успешность.

В критерии этих оценок входили: успешность действий оператора АЭС в обычном режиме работы блока; успешность действий оператора в нештатных и аварийных режимах работы блока; "безаварийность работы" (работа конкретного оператора не явилась причиной нештатной ситуации на блоке); успешность учебной деятельности на полномасштабном блочном тренажере.

Экспертиза профессиональной успешности была проведена 245-ти операторам из высшего и 198-ми из среднего оперативного персонала Запорожской АЭС.

При анализе взаимосвязи величины РПЗ с успешностью деятельности оператора АЭС принимались во внимание следующие положения.

Во-первых, только высокий показатель РПЗ характеризует высокую устойчивость психики человека по отношению развития предболезненных психических расстройств человека, во-вторых, согласно наблюдениям и личному опыту руководителей блоков, при поступлении претендентов на работу в качестве операторов-руководителей, операторов-технологов и операторов-исполнителей их успешность должна быть не ниже средней. Поэтому эффективность прогноза успешности деятельности оператора АЭС, построенного по величине его РПЗ, оценивалась по частоте совпадений между высоким РПЗ и средней и высокой успешностью оператора АЭС; средним и низким РПЗ и низкой успешностью оператора, как для высшего оперативного персонала (операторов-руководителей, операторов-технологов), так и для среднего оперативного персонала (операторов-исполнителей).

Анализ взаимоотношений между величиной РПЗ и успешностью деятельности оператора АЭС проводился с учетом вероятности случайного совпадения 1 : 3 (33,33 %) [18]. Согласно этой вероятности частота совпадений между РПЗ и успешностью деятельности оператора ниже 33,33 % оценивалась как низкая, характеризующая скорее отрицательную связь между этими показателями, а частота свыше случайного совпадения, как отражающая положительную связь между РПЗ и успешностью деятельности оператора.

Таблица

Взаимосвязь величины РПЗ и успешности деятельности операторов АЭС

ВЫСШИЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ПЕРСОНАЛ					
Соотношение заключений "РПЗ — успешность"			Соотношение заключений "успешность — РПЗ"		
РПЗ	"успешность"	Кол. % *	"успешность"	РПЗ	Кол. % *
низкий	высокая	16 (28,07%)	низкая	высокий	2 (3,57%)
низкий	средняя	12 (21,05%)	низкая	средний	25 (44,64%)
низкий	низкая	29 (50,88%)	низкая	низкий	29 (51,79%)
		57 (100%)			56 (100%)
средний	высокая	19 (27,94%)	средняя	высокий	14 (28,00%)
средний	средняя	24 (35,29%)	средняя	средний	24 (48,00%)
средний	низкая	25 (36,77%)	средняя	низкий	12 (24,00%)
		68 (100%)			50 (100%)
высокий	высокая	104 (86,67%)	высокая	высокий	104 (74,82%)
высокий	средняя	14 (11,67%)	высокая	средний	19 (13,67%)
высокий	низкая	2 (1,66%)	высокая	низкий	16 (11,51%)
		120 (100%)			139 (100%)
СРЕДНИЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ПЕРСОНАЛ					
низкий	высокая	12 (22,22%)	низкая	высокий	8 (22,22%)
низкий	средняя	20 (37,04%)	низкая	средний	6 (16,67%)
низкий	низкая	22 (40,74%)	низкая	низкий	22 (61,11%)
		54 (100%)			36 (100%)
средний	высокая	26 (49,06%)	средняя	высокий	27 (39,71%)
средний	средняя	21 (39,62%)	средняя	средний	21 (30,88%)
средний	низкая	6 (11,32%)	средняя	низкий	20 (29,41%)
		53 (100%)			68 (100%)
высокий	высокая	56 (61,54%)	высокая	высокий	56 (59,57%)
высокий	средняя	27 (29,67%)	высокая	средний	26 (27,66%)
высокий	низкая	8 (8,79%)	высокая	низкий	12 (12,77%)

* — различие показателей статистически достоверно

По высшему оперативному персоналу, согласно результатам, представленным в таблице, выявлена следующая связь между состоянием РПЗ и успешностью их деятельности:

1) положительная связь между низким РПЗ и низкой успешностью (50,88 %);

2) положительная связь между низкой успешностью и низким, средним РПЗ (соответственно 51,79 % и 44,64 %);

3) сильная положительная связь между низкой успешностью и средне-низким РПЗ (96,43 %);

4) сильная положительная связь между средним РПЗ и средне-низкой успешностью (72,06 %), причем более половины случаев приходится на низкую успешность;

5) сильная положительная связь между высоким РПЗ и высокой успешностью (86,67 %);

6) сильная положительная связь между высокой успешностью и высоким РПЗ (74,82 %).

Таким образом, согласно представленным результатам, можно сделать вывод о сильной положительной связи между средне-низкой величиной РПЗ и низкой успешностью профессиональной деятельности оператора АЭС, сильной связи между высокой величиной РПЗ и высокой успешностью оператора.

По среднему оперативному персоналу выявлена следующая связь между состоянием РПЗ и успешностью оперативной деятельности:

1) положительная связь между низким РПЗ и средней, низкой успешностью (соответственно 37,04 % и 40,74 %), причем на низкую успешность приходится более половины случаев;

2) сильная положительная связь между низким РПЗ и низкой успешностью (61,11 %);

3) сильная положительная связь между средним РПЗ и средне-высокой успешностью оператора (88,68 %);

4) сильная связь между высоким РПЗ и высокой успешностью (61,54 %).

Представленные результаты свидетельствуют о сильных положительных связях между низкой величиной РПЗ и низкой успешностью профессиональной деятельности оператора-исполнителя АЭС; средней величиной РПЗ и средне-высокой успешностью оператора; высокой величиной РПЗ и высокой успешностью.

Таким образом, *для высшего оперативного персонала* низкий и средний РПЗ достаточно эффективны в прогнозе низкой успешности их профессиональной деятельности. Высокий РПЗ достаточно эффекти-

вен в прогнозе средне-высокой успешности. *Для среднего оперативного персонала* низкий РПЗ достаточно эффективен в прогнозе низкой успешности, а средне-высокий РПЗ — в прогнозе средней и высокой успешности их профессиональной деятельности.

Согласно этим результатам в отборе высшего оперативного персонала необходимо выделять три категории: "годные" (высокий резерв), "условно-годные" (средний резерв): "негодные" (низкий резерв). Претенденты из группы "условно-годные" не рекомендованы на оперативную работу в качестве операторов-руководителей, и операторов-технологов. Операторы, попавшие в группу "условно-годные" после периодического медико-психологического обследования, нуждаются в экстренных психопрофилактических мероприятиях. При отборе среднего оперативного персонала необходимо выделять две категории заключений: "годные" (высокий и средний РПЗ) и "негодные" (низкий резерв). Претенденты из группы "годные" рекомендованы на оперативную работу в качестве операторов-исполнителей, тогда как претенденты из группы "негодные" — не рекомендуются на оперативную должность.

Внедрение в практику медицинского отбора операторов Запорожской АЭС оценки резерва психического здоровья позволило повысить качество медицинского отбора операторов АЭС и их надежность.

Литература:

1. *Абрамов В. А., Луценко И. В.* Конформизм, эмоциональный стресс и психическое здоровье // Тез. докл. На грани нормы и патологии.— Стрелечье, 1994.— С. 3—4.

2. *Абрамова В. Н., Белехов В. В., Бельская Е. Г., Колосова О. А., Черторижская О. В.* Психологические методы в работе с кадрами на АЭС. — Москва: Энергоатомиздат, 1988. — 192 с.

3. Авария на Чернобыльской АЭС и ее последствия. // Материалы совещания экспертов МАГАТЭ. — Вена, 1986. — С. 1—30.

4. *Адо А. Д.* Вопросы общей нозологии. — Москва: Медицина, 1985. — 239 с.

5. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. — Москва: Медицина, 1993. — 400 с.

6. *Братко А. А., Волков П. П., Кочергин А. Н., Царегородцев Г. И.* Моделирование психической деятельности. — Москва: Мысль, 1969. — 384 с.

7. *Бузунов В. А., Гребняк В. П., Молдавська С. І. та ін.* Фізіологічні і психологічні критерії професійного відбору у професіях, що ставлять особливі вимоги до організму // 10 з'їзд Укр. фізіол. т-ва. — Київ: Наук. думка, 1977. — С. 41—42.

8. *Волошин П. В., Волошина Н. П.* Деякі питання розвитку медичних аспектів нейронаук в Україні // Журнал Укр. вісн. психоневрології. — 1998. — Т. 6.— Вип. 1 (16). — С. 5—8.

9. *Дзюб Г. К.* Количество больных депрессиями в Украине и потребности в антидепрессантах // Тез. докл. Актуальные вопросы психиатрической практики. — Полтава, 1993. — С. 7—8.

10. *Долганов А. И.* Медико-психологический отбор и система поддержания психического здоровья оперативного персонала АЭС.— Запорожье: Видавец, 1998.— 150 с.

11. *Кутько И. И., Табачников С. И., Долганов А. И., Панченко О. А.* Медико-психологическое обеспечение безопасности и надежности работы персонала атомных электростанций. — Киев: Здоровье, 1994. — 224 с.

12. *Кутько И. И., Долганов А. И.* Характеристика социально-психологических факторов формирования невротических расстройств. // Укр. вест. психоневрологии. — 1994. — Вып. 4. — С. 187—190.

13. *Липгарт Й.* Процесс и структура человеческого учения. — Москва, 1970. — С 14.

14. *Марута Н. А.* Диагностика и терапия неврозов в условиях современного патоморфоза // Укр. вест. психоневрологии. — 1995.— Т. 3, вып. 2 (6).— С. 314—315.

15. *Михайлов Б. В.* Массовые нарушения психической сферы у населения. // Журнал Укр. вест. психоневрологии. — 1995. — Т. 3. — Вып. 1. — С. 24—25.

16. *Напреєнко О. К., Лісовенко В. Л., Дзюб Г. К., Бенесько О. І., Крук І. В., Маляров С. О., Пилипенко В. В., Процик В. О.* Епідеміологія психічної дезадаптації — зміни протягом останнього десятиріччя (1985—1995) // Укр. вест. психоневрологии. — 1996. — Т. 4. — Вып. 5(12). — С. 246—248.

17. *Семичов С. Б.* Предболезненные психические расстройства. — Москва: Медицина, 1987. — 183с.

18. *Сигорский В. П.* Математический аппарат инженера. — Киев: Техника, 1997. — С. 73—84.

19. *Снежневский А. В.* Клиническая психопатология / Руководство по психиатрии.— Москва, 1973.— Т. 1.— С. 16—97.

20. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. — Москва, 1987. — 400 с.

21. *Cormick N. G.* Changes in the nuclear power industry after TMI Progress in nuclear Energy. — 1982, v. 10, № 3, p. 245—248.

RESERVE OF MENTAL HEALTH AND RELIABILITY OF OPERATIVE ACTIONS OF THE PERSONNEL NPP

A. I. Dolganov

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

In the article is described the investigated communication between a parameter of a reserve of mental health and reliability of work of the operators NPP.

Reserve of psychic health of the person is an index of stability of psychic health conditions relatively to the development of prodromic psychic disorders. The evaluation of this reserve is made by modeling a complex system, which produces a prognosis of interaction between factors of damaging subsystem and factors of subsystem of human psychics adaptation. This evaluation is expressed by probability clinic-psychological index of reactivity of human psychics.

As have shown results of researches, the parameter of a reserve of mental health is effective in the forecast of professional reliability of activity of the operators AEC.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

В. И. Заворотный

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Многочисленность и многообразие факторов психической травматизации последних лет привели к росту пограничной психической патологии среди населения Украины. В Вооруженных Силах данные факторы отличаются специфичностью, связанной с условиями военной службы. В свою очередь армейские стрессоры оказывают патопластическое воздействие на клиническую картину пограничных расстройств, основную часть которых составляют невротические реакции и состояния. Однако в литературе мы не обнаружили сведений, освещающих данную проблему в постсоветский период.

Проведенное нами исследование преследовало цель изучить клинико-психопатологические особенности невротических расстройств у вышеназванной категории военнослужащих. Для этого детально обследовано 80 больных, а также проанализировано 750 историй болезни за 1995—1997 годы. Все больные проходили службу в войсковых частях, находящихся в зоне медицинского обеспечения Харьковского военного госпиталя. Исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического, экспериментально-психологического (MMPI, тест неоконченных предложений) и электрофизиологического (РЭГ, ЭЭГ) методов. По нозологическим формам больные распределились следующим образом: невротические реакции — 25 %, невротические состояния — 75 %.

Как свидетельствуют полученные нами данные, *невротические реакции* в 90 % случаев развивались у военнослужащих первых 1,5—6 месяцев службы, поскольку в данный период времени заканчивались или курс молодого бойца, или занятия в учебных подразделениях и частях, и солдаты из однородных по сроку службы воинских коллективов переходили в смешанные. Для развития данной патологии характерны наличие сильной психотравмы, острое начало, короткий догоспитальный период (до одних суток), короткое течение, высокий уровень аутоагрессии. Среди психогенных факторов 88 % принадлежат неуставным отношениям со стороны старослужащих солдат, 6 % — плохим известиям от родных (смерть родственников, развод родителей, измена девушки и т. д.), 4 % — острым переживаниям тоски по дому, 2 % — переживаниям из-за неспособности адаптироваться к физическим нагрузкам и освоить повседневные солдатские навыки. В клинической картине реакций преобладали следующие симптомы: сильное эмоциональное напряжение, тревога, фиксированность на психотравме, чувство безысходности, бессонница, страх рецидива психогенной ситуации. Обращает на себя внимание высокий уровень суицидальных действий — у 73 % больных. Из них самопорезы предплечий составили 89 %, отравление лекарственными веществами — 4 %, попытки самоповешения — 6,6 %, самострелы — 0,4 %. У всех суицидентов отмечалась амбивалентность мотиваций: стремление через смерть избавиться от мучительных переживаний и, одновременно, якобы уже после мнимой смерти, желание увидеть страдания наказанных обидчиков. Причем вторая составляющая часть мотивации несколько преобладала над первой, что выражалось в щажении себя: самопорезы большей частью поверхностные, недостаточная доза при отравлении, о котором самими суицидентами сообщалось сослуживцами или командованию при первых признаках действия яда, нерешительность, длительные раздумья с петлей на шее при попытке самоповешения.

Клинические исходы невротических реакций распределились следующим образом: выздоровление 72 %, легкие астенические расстройства 18 %, затяжное течение и трансформация в невротические состояния 10 %. Рецидив заболевания наблюдался в 12 % случаев. Такие больные были освидетельствованы и уволены по болезни.

Невротические состояния составили основную группу исследованных нами больных. В отличие от реакций они развивались преимущественно в первые 3—9 месяцев службы, медленно, имели длительный, до 2 месяцев, догоспитальный период. Психотравмирующие факторы не носили столь острый характер, а больные были более устойчивы к ним. Более того, длительное время военнослужащие пытались адаптироваться к новым условиям, искали пути решения конфликтных и психотравмирующих ситуаций. И только когда все попытки оказывались тщетными, развивалось заболевание. Среди психотравм неуставным отношениям принадлежит меньшая роль, чем при невротических реакциях — 56,1 %. Значение остальных психогенных факторов выглядит следующим образом: запредельные психофизические нагрузки — 12,1 %, конфликты с командованием — 10 %, переживания о материальном неблагополучии родственников — 11 %, неудовлетворенность религиозных чувств — 7,2 %.

Наиболее частыми симптомами невротических состояний явились неврастенические и депрессивные, такие как сниженное настроение, раздражительность, быстрая утомляемость, апатия, истощение активного внимания, бессонница, тревожное ожидание физических и словесных оскорблений, чувство безысходности, стыда за собственную робость и беспомощность. Кроме того, в отделении отчетливо проявил себя синдром навязчивого страха перед армией и военной службой. Он включал в себя тревожное напряжение, навязчивые мысли о неминуемой неприятности со стороны командиров и сослуживцев, навязчивые опасения причинения вреда своему здоровью, навязчивые мысли о бессмыс-

ленности службы и страх перед ее продолжением. В одних случаях описанные симптомы берут свое начало еще в допризывном периоде жизни и формируются в результате рассказов демобилизованных знакомых, соседей, родственников, а также в результате влияния средств массовой информации гиперболизирующих те или иные армейские происшествия. В других — у солдат, которые переводились из одной войсковой части в другую и в каждой подвергались неуставным отношениям. В третьих, не столь частых, — в госпиталях, когда солдаты, подвергшиеся неуставным отношениям, рассказывали друг другу аналогичные истории и более того, в отделениях стихийно моделировали ситуации воинского коллектива с типичными атрибутами и персонажами обидчиков и обиженных. В последних двух случаях страх перед конкретными психотравмирующими ситуациями генерализировался и экстраполировался на все Вооруженные Силы. Такие навязчивые страхи рационально было бы определить как милитарофобии. Они встречались у 43 % больных.

Очень важной группой невротических расстройств явились расстройства, связанные с запредельными психофизическими нагрузками, в виде постоянных нарядов на хозработы, внутреннюю службу и караулы. На фоне физической усталости возникают навязчивые желания куда-либо убежать, скрыться, появляются раздражительность, бессонница, "комплекс раба". Часто такие больные вынашивают суицидальные мысли, однако их не реализовывают в надежде на изменение ситуации в лучшую сторону.

Как показали исследования весьма существенным и прогрессирующим стал комплекс переживаний больного, связанных с заботой о родных, лишенных его заработка после призыва в армию. В подавляющем большинстве случаев они возникали у солдат из неполных семей, семей в которых больные нетрудоспособные родители и у солдат, имеющих собственные семьи. Данные переживания характеризуются подавленным настроением, постоянными однотипными раздумьями о голодающих родных, диссомнии в виде поздних засыпаний, кошмарных сновидений со сценами несчастий с родителями, частых просыпаний. Симптоматические просьбы об отпусках не могли быть удовлетворены командованием, а ходатайства о переводе в части, расположенные вблизи места жительства родителей, тонули в бумажной волоките. В итоге, в состоянии эмоционального напряжения такие больные самовольно оставляли места службы, с тем, чтобы помочь родителям. Более 50 % из них, в случае применения к ним мер уголовного характера, вынашивали суицидальные намерения.

Не меньшую, но тоже растущую актуальность приобрели в последние годы и переживания, связанные с неудовлетворенностью религиозных чувств. Приученные с детства, но не имеющие возможности в условиях службы регулярно посещать церковь, военнослужащие испытывают чувство неудовлетворенности, их преследуют мысли о наказании Божьем, они становятся раздраженными и нелюдимыми. Особенно страдают представители западных регионов Украины католического и греко-католического вероисповеданий. Ходатайства к командованию о предоставлении возможности помолиться в храме большей частью не находят понимания и формируют у таких солдат негативное отношение к службе и к армии в целом как государственному институту.

В исследованной группе больных невротическими состояниями 85 % сохраняли стойкую фиксацию на психотравме, психофармокотерапия и психотерапия не имели должного эффекта и заболевание принимало затяжной характер. Такие больные освидетельствовались и признавались негодными к военной службе.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод о том, что клиническая картина невротических расстройств у военнослужащих срочной службы имеет ряд особенностей, а именно:

1) доминирование неврастенических и депрессивных проявлений;

2) появление нового вида навязчивых страхов — милитарофобий;

3) появление и неуклонный рост социально- и религиознонаправленных переживаний;

4) высокий уровень аутоагрессий в виде псевдосуицидальных действий;

5) высокий уровень правонарушений, совершенных в болезненном (невротическом) состоянии.

Полученные данные могут быть использованы при выработке тактики лечения, проведении экспертизы и для профилактики психогений у военнослужащих срочной службы.

SOME CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF NERVOUS DERANGEMENTS AMONG THE MILITARY OF TERM ACTIVE DUTY

V. I. Zavorotniy

Ukrainian SRJ of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry

Kharkiv

There studied the clinical special features of nervous states of military of term active duty in the post-soviet period. For this there were examined 80 patients and analyzed 750 stories of disease. The results of studies showed that nervous reactions were observed for 25 % patients, nervous states — for 75 %.

The most expressive clinical-psychopathological features of this pathology for examined patients are:

1) predomination of nervous and depression features;

2) rise the new kind of pressing fears — military phobias;

3) rise and steady growth of social and religious directed sensations in fable;

4) high level of autogenic aggressions, exhibiting as pseudo suicide actions;

5) high level of violations, that have done by people in disease (nervous) state.

The data received can be used at developing the tactics of medical treatment, carrying out the military-medical and trial-psychiatric expertise and prophylactic of psychogenies.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРАСТЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

С. М. Козидубова

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

В последние годы неврозы у подростков и связанная с ними психологическая и социальная дезадаптация относятся к одной из актуальных проблем современной подростковой психиатрии (Михановская Н. Г., 1995; Арбузова В. М., Проскурина Т. Ю., 1996; Подкорытов В. С., 1996).

Исключительное социальное и медицинское значение имеют данные о том, что в настоящее время неврозы относятся к числу наиболее распространенных форм пограничной психической патологии в указанном возрасте, а также о том, что в пубертатном возрасте они часто приобретают тенденцию к затяжному течению и переходу в невротические формирования личности (Ковалев В. В., 1995; Рымар И. Б., Табачников О. Ю., Семенченко О. П., Власова Н. А., 1996; Гурьева В. А., 1996).

Специфическим внутренним условием затяжного течения неврозов у подростков является ипохондрическая фиксация на соматических ощущениях в связи с присущим пубертатному возрасту комплексом новых соматических ощущений, усиливающихся физическим ростом, половым созреванием, временными нарушениями существовавшего до того физиологического баланса в организме.

Важной задачей в исследовании неврозов у подростков на современном этапе является выяснение особенностей патоморфоза, а также изучения причин развития неврозов с учетом изменившихся макро- и микросоциальных условий для выяснения возрастной специфичности данной патологии, как необходимого подхода к терапии больных подростков.

Известно, что в подростковом возрасте диагностика и установление нозологических отличий представляет значительные трудности в связи с атипичностью основных проявлений указанной патологии, что требует поиска дополнительных критериев разграничения неврозов и других форм патологии со сходной клинической картиной. Для этой цели в последние годы в психиатрической практике широко используются патопсихологические исследования. Они, как известно, позволяют не только объективизировать данные психопатологического изучения, но и углубить представления о сущности психических нарушений, расширяют возможности клинического анализа.

Из всех форм неврозов неврастения занимает одно из ведущих мест по частоте невротических расстройств не только у взрослого контингента больных, но и у подростков (Захаров А. И., 1988; Михановская Н. Г., 1995). Это диктует необходимость отдельного изучения данной формы невроза.

Целью нашего исследования было изучение клинико-психопатологических, патопсихологических особенностей неврастении у подростков. Под наблюдением было 30 больных пубертатного возраста (12—17 лет), у которых диагностировалась данная форма невроза.

Анализ данных психопатологического изучения подростков, больных неврастенией, показал, что ведущее место в картине болезни занимали такие симптомы раздражительной слабости, как отрицательная эмоциональная окраска переживаний (85,2 %), ранимость, сензитивность (77,7 %), поэтому подростки часто выглядели грустными (89 %), подавленными (52 %).

Вместе с тем, главной особенностью была неустойчивость, лабильность настроения (74 %), в виде, чаще всего, неадекватного повышения при незначительной удаче и резкого снижения настроения при малейшей неудаче (55,5 %).

Такие нарушения, как эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, безрадостность сопровождались состоянием напряженности, тревогой, ощущениями внутреннего беспокойства, опасениями, страхами (92,6 %), чувством обиды (59 %) и слезливостью (66 %), беспокойством с ажитацией (33 %). У отмеченной части больных (18,5 %) отмечалась повышенная чувствительность к таким сенсорным раздражителям, как громкий звук, шум, яркий свет, а также интероцептивным и проприоцептивным раздражителям. Нередко подростки становились конфликтными (22 %), не выполняли требований родителей, педагогов, отказывались посещать школу, в отдельных случаях отмечены уходы из дома.

Симптомы астении в виде истощаемости, повышенной утомляемости, встречались в 78 % случаев, что приводило к снижению работоспособности подростков и находило свое отражение в ухудшении успеваемости в школе. В поведении больные становились чаще всего замкнутыми, старались избегать общения со сверстниками (44 %); отмечены также такие симптомы как вялость, слабость, трудность сосредоточения на деятельности (77,7 %).

Целенаправленное клинико-психопатологические изучение собственно астенических расстройств дало возможность выявить также нарушения внимания (18,5 %) и памяти в виде ухудшения запоминания (11 %).

Соматоподобные вегетативные симптомы наряду с эмоциональными нарушениями занимали по частоте одно из ведущих мест (92,6 %) в картине болезни. Вегетативные нарушения у подростков не отличались значительным разнообразием и проявлялись у больных этой нозологической группы в виде преимущественно вегетативно-сосудистых наруше-

ний. Наиболее часто подростков беспокоили головные боли (77,7 %) и головокружение (11 %) с "потемнением в глазах". Объективно почти во всех случаях отмечались такие расстройства, как лабильность пульса, артериального давления, общий и дистальный гипергидроз, гипотермия. Такого рода нарушения носили не пароксизмальный, а преимущественно перманентный характер.

Расстройства сна отмечались в 90 % случаев. Наиболее часто встречались такие нарушения как затрудненное засыпание (30 %) беспокойный сон (22 %); частые пробуждения (7,4 %). В ряде случаев отмечена бессонница (11 %); изредка выявлялись нарушения в виде отсутствия бодрости и чувства отдыха после сна, субъективные ощущения неполноценного, недостаточного сна, ночные страхи.

Ипохондрические расстройства встречались в 18,5 % случаев и проявлялись в болезненной сосредоточенности внимания на своем здоровье. Больные проявляли утрированную заботу о своем здоровье, испытывали болезненный страх тяжелого соматического заболевания. Отправной точкой развития таких переживаний были незначительно выраженные неприятные ощущения в различных частях тела и обостренное внимание к обычным физиологическим ощущениям (сердцебиение, перистальтика кишечника) или легким функциональным отклонениям в виде чувства дискомфорта или незначительных локальных болей. Жалобы в таких случаях были полны незначительных деталей, излишне подробных описаний местонахождения и характера беспокоящих ощущений. Однако, как правило, такие жалобы не совпадали с клиническими проявлениями соответствующих данных расстройств и не подтверждались результатами объективных исследований.

Указанные расстройства характеризовались убежденностью в собственной неполноценности, с одной стороны, и попытками тщательно скрыть малозаметный недостаток или заболевание, с другой стороны. Вместе с тем, истинных дисморфоманических и дисморфофобических нарушений у больных с данной формой невроза не отмечалось.

В структуре ведущего астенического синдрома в отдельных случаях имели место обсессивно-фобические нарушения в виде навязчивых сомнений (11 %), движений (7,4 %), мыслей (3,7 %), страха одиночества (11 %), темноты (7,4 %).

Таким образом, при целенаправленном изучении особенностей, связанных с возрастным фактором, установлено, что в психопатологической структуре неврастении у подростков ведущее место занимают такие психические нарушения, как эмоциональные расстройства. И хотя эти нарушения всегда составляют основу неврастении в силу их рудиментарности, малой дифференцированности и выразительности, динамичности и нестойкости в подростковом возрасте они нередко находятся на втором плане и не определяют клинической картины, т. к. часто кроются за малодифференцированными нарушениями поведения.

В работе проводилась также дифференциация психотравмирующих влияний для определения первичной и вторичной природы тех или иных факторов с целью выяснения их этиологической значимости. Если психотравмирующие факторы отмечались неоднократно в течение нескольких лет, то устанавливался не только характер таких влияний, но и их взаимосвязь.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в развитии неврастении принимает участие не один, а несколько психотравмирующих факторов, но в каждом отдельном случае представлялось возможным выделение причины, играющей первостепенную роль. Среди них патогенное значение имели хронические психотравмирующие переживания и подострые психические травмы, а также острые психотравмирующие факторы, причем роль каждого из них была различной.

Так, наиболее частыми причинами развития неврастении у подростков (37,2 %) были трудности в отношениях со сверстниками. У 26,3 % больных заболевание начиналось после острой тяжелой психотравмы, связанной со смертью матери или отца. Несколько реже (в 22,4 % случаев) психотравма в семье была связана с грубым отношением к больным со стороны их родителей и других членов семьи, связанным с их психическими заболеваниями, алкоголизацией или аномалиями характера.

В 18,5 % случаев причиной невротического расстройства астенического типа были конфликты с учителями. Ещё реже (в 15,2 % случаев) психотравма приобретала патогенный характер, когда подростки переживали развод родителей. Почти у каждого десятого больного (в 11,4 % случаев) психотравмирующее значение имело снижение материального достатка семьи. В таком же числе случаев причиной развития астенического невроза было воспитание подростков в условиях школы-интерната; с одинаковой частотой выявлено патогенное влияние на подростков конфликтов с родителями и близкими родственниками; ослабление или отсутствие родительского внимания, особенно в условиях неполной семьи (7,4 %). У такого же количества больных неврастения развивалась, когда подростки начинали тяжело переживать хронические заболевания, как "собственную неполноценность", считая себя неизлечимо больными.

В отдельных случаях у подростков развивались данные невротические расстройства в связи с изменениями профиля школы и вследствие психотравмы, связанной с болезнями родителей.

Наше исследование также включало анализ нарушений в эмоционально-личностной сфере при помощи методики Люшера, который показал, что в группе больных с неврастенией цветопредпочтение отличается, прежде всего, неустойчивостью. Это проявляется в наибольшем (по сравнению с другими группами) расхождении 1 и 2 рядов и наибольшим колебанием коэффициента Шипоша — от 1,1 до 1,3, т. е. в сторону нарастания внутреннего напряжения, что отражает высокий уровень эмоциональной напряженности, острую потребность (не всегда осознанную) в релаксации, покое, невозможность или неспособность расслабиться.

Необходимо отметить также неустойчивый тип реагирования у больных данной группы с "раздражительной слабостью" и повышенной конфликтностью, неудовлетворенным стремлением к положи-

тельным эмоциям и потребности в теплых глубоких привязанностях, внимании, покое, заботе. Компенсирующие тенденции отражают поиски выхода из невротизирующей ситуации, нетерпеливость, поверхностность, беспокойность. Подростки с неврастенией характеризовались низкой адаптивностью (на грани срыва), что сочеталось с высокой значимостью конфликта, сосредоточенностью на "проблемах" и затрудненной переключаемостью, однако, при этом демонстрировалось некоторое внешнее расслабление и перенос напряжения вовнутрь. При анализе эмоциональной сферы с помощью теста Люшера у подростков с неврастенией можно отметить преобладание гиперстенического варианта её. Ведущей чертой оценки собственных перспектив был "наивный оптимизм", надежда на "самоликвидацию" проблем, что свойственно эмоционально незрелым личностям.

Выявленные клинико-психологические особенности имеют важное значение для определении диагностических границ неврастении у подростков, а также дифференциальной диагностики указанной формы с другой патологией, имеющей сходную клиническую картину.

Литература:

1. *Арбузова В. М., Проскурина Т. Ю.* Рання діагностика порушень поведінки у підлітків //Журнал Український вісник психоневрології. — Харків, 1996. — Т. № 4, вип. 4 (11). — С. 258—259.

2. *Гурьева В. А.* Психогенные расстройства у детей и подростков. — М.: КРОН-Пресс, 1996. — 208 с.

3. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и подростков. — М.: Медицина, 1988. — 248 с.

4. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — 560с.

5. *Михановская Н. Г.* Клинико-биологические и социально-психологические особенности социальной дезадаптации подростков допризывного возраста с различными формами пограничных нервно-психических расстройств //Ж. Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Т. № 3, вип. 1. — С. 148—151.

6. *Підкоритов В. С., Рогожин Б. А., Мішанова М. К.* Стан нервово-психічного здоров'я школярів молодших класів міста Харкова // Ж. Український вісник психоневрології.— Харків, 1996.— Т. 4, вип. 3 (11).— С. 57—59.

7. *Римар І. Б., Табачников О. Ю. Семенченко О. П., Власова И. А.* Суміжні психічні розлади у учнів школи нового типу//Ж. Український вісник психоневрології. — Харків, 1996. — Т. № 4, вип. 4(11). — С. 382—383.

CLINICO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF A NERVOSISM FOR THE ADOLESCENTS

S. M. Kozidoubova

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The analysis clinico-psychopathologic and patopsychological of analysis of a nervosism for the adolescents has shown predominance of emotional disorders. The differentiation of the factors mental traumatization of effects for finding — out of their etiological significance is conducted.

ПРО РУХОВІ РОЗЛАДИ ІСТЕРИЧНОГО НЕВРОЗУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Ю. Л. Курако, В. З. Скоробреха

Одеський державний медичний університет
м. Одеса

З давніх-давен відомі розлади істеричного характеру. Безумовно, що перші описи їх були присвячені найбільш типовим проявленням — істеричним припадкам і паралічам, передбаченим механізмом котрих стародавні вважали "рух матки", який спричиняє зміщення і стискування других органів, і з легкої руки котрих народився відповідний термін — "істерія" (від грец. *hystera* — матка).

Подальше вивчення цієї патології виявило таку різноманітність клінічних виявів, що дало основу присвоїти їй титул "хамелеона", "мавпи", "великої симулянтки", "імітаторші" і т. п. [1, 3].

Велика кількість клінічних форм викликає значні труднощі в класифікації даної нозології. Проте, схематично вона може бути подана декількома групами хворобливих проявів, до яких відносяться моторні, сенсорні, вегетативно-вісцеральні та психічні порушення [10].

Однак, крім багатогранного поліморфізму, істерія має дивний патоморфоз, який "переконливо прослідкується при її аналізі в історико-соціологічному аспекті" [3].

Не зупиняючись детально на розладах, характерних для кожної історичної епохи, так яскраво описаних авторами чисельних публікацій минулих та теперішнього століть, розглянемо нашого "протея" стосовно до армійського середовища.

Відомо, що санітарні втрати в арміях різних часів визначались, головним чином, в великій питомій вазі захворівших, в центрі уваги котрих були інфекційні захворювання, що давали значний відсоток звільнення та смертності. Втрати "душевнохворими" від своєї нечисельності не приймались до уваги.

Бурхливий розвиток капіталістичного виробництва з безперервними війнами зумовили збільшення нервово-психічних захворювань, які привернули увагу громадськості та фахівців.

Перші спроби вивчити причини збільшення захворюваності і, зокрема, в період війни були здійснені під час франко-пруської кампанії 1870—1871 рр. Французькі та німецькі психіатри поставили перед собою два питання:

- чи збільшує війна число душевнохворих;
- чи виникають під час війни нові форми психічних захворювань, які не мають аналогів в мирний час.

І ті, і другі прийшли до висновку, що число душевнохворих під час війни не збільшується, що війна не сприяє виникненню нових специфічних форм захворювань.

Наступні війни підтвердили справедливість цих висновків в відношенні до психічних захворювань і внесли деяку корекцію до оцінки межових станів.

Російсько-японська війна 1904—1905 рр. пробудила зацікавленість до психічного здоров'я солдатів та офіцерів царської армії. В санітарно-статистичному звіті про війну з Японією приведені наступні дані по захворюваності істерією і неврастенією на 1000 чоловік: захворіло офіцерів — 74 %, захворіло солдатів — 4,2 %. Значна захворюваність офіцерського складу зумовлювалась розповсюдженістю серед них хронічного алкоголізму та сифілісу. Число врахованих хворих серед рядового складу, певно, було нижче дійсного, що пояснюється тенденційним відношенням до хворого солдата [2, 5].

В період першої світової війни невротичні і, особливо, істеричні розлади набули масового характеру, в зв'язку з чим E. Kraepelin [3] відзначив ці реакції як "стан протесту проти повернення на фронт". При цьому "утікання в хворобу" стало розглядатися, як прояв якоїсь особливої несвідомої волі, нібито присутній цим хворим, або як симуляція.

Подібний стан психічного здоров'я був характерним для всіх армій — учасників першої світової війни.

Інтенсивність воєнних дій, нові види зброї стали передумовою розвитку нових форм розладів. Так, застосування Німеччиною отруйних речовин викликало епідемію "газової істерії" в одній із частин американського експедиційного корпусу, при якій імітувалися симптоми, що спостерігаються в отруєних.

У російській армії поряд з чисельними психогеніями, відомими раніше, виявлена значна кількість "командних істерій", які виявлялись в вигляді розмахувальних рухів та викриків команд. До початку 1917 року втрати страждаючих межовими станами досягли шестизначних цифр [5].

Стан речей змінився корінним станом, коли війна імперіалістична перетворилася в війну громадянську. Проблема психогеній і психоневрозів перестала бути актуальною для представників повсталих класів не тільки в Росії, але і в Німеччині, Угорщині, де спалахнули революції. Воювали ті ж самі люди, в умовах ще більших позбавлень та труднощів, але з другою метою. Комуністична ідеологія, яка давала перспективи кращого завтра, з'явилась мобілізуючим фактором не тільки для перемоги над ворогом, але і для "лікування" функціональних розладів. Велика кількість неврозів, яка бентежила керівництво медичної служби царської армії, раптово "зникла" без втручання спеціальних закладів чи організацій. Ця тенденція в Червоній Армії зберігалась на протязі мирного часу. Війна з білофінами в загальному числі санітарних втрат дала тільки 0,92 % функціональних розладів нервової системи.

В Радянській Армії під час війни 1941—1945 рр. група межових станів не обумовлювала головний напрямок клінічної роботи в польовій медичній службі. Неврози склали 15 % від санітарних втрат психоневрологічного профілю чи 0,3 % від всіх санітарних втрат.

В той же час психогенії серед військовослужбовців рядового складу англійської армії в 1943—1945 рр. займали від 1/3 до 2/5 загального числа хворих, звільнених по медичним показникам,50 % із яких склали хворі неврозом страху.

В деяких дивізіях США, які побували в тяжких боях, число нервово-психічних хворих досягло 250 на 1000 особового складу, в військах метрополії — 50 на 1000 [5].

Воєнно-політичний конфлікт в зоні персидської затоки 1990—1991 рр. викликав значне розповсюдження бойової психічної травми. Конкретні дані в цьому питанні опубліковані стосовно до військ Великобританії. Як заявив головний психіатр британської армії P. Abracham [8], в частинах постійно проводилась інтенсивна підготовка солдат по збільшенню стійкості до бойового стресу. І, незважаючи на це, кількість потребуючих психіатричної допомоги вимірювалась сотнями. Аналогічна ситуація зберігалась в локальних війнах в радянській та російській арміях в Афганістані, в зоні збройного конфлікту на Північному Кавказі.

Приведені дані про захворюваність межовими станами в арміях більшості країн показують, що проблема неврозів була і залишається однією із самих актуальних в питаннях психічного здоров'я військовослужбовців.

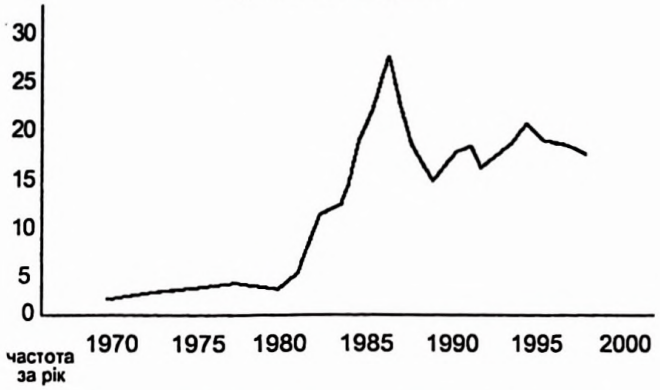
Статистичні дані захворюваності в Радянській Армії післявоєнного періоду не внесла значних змін в питаннях стану і чисельності неврозів.

Період 70-х років звернув на себе увагу частішими випадками істеричних рухових розладів серед військовослужбовців строкової служби.

В цьому зв'язку нами вивчена динаміка істеричного неврозу в період з 1970 по 1997 роки за матеріалами округу. Всього лікувалось 320 чол.

Динаміка по рокам відображена на графіку. Якщо на початку 80-х років зустрічались одинокі випадки розладів, то етап 90-х років характеризується експоненціальним зростом захворювань, досягаючий піку до 1988 р., з незначним спадом, але достатньо високим рівнем в наступні роки.

Динаміка захворюваності руховими розладами при неврозах у військовослужбовців строкової служби



На нашу думку підйоми та спади вказаних порушень рухової функції при істеричному неврозі повністю залежать від соціально-політичних процесів, які відбулися та відбуваються в державах.

Істерія — це продукт і барометр епохи, чуйно реагуючий на зміну економічних та політичних змін в суспільстві. [3] При формуванні нової історичної епохи соціально-політичні відношення, які створюються в суспільстві, потребують іншого динамічного стереотипу, ломки канонізованих уявлень, що, незалежно від волі людини, відображається на найбільш сенситивній частині населення. І, якщо в умовах дому, сім'ї явища декомпенсації проявляються в вигляді вегетативно-вісцеральних розладів, то в армійському середовищі справа закінчується яскравими, вражаючими оточуючих моторними, сенсорними, психічними порушеннями.

Не вдаваючись у подробиці опису чисельних клінічних варіантів, нами виділені:

- парези і паралічі — 66 %
- кіфосколіози — 12 %
- гіперкінези — 9 %
- припадки — 6 %
- мутизм, сурдомутизм — 3 %
- астазія-абазія — 2 %
- псевдокоматозні стани — 2 %

Як витікає із викладеного, найбільш часто зустрічаються парези і паралічі в вигляді геміпарезів, монопарезів, причому виникненні порушення абсолютно не заважали адаптуватися до повсякденного життя. Так, геміпарези, монопарези фіксувались тільки зліва (у праворуких), надаваючи можливість правою рукою виконувати всі необхідні навики; нижні парапарези не заважали почувати себе повноцінно і комфортно в ліжку. Так саме справедливо по відношенню до кіфосколіозів, астазії-абазії, яскравість яких помітна тільки в вертикальному стані.

Гіперкінези спостерігались в вигляді ритмічних коливань головою по типу "да-да" або "ні-ні", вони легко зникали при відвертанні уваги пацієнта.

Істеричні припадки частіше зустрічались по типу абортивних в вигляді короткочасних судом, приступі плачу, затримки дихання з піною на губах, непритомності і в деяких випадках в діагностичному відношенні завдавали певних труднощів із-за необхідності чіткої диференціації від органічних захворювань центральної нервової системи.

Суттєвий інтерес представляють спостережені нами випадки псевдокоматозних або "непритомних" станів. Як правило, хворі "впадали" в "непритомний" стан після психотравмуючої ситуації. Їх знаходили в лежачому положенні на території частини, в приміщеннях, куди регулярно заходять співслужбовці. "Непритомні" не реагували на звертання, не відповідали на больові подразнення (на відміну від дійсних коматозних станів), іноді подовгу затримували дихання. Приступи істеричної псевдокоми тривали від декількох годин до доби. Хворі лежали нерухомо в палаті з закритими очима і, здавалось, не реагували на зовнішнє оточення. Раптові звукові, тактильні подразнення викликали здригання всього тіла. Різноманітні маніпуляції (ін'єкції, люмбальні пункції т. п.) не давали зворотньої захисної реакції.

При проведенні диференціальної діагностики з комою приймались до уваги нормальний стан фізіологічних, збереження зіничних, війних, роговичних рефлексів, зціплювання вій при намаганні пасивного їх розтулення, нормальні показники вітальних функцій (АТ, Р, температура тіла, частота дихання), показників периферичної крові, сечі.

ЕЕГ була типовою для несплячих з ознаками десинхронізації *альфа*-ритму під впливом зовнішніх подразників. Більшість хворих "опритомнювало" під час виконання діагностичних і лікувальних маніпуляцій.

В окремих випадках нами застосовувався тест "на апное" суть якого полягас в раптовому для пацієнта затуленню долонями лікаря рота і носа з одночасним спостереженням за екскурсією грудної клітини в ритмі дихання. Якщо страждаючий свідомо контролює оточуючі обставини, то в момент перекриття доступу повітря екскурсія грудної клітини і діафрагми припиняється. Як правило, цей тест служить одноразово і лікувальною маніпуляцією. Достатньо тривале перекриття дихання приводить до захисної реакції, рухової активності руками та ногами — і притомності.

Лікування рухових розладів виконувалось за допомогою ряду відомих методик. Вибір найбільш адекватних психотерапевтичних прийомів диктувався особливостями хворого та тривалістю страждання.

У гострому періоді неврозу, який виник у гармонічної натури, найбільш частішим прийомом, який давав хороший терапевтичний ефект (94 %), був метод раціональної психотерапії.

Проводився він відразу під час першої зустрічі з хворим, швидко, напористо. Поряд з роз'ясненням механізму виникнених розладів і варіантами відновлення, перераховувались окремі статті карного кодексу, які передбачають відповідальність за військові злочини, надавався час на роздуми поза кабінетом (3—5 хвилин), після чого виконувався повторний прийом психотерапевтичного впливу.

При підгострому і затяжному перебігу, а також до осіб з педагогічною занедбаністю та акцентуацією характеру застосовувалися гіпносугестивні, наркогіпнотичні та інші прийоми. В цих випадках стійкий терапевтичний ефект здобуто в 65 %.

Найбільш резистентними до лікування виявились хворі з нижніми парапарезами і гіперкінезами, регрес втрачених функцій у яких досягався тільки в 10—15 % випадків.

Література:

1. *Блюменау Л. В.* Истерия и ее патогенез. — Ленинград, 1926.

2. *Давыденков С. Н., Горовой-Шалтан В. А.* Опыт отечественной медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. — М.: Медгиз, 1949. — Т. 26. — С. 55—97, 91—97.

3. *Семке В. Я.* Истерические состояния. — М.: Медицина, 1988.

4. *Свядощ А. М.* Неврозы: Руководство для врачей.— С-Петербург, 1997.

5. *Тимофеев Н. Н.* Очерки военной психиатрии. — Ленинград, 1962.

6. *Ивашкин В. Т., Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В.* Боевая психическая травма и оказание психиатрической помощи легко раненым на этапах медицинской эвакуации. — ВМЖ. — 1995. — № 3. — С. 32—37

7. *Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Снедков Е. В.* Особенности организации психиатрической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах. — ВМЖ. — 1995. — № 6. — С. 18—23

8. *Cohen D. A.* Wer of nerves II New Scientist — 1991. — Vol. 129. — № 6839. — P. 42—44.

9. *(Kraepelin E.) Крепелин Э.* Введение в психиатрическую клинику / Пер. с немецкого. — М.: Госиздат, 1923.

10. *Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987.

ABOUT IMPELLENT FRUSTRATION HYSTERICAL NEUROSIS AT THE MILITARY MAN

Y. L. Kurako, V. Z. Skorobreha

Odesa State Medical University

Odesa

Using richest experience of two world (global) wars, materials of local wars, and also results of own supervision during the twenty years period of time the authors came to the following conclusion: by the basic factor influencing growth of number neurosis is especial of implant hysterical frustration, is not the war, derivations, heavy conditions of life etc., and crisis phenomena social-political systems of the state.

Picture pseudocomatosis of condition for the first time is described, the medical diagnostic test on "apnoea", providing sudden for the patient the mechanical termination (discontinuance) of access of air in respiratory ways is offered.

СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

С. М. Мороз

**Областная клиническая больница
г. Днепропетровск**

В настоящее время отмечается неуклонный рост непсихотических психических расстройств в структуре общей психопатологии [1, 3, 4].

Несмотря на значительное число исследований по данной проблеме, возрастной аспект непсихотических психических расстройств остается до настоящего времени малоизученным. Вместе с тем, совершенствование диагностики и терапии этой патологии в условиях патоморфоза возможно лишь с учетом и возрастных особенностей [1, 2].

В связи с вышеизложенным целью нашей работы явилось изучение особенностей непсихотических психических расстройств у лиц различных возрастных групп на основе их сопоставления. В комплексе используемых методов мы применяли клинико-психопатологическое исследование, патопсихологические методики, а также компьютерное ЭЭГ-картирование и ультразвуковую допплерографию (УЗДГ).

Для реализации цели работы мы обследовали 99 больных непсихотическими психическими расстройствами. Возраст 51 из них (основная группа) — от 40 до 59 лет, остальные 48 (контрольная группа) относились к возрастной группе 20—39 лет. Общая характеристика обследованных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Общая характеристика обследованных с пограничными психическими расстройствами

Показатель	Основная группа (n=51)		Контрольная группа (n=48)	
	Абс. число	% ± m %	Абс. число	% ± m %
1. *Пол:* мужской	13	25,5±6,1	17	35,4±7,0
женский	38	74,5±6,2	31	64,6±7,0
2. *Возраст:* 20—29 лет			23	47,9±7,3
30—39 лет			25	52,1±7,3
40—49 лет	29	56,9±7,0		
50—59 лет	22	43,1±7,0		
3.*Образование:* среднее специальное	17	33,3±6,6	21	43,8±7,2
высшее	34	66,6±6,6	27	56,3±7,2
4. *Профессия:* служащие	16	31,4±6,6	12	25,0±6,3
рабочие	9	17,6±5,4	10	20,8±5,9
работники малого бизнеса	18	35,3±6,7	13	27,1±6,5
работники сельхозпредприятий	8	15,7±5,1	13	27,1±6,5

Как свидетельствуют представленные данные, по полу, образованию, характеру труда больные в обеих группах существенно не различались.

Основные психопатологические проявления в группах обследованных представлены в табл. 2.

Анализ представленных данных свидетельствует о том, что в обеих группах больных преобладали такие проявления, как раздражительность, вспыльчивость, снижение работоспособности, тревога, подавленное настроение, головные боли и т. д.

Вместе с тем, детальный анализ полученных данных показал, что такие проявления как снижение памяти, нарушения сна, сексуальные расстройства, пароксизмальные состояния встречались в основной группе достоверно чаще.

Также необходимо отметить, что у больных основной группы преобладали головные боли сосудистого характера, а пароксизмы были преимущественно симпато-адреналовыми.

Характеристика психопатологических синдромов среди обследованных приведена в табл. 3.

Представленные данные свидетельствуют о том, что среди обследованных основной группы достоверно чаще встречался депрессивный синдром, а в контрольной — депрессивный и тревожно-фобический. При сопоставлении данных основной и контрольной группы мы отметили преобладание депрессивного синдрома у больных основной группы.

Определение формы заболевания у каждого из больных позволило нам получить представление о структуре психопатологических расстройств (табл. 4). Анализ этих данных показывает, что у больных старшей возрастной группы наиболее часто встречались неврозоподобные расстройства органического генеза (преимущественно сосудистого). Второе место по частоте занимали соматоформные и тревожно-фобические расстройства. Редкими в этой группе были посттравматические стрессовые расстройства и личностные декомпенсации.

В младшей возрастной группе преобладали соматоформные расстройства. Тревожно-фобические и неврозоподобные расстройства занимали второе и третье место по частоте. Реже других в этой группе, также как и в основной, встречались посттравматические стрессовые расстройства. Необходимо отметить, что сравнение частоты встречаемости отдельных форм по группам различия оказались достоверными лишь в отношении неврозоподобных расстройств.

Следовательно, психопатологическая структура непсихотических психических расстройств в основной группе характеризуется преобладанием неврозоподобной симптоматики органического (преимущественно сосудистого) генеза. В то же время у больных контрольной группы преобладают соматоформные и тревожно-фобические расстройства невротического генеза.

Таблица 2

Основные психопатологические проявления в группах обследованных

Клинические признаки	Основная группа(n=51)		Контрольная группа (n=46)	
	Абс. число	% ± m %	Абс. число	% ± m %
1. Раздражительность	49	96,1±2,7	44	91,6±4,0
2. Вспыльчивость	46	90,2±4,2	43	89,6±4,5
3. Снижение памяти	43	84,3±5,1*	28	58,3±7,2
4. Нарушение сна	37	72,5±6,3*	17	35,4±7,0
5. Снижение работоспособности	48	94,1±3,3	41	85,4±5,1
6. Подавленное настроение	42	82,4±5,4	36	75,0±6,3
7. Тревога	44	86,3±4,9	29	60,4±7,1
8. Страх	26	50,9±7,1	25	52,1±7,3
9. Обсессии	8	15,7±5,1	4	8,3±4,0
10. Компульсии	2	3,9±2,7	—	—
11. Сексуальные расстройства	21	41,2±7,0*	9	18,8±5,5
12. Головные боли	50	98,0±2,0	48	100±00
— нервно-мышечного характера	31	60,8±7,0	10	20,8±5,9
— психалгии	20	39,2±6,9	13	27,1±6,5
— сосудистого характера	42	82,4±5,4*	28	58,3±7,7
13. Кардиальные расстройства	48	94,1±3,3	44	91,7±4,0
— кардиалгии	21	41,2±7,0	35	72,8±6,5
— нарушение сердечного ритма	12	23,5±6,0	27	56,2±7,2
— вегето-сосудистая дистония	29	56,9±7,0	37	77,1±6,1
12. Нарушение дыхания	17	33,3±6,7	12	25,0±6,3
— нарушение ритма дыхания	12	23,5±6,0	7	14,6±5,1
— ларингоспазм	11	21,6±5,8	5	10,4±4,5
13. Нарушения желудочно-кишечного тракта	13	25,5±6,2	10	20,8±5,9
— спазм пищевода	5	9,8±4,2	3	6,3±3,5
— аэрофобия	6	11,8±4,6	7	14,6±5,1
14. Нарушения мочевыделительной системы	3	5,8±3,3	2	4,2±2,9
— полиурия	2	3,9±2,7	1	2,1±2,1
— поллакиурия	1	1,9±2,0	1	2,1±2,1
15. Пароксизмальные состояния	29	56,9±7,0*	13	27,1±6,5
— симпато-адреналовые	22	43,1±7,0*	8	16,7±5,4*
— ваго-инсулярные	7	13,7±4,9	5	10,4±4,5

Условные обозначения:
* — достоверность различий (p<0,001)

Таблица 3

Основные психопатологические синдромы в группах обследованных

Синдромы	Основная группа (n=51)		Контрольная группа (n=46)	
	Абс. число	% ± m%	Абс. число	% ± m %
1. Астенический	10	19,6±5,6	7	14,6±5,1
2. Депрессивный	31	60,8±6,9*	12	25,0±6,3
3. Тревожно-депрессивный	5	9,8±4,2	10	20,8±6,0
4. Тревожно-фобический	7	13,7±4,9	15	31,3±6,8
5. Ипохондрический	6	11,8±4,6	9	18,8±5,7
6. Обсессивно-фобический	1	1,9±2,0	4	8,3±4,0

Условные обозначения:
* — достоверность различий (p<0,001)

В ходе неврологического и нейрофизиологического обследования полученные данные подтвердились.

Изучение неврологического состояния в группах обследованных показало, что у больных основной группы достоверно чаще встречалась патология черепно-мозговых нервов (преимущественно V, VII и XII пары), рефлекторной сферы (анизорефлексия, положительные симптомы Штрюмпеля, Бабинского) и координаторной сферы (дискоординаторно-атактические нарушения). В то же время в контрольной группе чаще встречались нарушения чувствительности (преимущественно поверхностной). Необходимо отметить, что дисфункция вегетативной нервной системы имела место в обеих группах обследованных и проявлялась в виде гипергидроза, измененного дермографизма, колебаний частоты пульса и АД.

При анализе ЭЭГ данных у больных основной группы средние показатели амплитуды основного ритма составляли 18,3±9,3 мкв. Представленность медленноволновой активности доходила до 33,3 %. Тонически определялось увеличение плотности среднеамплитудных *тета*-волн в лобных отделах обеих гемисфер.

Таблица 4

Структура психопатологических расстройств в группах обследованных

Психопатологический синдром	Основная группа(n=51)		Контрольная группа (n=48)	
	Абс. число	% ± m %	Абс. число	% ± m %
1. Тревожно-фобическое расстройство (F 40)	8	15,7±5,1	11	22,9±6,1
— агорафобия (F 40.0)	5	9,8±4,2	3	6,3±3,5
— другие тревожно-фобические расстройства (F40.8)	3	5,8±3,3	6	12,5±4,8
2. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2)	5	9,8±4,2	4	8,3±4,0
3. Соматоформное расстройство (F45)	10	19,6±5,6	12	25,0±6,3
— ипохондрическое расстройство (F 45.2)	4	7,8±3,8	1	2,1±2,1
— соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3)	3	5,8±3,3	6	12,5±4,8
— соматоформная дисфункция сердца — сердечно-сосудистой системы (F45.3)	3	5,8±3,3	5	10,4±4,5
4. Посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1)	1	1,9±2,0	2	4,2±2,9
5. Неврастения	6	11,8±4,6	9	18,8±5,7
6. Неврозоподобные расстройства органического генеза (F45, F 34, F 59)	19	37,3±6,8 *	6	12,5±4,8
7. Личностные аномалии	2	3,9±2,7	4	8,3±4,0

Условные обозначения:
* — достоверность различий (p<0,05)

В контрольной группе больных доминировал α-ритм со средней амплитудой 38,5±12,5 мкв, плотность медленных волн (*дельта* и *тета*-диапазона) не превышала 15 %. При тоническом анализе определялось отсутствие четких межзональных различий на ЭЭГ-картировании. В 66,6 % случаев выявлялось локальное увеличение плотности медленноволновой активности в *тета*-диапазоне лобно-височных отделов правой гемисферы.

При проведении УЗДГ анализу подвергались показатели по среднемозговым артериям (показатели линейной скорости кровотока — ЛСК, индекс периферического сопротивления — ИПС, индекс вазомоторной реактивности — ИВМР).

В основной группе обследованных средние величины изучаемых показателей составляли: ЛСК — 68,7±12,2; ИПС — 0,93±0,01; ИВМР — 91,8±0,6.

В контрольной группе ЛСК была выше, ее величина составляла 84,3±12,3; ИПС — 0,85±0,01; ИВМР — 93,3±0,5.

Следовательно, показатели биоэлектрической активности и мозговой гемодинамики имели определенную специфику в группах обследованных.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о возрастной специфике непсихотических психических расстройств, которая должна учитываться в диагностике и терапии этого обширного контингента больных.

Литература:

1. *Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П.* Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991. — 115 с.

2. *Марута Н. А.* Диагностика и терапия неврозов в условиях современного патоморфоза. / Український вісник психоневрології. — Харків, 1995.— Т. № 3, вип. 2(6). — С. 314—316.

3. *Spence J. D.* Neurocardiology. Stress and atherosclerosis. [Review] [14 refs] Bailies clinical neurology. 6.2:22755-822, 1997 Jul.

4. *Bjorntorp P.* Stress and cardiovascular disease. [Review] [14 refs] Acta Physiologica Scandinavica. Supplementum. 640: 144.8, 1997.

ETIOPATHOLOGENESIS PECULIARITIES OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN THE DIFFERENT AGE PATIENTS

S. M. Moroz

Region clinic hospital
Dnipropetrovsk

The etiopathogenesis investigation of neurotic disorders at the different age has been carried out. Neurovegetative (autonomic) state specialties of aging neurotic disorders has been shown.

ВЗАИМОСВЯЗИ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ПРОФИЛЯ АГРЕССИВНОСТИ ДЕЛИНКВЕНТНЫХ ПОДРОСТКОВ С ХАРАКТЕРОМ СОВЕРШЕННОГО ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Е. М Прокопович

Харьковский государственный медицинский университет
г. Харьков

Подростковая агрессивность, которую зачастую отличает особая жестокость, циничность, групповой характер совершения правонарушений агрессивного характера, с учетом юного возраста правонарушителей, требует особого внимания. Проблема агрессивных преступлений, совершаемых подростками, постоянно приковывает внимание психиатров, правоохранительных органов, общественности [1, 2, 4].

В течение 1995—99 гг. обследовано 734 подростков мужского пола, в возрасте 14—18 лет, находящихся в местах лишения свободы. У всех обследуемых изучались жалобы, психические нарушения, психосоциальные особенности жизни по данным анамнеза, особенности личности по тесту СМОЛ, уровень конфликтности по анкете "Незаконченные предложения", признаки начальных проявлений недостаточности кровообращения головного мозга (НПНКМ), исследование уровня агрессивности и враждебности по опроснику Басса — Дарки [1, 3].

В зависимости от характера совершенного преступления обследуемые подростки были разделены на три группы: 1) совершившие корыстные преступления без прямой агрессии или угрозы в отношении окружающих — группа КБПА, которая составила 60 % от общего числа обследованных; 2) совершившие корыстные преступления с прямыми агрессивными действиями или угрозой их применения — группа КПА, которая составила 22 % от общего числа обследованных; 3) совершившие преступления с агрессией против окружающих без прямых корыстных мотивов — группа АБПК, которая составила 18 % от общего числа обследованных.

При сравнении средних показателей выявлены следующие отличия, характеризующие выделенные нами три группы (КБПА, КПА, АБПК). В группах подростков, совершивших преступления с агрессивными действиями (КБПА и КПА группы), более выражены особенности личности, которые отражаются шкалами параноидальности, шизоидности и маниакальности СМОЛ, и снижен уровень шкалы депрессии. При этом группа КПА отличается от остальных групп подростков снижением среднего уровня шкалы психопатии и самым высоким уровнем шкалы психастении (в группах КБПА и АБПК средний уровень этих шкал практически не отличается). Группа АБПК отличается самыми высоким уровнем шкалы гипомании и самым низким уровнем шкалы депрессии, хотя эта тенденция уже наблюдается в группе КПА.

Следовательно, для подростков, совершивших преступления с агрессией, более характерны черты личности, близкие к гипертимному типу: низкий уровень тревоги и чувства вины, активность, недостаточное критическое отношение к своим поступкам, стремление к лидерству. Возможным мотивом совершения агрессивных поступков является стремление к завоеванию авторитета у окружающих.

При сравнении средних арифметических показателей выраженности психических нарушений в отдельных сферах выявлены отличительные особенности преобладающих психических изменений и расстройств у подростков, совершивших правонарушения с агрессивными действиями и без таковых.

В первом случае (группы КПА и АБПК) характерны более высокие показатели интенсивности расстройств в сферах восприятия, эмоций и сексуальной, и более низкие показатели выраженности соматических жалоб и вегетативных расстройств. Во втором случае (группа КБПА) наблюдается обратная картина. Подростки же, совершившие корыстные преступления, но с агрессивными действиями или угрозой их применения (группа КПА), наряду с особенностями, объединяющими их, во-первых, с группой АБПК (уровень нарушений в сферах восприятия, эмоций и сексуальной), а во-вторых, с группой КБПА (выраженность соматический жалоб и вегетативных нарушений), имеют отличительной чертой самую высокую интенсивность нарушений сознания, мышления и эффекторно-волевой сферы.

Полученные результаты свидетельствуют о роли в повышении вероятности совершения правонарушений агрессивного характера без прямых корыстных мотивов подростками, у которых при помощи данной методики выявляются высокие показатели интенсивности психических расстройств в сферах восприятия, эмоций и сексуальной.

При изучении анамнеза нами определялись показатели, характеризующие степень выраженности отдельных социально-психологических факторов. Выявлены определенные особенности каждой из обследованных групп:

1. В группе КБПА выявлены высокие средние показатели, отражающие неудовлетворительные условия жизни, недостаточное питание. У этих подростков выше частота начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга и недостаточный сон.

2. Подростки в группе КПА отмечали наибольшие затруднения в учебе, неблагоприятный климат в семье, воспитание по типу гиперопеки, низкую физическую активность и наибольшее количество заболеваний нервной и сердечно-сосудистой систем, черепно-мозговых травм в анамнезе.

3. Подростки, вошедшие у группу АБПК, при относительно невысоких значениях перечисленных выше показателей, обратили на себя наше внимание высоким уровнем злоупотребления алкоголем, курения, употребления наркотических веществ, наследственной отягощенности по алкоголизму.

Необходимо отметить, что группы КБПА и КПА оказались ближе по значению следующих показателей: неблагоприятные условия жизни, недостаточный сон, самооценка состояния здоровья и частота перенесенных заболеваний сердечно-сосудистой и нервной систем, алкогольная наследственность. Группы КПА и АБПК ближе по уровню злоупотребления алкоголем, употребления табака и наркотических веществ.

Таким образом, для подростков, совершивших правонарушения, связанные с агрессивными действи-

ями, более характерно злоупотребление алкоголем, употребление табака и наркотических веществ, отягощенная по алкоголизму наследственность при наиболее низких среди сравниваемых групп анамнестических показателях, характеризующих количество перенесенных соматических и первых заболеваний.

Исследование конфликтности по тесту "Незаконченные предложения" позволило нам оценить уровни конфликтности по различным направлениям и их среднее значение. Необходимо отметить, что между обследованными группами подростков-правонарушителей наблюдаются различия преимущественно структуры, а не средних показателей уровня конфликтности, со сближением уровня конфликтности по различным направлениям в определенных парах групп.

Группы КБПА и КПА оказались ближе по уровню конфликтности по ряду направлений: по отношению к матери, к семье, начальникам, сотрудникам, целям, а также по среднему уровню конфликтности. Группы КПА и АБПК ближе по уровню конфликтности по отношению к отцу, половой жизни, к себе самому, а КБПА и АБПК — по уровню конфликтности по отношению к страхам, чувству вины и к будущему.

Таким образом, в группе подростков, совершивших насильственные правонарушения, выявлен относительно невысокий уровень конфликтности по преобладающему количеству направлений с высоким разбросом показателей, что отражает наличие дисгармоничной системы отношений и сниженную способность к сознательной переработке конфликтов, высокий уровень психологической защиты путем вытеснения. Выявленные особенности отражают преобладание "эго-синтонных" психических изменений, что определяет трудность психотерапевтической коррекции, необходимость в длительной психодинамической психотерапии. Прогноз вероятности повторения правонарушений в этой группе затруднен в связи с отсутствием осознаваемой личностью мотивации в совершении преступления.

Сравнительный анализ особенностей усредненного профиля агрессивности делинквентных подростков в группах КБПА, КПА, АБПК проводился по показателям шкал опросника Басса — Дарки, которые отражают характерные для испытуемого способы проявления агрессивного поведения.

При сравнении усредненных по группам значений шкал выявлены определенные особенности каждой из обследованных групп. В группе КБПА выявлены самые низкие средние показатели по большинству шкал, кроме характеризующих "подозрительность" и "чувство вины", которые минимальны в группе КПА. Подростки, вошедшие у группу АБПК, имеют самые высокие значения большинства показателей агрессивности, кроме "физической агрессии" и "общей агрессии", которые максимальны в группе КПА. Следовательно, отличительной особенностью профиля агрессивности в группе КПА является сочетание высоких показателей шкал "физической агрессии" и "общей агрессии" с самыми низкими значениями шкал, характеризующих "подозрительность" и "чувство вины". Эти особенности являются психологическим маркером неспособности избежать применения силы, проявления агрессивности даже при сознательном планировании только корыстного преступления.

Необходимо отметить, что значения всех остальных, не упомянутых выше, показателей теста Басса — Дарки, в обследованных группах объединяет характерная особенность: минимальное значение в группе КБПК, промежуточное — в группе КПА и максимальное — в группе АБПК. Это позволяет расценивать уровень шкал "косвенной агрессии", "раздражительности", "негативизма", "обиды", вербальной агрессии", а также индекса "враждебности" как критерии оценки вероятности совершения правонарушения с агрессией против окружающих. Можно рекомендовать проведение мер коррекции, формирование состава отрядов, решение вопроса об условно-досрочном освобождении с учетом полученных критериев оценки агрессивности.

Проведенные исследования позволили установить, что в группах подростков-правонарушителей, разделенных по признаку агрессивного, корыстного, или смешанного характера преступления выявлены отличительные особенности психического состояния, психосоциальных особенностей жизни, анамнеза, профиля личности, уровня конфликтности, признаков НПНКМ, уровня агрессивности и враждебности. Уровень шкал "косвенной агрессии", "раздражительности", "негативизма", "обиды", вербальной агрессии", а также индекса "враждебности" теста Басса — Дарки можно использовать в качестве критериев оценки вероятности совершения правонарушения с агрессией против окружающих. Полученные результаты необходимо использовать в разработке индивидуальных психотерапевтических программ и выбора направления воспитательной работы для каждого подростка уже на этапе вхождения в ВТК в зависимости от характера совершенных правонарушений.

Литература:

1. *Бэрон Р., Ричардсон Д.* Агрессия. — СПб.: Питер, 1998.— С. 22—53.

2. *Коралев В. В.* Психические отклонения у подростков-правонарушителей.— М.: Медицина, 1992.— С. 3—9.

3. Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции.— М.: Изд-во МГУ, 1990.—С. 6—11.

4. *Прокопович Е. М.* Особенности проведения психотерапии у подростков в условиях стеснения свободы// Медицина сегодня и завтра.— Харьков, 1998.— Вып. 1 (4).— С. 134—136.

INTERRELATIONS OF FEATURES OF A MENTAL STATUS AND STRUCTURE OF AGGRESSION OF THE TEENAGERS LAWBREAKERS WITH CHARACTER OF THE PERFECT CRIME

Y. M. Prokopovich
Kharkiv State Medical University
Kharkiv

The article is devoted to the studying of interconnection of aggressiveness of teenagers law-breakers with psycho-social and clinico-psychoanatomical peculiarites with is the aim of the given research. In the group of teenagers lawbreakers which has been divided according to agressive, mixed or mercenary character of their crimes the distinguished peculiarities of psychic state have been found out. The main features of personality profile, the level of aggressiveness and of begin conflicting have been cleared up.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У РАБОТНИКОВ ПОЖАРНОЙ ОХРАНЫ

В. И. Тайцлин, Л. Г. Попова

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

В последние годы в медицинской литературе уделяется внимание посттравматическим стрессовым расстройствам (*posttraumatic stress disorders* — PTSD), в основе которых лежит психическая травма, возникающая в ответ на какое-либо событие, являющееся для любого человека тяжелым стрессом [1—5]. Известно, что PTSD встречается часто у ветеранов войн, особенно при сочетании с черепно-мозговой травмой, а в мирное время — у лиц, перенесших землетрясение, наводнение и другие бедствия и катастрофы. Термин PTSD включен в международную классификацию болезней, в том числе 10-го пересмотра (коды F43.1 и F62.0). Предпосылкой выполнения данной работы явились факты хронических стрессовых ситуаций у сотрудников пожарной охраны, связанные с их работой в опасных для жизни условиях: с огнем, дымом, гарью, высокой температурой, пребыванием на высоте, с тяжелыми физическими нагрузками, психологической обстановкой — постоянно видеть страдания потерпевших, потерявших жилье, имущество, а также смерть людей на пожарах. Поэтому выбор пожарников, хотя и работающих в мирное время, но в экстремальных условиях, можно считать обоснованным и актуальным, поскольку количество пожаров остается высоким, каждый работник пожарной охраны регулярно участвует в выездах на пожары и их тушении. Вместе с тем специальных научных исследований этой профессиональной категории работников в литературе мы не встретили.

Цель работы: выявление и клиническая оценка синдрома PTSD у сотрудников пожарной охраны, а также рекомендации профилактики состояний клинической декомпенсации и социально-трудовой дезадаптации.

Методики включали разработанную анкету-опросник для получения некоторых эпидемиологических данных, изучение клинико-неврологического и специально-вегетологического статуса (с использованием вопросника для выявления признаков вегетативных изменений и схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений с оценкой в баллах, а также исследование вегетативного тонуса, реактивности и вегетативного обеспечения деятельности) [6]; психологического профиля личности (тест MMPI). Кроме того проводилось психологическое тестирование по оригинальной методике (А. А. Пороскун, 1997) с целью выявления PTSD, разработанной на основании симптомов, характерных для PTSD, изложенных в классификации болезней DSM-III-R (США).

Обследовано 50 мужчин в возрасте от 21 до 45 лет, сотрудников отряда Государственной пожарной охраны г. Красный Луч Луганской области (Донбасс) со стажем работы от 1 года до 20 лет и более.

Синдром PTSD выявлен у 17 (34±7) % пожарников, которые включены в основную группу (ОГ). Кроме того выделено 23 (46±7) % пожарных, которые не имели полного "набора признаков" для диагноза синдрома PTSD, а лишь часть из них. Этих лиц мы обозначаем, как "склонных к возникновению у них синдрома PTSD" и выделяем во II группу. Наконец, у 10 человек (III группа) не было вообще признаков синдрома PTSD. Показатель частоты синдрома PTSD у пожарников в ОГ оказался ниже, чем таковой, выявленный нами в ранее проведенном исследовании у ветеранов войны в Афганистане, перенесших ЧМТ (83,3±7,6) %, но значительно выше, чем у лиц, перенесших ЧМТ мирного времени (3,4±1,7) % [7]. Однако, если помимо ОГ с синдромом PTSD, учесть также пожарников II группы, склонных к возникновению у них этого синдрома, то суммарно количество становится очень высоким (80±7) % и примерно совпадает с таковым у "афганцев".

Сравнение контингентов пожарников ОГ с синдромом PTSD и таковых без синдрома PTSD (III группа) не выявило достоверных различий по возрасту, стажу работы, образу жизни, семейному положению, межличностным отношениям в семье и на работе, вредным привычкам (курение, употребление алкоголя), наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, сопутствующим соматическим заболеваниям, пребыванию в Чернобыле в период катастрофы.

Вместе с тем установлены следующие особенности и достоверные различия между показателями в ОГ и III группе:

1) в ОГ оказались пожарники со средним или среднетехническим образованием, тогда как в III группе со среднеспециальным, то есть они были больее профессионально подготовлены теоретически и психологически, прошли медицинский отбор как при поступлении, так и во время учебы в специальных пожарных училищах; полученное специальное образование может рассматриваться как один из факторов антириска;

2) наличие различных вегетативных нарушений по таким параметрам как гипергидроз, ухудшение самочувствия при смене погоды, недостаточное вегетативное обеспечение деятельности и в целом синдром вегетативной дистонии (СВД) достоверно чаще в ОГ (соответственно у 35±12 % в ОГ и 0+10 % — в III группе, $p<0,05$). Следует отметить наряду со значимой представленностью СВД и его значительную выраженность в баллах — в среднем 35,5 (при норме не более 15 баллов), при этом разброс был от 22 до 68 баллов;

3) в ОГ наличие некоторых очаговых изменений в неврологическом статусе, возможно, как органи-

ческий фон перенесенных в прошлом заболеваний (отсутствие брюшных рефлексов, неустойчивость при пробе Ромберга);

4) в ОГ выявление по тесту психологического профиля личности (MMPI) повышенных показателей по шкале психастении (у всех), по шкале ипохондрии — у (35±12) %, по шкале истерии — у (18±7) %.

Таким образом, сотрудники пожарной охраны, у которых выявлен синдром PTSD, отличаются выраженной психовегетативной дисфункцией, в достоверно большей степени выраженности, чем таковые без синдрома PTSD, а также наличием у них характерных для синдрома PTSD признаков. Следует отметить в целом у работников пожарной охраны в качестве факторов риска синдрома PTSD: 1) хроническую стрессовую обстановку в течение многих месяцев и лет; 2) негативные экологические воздействия, связанные с профессией (дым, газы, высокая температура и др.); 3) частоту вегетативных проявлений (лабильность пульса и АД, их асимметрия, часто гипергидроз, иногда гипервентиляционный синдром, изменения вегетативного тонуса — у 88 % лиц, чаще парасимпатическая реакция; вегетативной реактивности — у 60 %, недостаточное обеспечение деятельности — у 46 %; 4) у 6—20 % обследованных наличие некоторых очаговых изменений в неврологическом статусе (асимметрия лицевой мускулатуры, слабость нижней ветви подъязычного нерва, нистагм и др. то есть пирамидные и стволовые симптомы), связанных с последствиями перенесенных заболеваний или с латентной патологией в стадии клинической компенсации.

Обращает на себя внимание у работающих в пожарной охране диссоциация между объективно подтверждаемыми выраженными признаками синдрома PTSD, психологическими особенностями личности (по данным тестирования психологического профиля), нейровегетативными нарушениями и отсутствием жалоб, как и обращаемости в медицинские учреждения.

Клиническая компенсация и социально-трудовая адаптация, по-видимому, обусловлены в значимой мере социальными факторами (в частности наличием финансовых трудностей на фоне неблагополучной экономической обстановки и безработицы, боязнь потери работы).

К мерам коррекции синдрома PTSD и профилактики состояний декомпенсации у лиц ОГ, как и профилактики развития этого синдрома у пожарников II группы, относятся психотерапия, дифференцированные вегетотропные средства, по показаниям седативные, транквилизаторы, антидепрессанты, а также церебропротекторы, немедикаментозные (бальнеотерапия, рефлексотерапия и др.) методы лечения.

Литература:

1. *Каменченко П. В.* Психические нарушения при травматических ампутациях конечностей // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992.

2. *Каменченко П. В.* Посттравматическое стрессовое расстройство // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова.— 1993. — Вып. 3. — С. 95—99.

3. *Краснянский А. Н., Морозов П. В.* Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов Афганской войны // Съезд психиатр. — М.,1995. — С. 161—162.

4. *Сидоров П. И., Лукманов М. Ф.* Особенности пограничных психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 1997. — Вып. 3. — С. 20—25.

5. *Сидков Е. В.* Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале Афганской войны). — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — С.-Петербург, 1992.

6. Заболевания вегетативной нервной системы. Руководство для врачей / Под ред. проф. А. М. Вейна. — М.: Медицина, 1991. — 623 с.

7. *Тайцлин В. И., Пороскун А. А.* Влияние социальных факторов на течение и исходы черепно-мозговых травм / / Врачебная практика. — 1998. — № 2. — С. 75—78.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS (PTSD) IN THE FIREMEN

V. I. Tajtslin, L. G. Popova

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The PTSD's syndrome was discovered at 17 in a 50 (34±7) per cent of examined firemen but the tendency to it in 23 (46±7) per cent firemen. Thai was explained by the type of work in the dangerous emergency. It was distinguished the reliable distinctions in frequencies of some indices between the main group of persons with PTSD and the control group without such syndrome. It was planned the ways of correction and prophylaxis of the decompensation's conditions in the firemen.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ

Л. Б. Чудакова

**Лечебно-производственное объединение "Межобластной клинический психоневрологический центр"
г. Днепропетровск**

Проблеме изучения особенностей характера посвящено много работ. Так, К. Леонгард считал, что в развитых странах около половины популяции относится к акцентуантам [3]. Описанные им типы акцентуированных личностей по сути представляли варианты типов характера. Однако, будучи крайними вариантами нормы, акцентуации характера сами по себе не могут быть клиническим проявлением, а лишь преморбидным фоном, предрасполагающим фактором для развития психогенных расстройств [3, 6].

Проведенные транскультуральные исследования показали, что в разных регионах встречаются отличия в частоте разных типов акцентуаций. Например, в Аджарии чаще встречается гипертимная, истероидная и астеноневротическая акцентуации, в Финляндии — эпилептоидная, в ГДР — более часты гипертимная, эпилептоидная и истероидная акцентуации и реже установлен неустойчивый тип [5].

Некоторые авторы изучали, какие типы акцентуаций характера предрасполагают к нарушениям поведения. Среди делинквентных подростков мужского пола, по мнению одних авторов, встречаются чаще неустойчивый, эпилептоидный, истероидный типы [1].

Другие авторы выявили преобладание у данной группы подростков неустойчивой, гипертимной, истероидной акцентуаций [7]. Как видно, имеются разноречивые данные по этому вопросу. Доля акцентуантов у подростков с асоциальными формами поведения, страдающих непсихотическими расстройствами или хроническими соматическими болезнями, выявленных с помощью ПДО, превышала 80 %, а иногда достигала 100 % [5, 6]. С эпилептоидной и шизоидной акцентуацией делинквентность можно видеть, когда девиация характера достигает степени психопатии [4].

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-психологических особенностей детей и подростков с отклоняющимся поведением.

Для решения поставленной задачи были изучены клинико-психопатологические особенности 80 детей и подростков с нарушениями поведения. Они разделены на 3 группы. В основу группирования клинических наблюдений положен принцип нозологической принадлежности девиантного поведения. С патохарактерологическими реакциями — 27 человек (33,75 %), с патохарактерологическими реакциями на резидуально-органическом фоне — 26 человек (32,5 %) и с патохарактерологическим формированием личности — 27 человек (33,75 %).

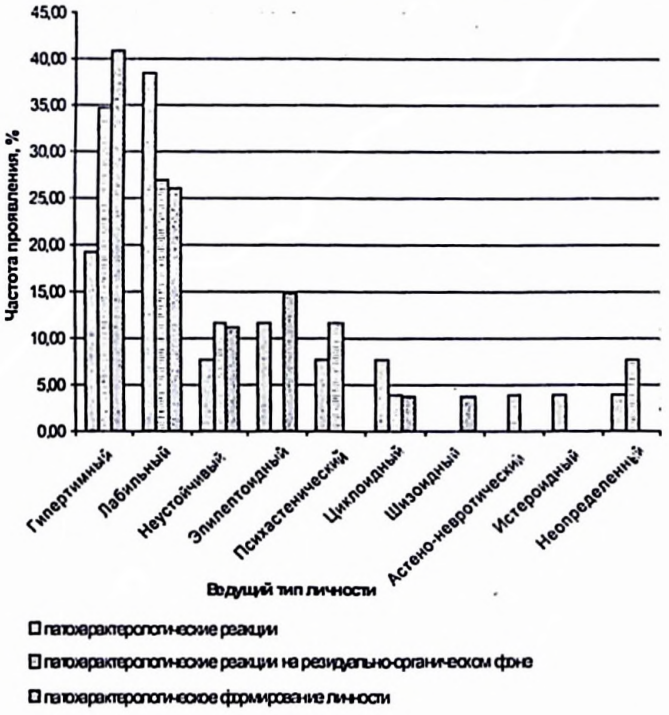
Главным критерием отбора больных в клинические группы было наличие девиантно-делинквентных форм поведения.

Для выявления скрытых типов акцентуаций характера в подростковом возрасте нами был использован Патохарактерологический Диагностический Опросник (ПДО) [2].

Результаты исследования методом ПДО представлены на рисунке.

Рисунок 1

Частота проявлений ведущего типа личности



Обращает на себя внимание преобладание гипертимной акцентуации у 31,65 % всех испытуемых. При клиническом анализе в группе детей и подростков с патохарактерологическими реакциями гипертимная акцентуация составила 20 %, с патохарактерологическими реакциями на резидуально-органическом фоне — 36 %, с патохарактерологическим формированием личности — 44 %, наряду с непатологическими формами поведения имели место ранняя алкоголизация, табакокурение. Агрессивные формы поведения были выявлены в 23,81 % случаев. Референтной группой для 41,18 % исследуемых были подростки с асоциальными формами поведения. Отмечено, что в 46,67 % случаев они воспитыва-

лись в неполных семьях. Низкая конформность выявлена у 36 % детей и подростков, умеренная — у 52 %, средняя — у 12 % исследуемых. Им присуща умеренная эмансипация — 64 %. Слабая и выраженная эмансипация выявлена только в 16 % случаев, у одного подростка выявлена очень сильная эмансипация.

Второе место занимают дети и подростки с лабильной акцентуацией характера — 30,38 %. У исследуемых с патохарактерологическими реакциями эта акцентуация выявлена в 41,67 % случаев, с патохарактерологическими реакциями на резидуально-органическом фоне — у 29,17 %, с патохарактерологическим формированием личности — у 29,17 %. Детям и подросткам с лабильной акцентуацией были присущи ранняя алкоголизация, табакокурение, мелкое воровство, хулиганство. Уходы из дома и бродяжничество они объясняли тем, что их "как магнит тянет жить на улице". Агрессивные формы поведения обнаружены у 28,57 % пациентов. У 66,66 % детей и подростков в условиях эмоционального отвержения и безнадзорности формировалось делинквентное поведение, т. к. воспитывались они в неполных семьях, опекунами. Референтной группой для 41,18 % испытуемых были компании асоциальных подростков. Низкая конформность выявлена у 33,33 % исследуемых, умеренная — у 66,67 %. Слабая и умеренная эмансипация составили по 41,67 %, а выраженная — 16,67 %.

Из рисунка видно, что на третьем месте находятся дети и подростки с неустойчивыми чертами характера — 10,13 %. Анализируя клинические проявления, можно отметить, что в группе с патохарактерологическими реакциями неустойчивая акцентуация выявлена у 25,00 %, в группе с патохарактерологическими реакциями на резидуально-органическом фоне — у 37,50 %, с патохарактерологическим формированием личности — у 37,50 %. Трудности в учебе и конфликтные ситуации с учителями в школе чаще заканчивались уходом с уроков в поисках развлечений. Так, 75 % детей и подростков бродяжничали. Они легко шли на мелкие кражи, приобщались к табакокурению, употреблению спиртных напитков. Агрессивные формы поведения выявлены только у 9,52 % испытуемых. Низкая и умеренная конформность выявлена одинаково и составила по 37,50 %, средняя — 25 %. Слабая эмансипация обнаружена у 25 % обследуемых, умеренная у 37,50 %, выраженная — у 37,50 %.

Эпилептоидная акцентуация выявлена в 8,6 % случаев. У детей с отклонениями поведения на резидуально-органическом фоне данная акцентуация не выявлена. У детей и подростков с патохарактерологическими реакциями эпилептоидные черты характера выявлены у 42,86 %, а у испытуемых с патохарактрологическим формированием личности — у 57,14 %. Полные семьи имели 42,86 % детей, остальные воспитывались в неполных семьях, опекунами, в интернатах для сирот. К бродяжничеству склонны были 42,85 %. Им свойственны аффективные вспышки, во время которых они не контролируют свои действия и поступки. В аффекте они избивали одноклассников, ругались нецензурной бранью с учителями. Некоторые больные были исключены из школы за плохое поведение. Слабая эмансипация выявлена у 42,86 %, умеренная — также у 42,86 %, выраженная — у 14,29 % детей и подростков. Низкую конформность имели 71,43 % испытуемых, умеренную — 28,57 %.

Психастенические черты характера определены у 6,33 % обследуемых. Для детей с патохарактерологическим формированием личности данная акцентуация не обнаружена, у детей с патохарактерологическими реакциями — в 40 % случаев и у 60 % детей с патохарактерологическими реакциями на резидуально-органическом фоне. Так, 40 % детей воспитывались в неполных семьях, в интернате для сирот — 40 % и опекунами — 20 %. Нерешительность, тревога, мнительность были пусковыми механизмами в совершении асоциальных поступков. Декомпенсация чаще отмечалась в моменты предъявления требований, сдачи экзаменов. Из девиаций поведения у 40 % детей было выявлено бродяжничество. Слабая эмансипация у 40 % обследуемых и умеренная — у 60 %. У 20 % детей и подростков была низкая конформность, у 80 % — умеренная.

У детей и подростков с циклоидной акцентуацией в 5,06 % случаев особенности отклоняющегося поведения зависели от фазы. В субдепрессивной фазе они не посещали школу, уединялись, характерны были ситуационно-личностные реакции. Раздражительность, несдержанность сменялись немотивированным веселым настроением и оптимизмом. Половина детей воспитывались в гармоничных семьях, а вторая половина — в неполных семьях. Нарушенное поведение проявлялось в асоциальных и делинквентных поступках. Слабая эмансипация у 25 % детей и подростков, умеренная у 50 %, очень сильная — у 25 %. Низкая конформность была определена у 50 % испытуемых и умеренная у 50 %.

Шизоидная акцентуация выявлена у одного подростка с патохарактерологическим формированием личности. Воспитывался в гармоничной семье. Имел отягощенную наследственность по линии отца (родной брат отца болен шизофренией). За бродяжничество и воровство состоит на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, школу не посещал больше года. Уходы из дома объяснял одиночеством, с отцом не находил общего языка, имел умеренную эмансипацию.

Истероидная акцентуация выявлена у одного подростка, главной чертой были эгоцентризм и завышенная самооценка. Воспитывался в полной семье. С раннего детства был очень лживым. Имел высокую конформность и умеренную эмансипацию.

Необходимо отметить, что частота разных типов акцентуаций характера в популяции подростков, по данным Н. Я. Иванова, значительно отличается от проведенного нами исследования среди делинквентных подростков. Это позволяет сделать вывод о том, что акцентуация характера является одним из факторов риска развития девиантно-делинквентных форм поведения. Поэтому раннее выявление акцентуаций характера, знание условий и модуса воспитания ребенка в семье или детском учреждении необходимы на этапе первичной профилактики

нарушений поведения у детей и подростков. Вторичная профилактика в значительной мере зависит от типа акцентуации характера и требует дифференцированной психотерапии и коррекционно-воспитательной работы. Анализ результатов проводимой нами лечебно-реабилитационной программы у детей и подростков с девиантно-делинквентными формами поведения позволяет рекомендовать сочетание медикаментозной терапии с различными видами психотерапии: гипертимы нуждаются в групповой психотерапии, психастеники и эпилептоиды — в рациональной психотерапии или невербальных методах групповой и поведенческой психотерапии, эмоционально-лабильные — в групповой психотерапии в сочетании с аутотренингом, шизоидам можно применять индивидуальную, активирующую и корригирующую психотерапию, при неустойчивой акцентуации психотерапия неэффективна. В коррекционно-воспитательную работу входили "Лечение занятостью", трудовая терапия, выработка коллективных навыков общения с развитием ответственности за свои поступки, постоянства в делах, лечебная педагогика.

Литература:

1. *Вдовиченко А. А.* О типах акцентуации характера у делинквентных подростков // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1986. — С. 23—24.

2. *Иванов Н. Я., Личко А. Е.* Патохарактерологический Диагностический Опросник для подростков. Методика исследования. — СПб.: Изд-во ин-та им. Бехтерева, 1992.

3. *Леонгард К.* Акцентуированные личности / Пер. с нем. — Киев: Вища школа, 1981.

4. *Личко А. Е.* Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1993. — № 3. — С. 5—17.

5. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985.

6. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983.

7. *Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1991.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL PICULIARITIES OF DEVIATIONS IN BEHAVIOUR OF CHILDREN AND TEENAGERS

L. B. Chudakova

Medical-industrial association "Interregional clinical psychoneurological center"
Dnipropetrovsk

The clinical peculiarities of violations of behaviour were investigated among 80 children and teenagers of the age from 10 to 15 years. All these children had such breakings of behaviour as aggression, smoking, robbery, constant undesired to study. Asocial teenagers were the referent group among them. During the investigation of psychological peculiarities of children and teenagers the accentuation of character was found in 98,75 % of cases. The prevalence of hypertimic accentuation 31,65 % of cases was marked. The label accentuation (30,38 %) was on the second place. Unconstant features of character were in 10,13 % of cases. Received results of investigation allow to think about the inclination to violations in behaviour of children and teenagers with the accentuation of character. These data are necessary when the first prophylactic measures of this category of patients are held and under the second prophylactic measures.

АЛКОГОЛИЗМ И ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

А. Ф. Артемчук

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

С целью поиска корреляций между тяжестью течения алкоголизма и характером ЭКГ-изменений проведено углубленное клиническое, электрокардиографическое и экспериментально-психологическое исследование 146 больных алкоголизмом II стадии в условиях наркологического стационара. Исследования осуществлялись в динамике: на высоте ААС; после его купирования — без дополнительной стресс-нагрузки и с дозированной стресс-нагрузкой.

Стресс-нагрузка применялась в качестве внешнего дополнительного агента, моделирующего многочисленные негативные воздействия окружающей среды. Она оказывалась электростимулятором мышц "Стимул-I", подающим переменный ток силой 8 ма в течение 10 сек., с интервалом в 15 сек. Электроды накладывались на предплечье левой руки. При включении напряжения у испытуемого возникали переживания страха, тревога, иногда сокращение мышц предплечья со сгибанием IV и V пальцев, покраснение лица, изменения артериального давления (АД), учащение пульса и дыхания.

По тяжести нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, регистрируемых на ЭКГ, выделены три группы:

I. С нарушениями функции проводящей системы сердца — 25 больных алкоголизмом [неполная блокада правой ножки пучка Гисса (код 7-3) — у 40 %; нарушение внутрижелудочковой проводимости в бассейне правой ножки пучка Гисса (код 7-5) — у 40 %; полная блокада правой ножки пучка Гисса (код 7-2) — у 10 %; атриовентрикулярная блокада — у 10 %].

II. С признаками ишемической болезни сердца (ИБС) — 32 чел. (деструктивные изменения в миокарде, безболевая форма ИБС без стенокардии напряжения: "жесткие" ишемические коды — 1-3-1; 1-3-4; 4-3; 5-1; 5-2; 5-3 — 21,7 %); "мягкие" критерии ИБС (код 4-4) — 78,3 %.

III. С признаками перегрузки сердца — 25 чел.: "жесткие" (код 3-1 — у 20 %) и "мягкие" (код 2-1; 3-3 — у 40 %) критерии перегрузки левого желудочка, (код 2-3 — у 32 %) правого желудочка. В этой группе, в трети случаев, отмечается и нарушение функции автоматизма: синусовая тахикардия (код 8-7); синусовая брадикардия (код 8-8); единичные экстрасистолии (код 8-1), что чаще, чем в других группах ($p<0,001$).

IV — контрольную группу составили больные алкоголизмом без признаков ЭКГ-нарушений (64 чел.)

Проведено клинико-статистическое сопоставление выделенных групп больных с анализом их распределения по возрасту, тяжести течения алкоголизма, данных экспериментально-психологического исследования.

Группа I — больные с нарушениями проводящей системы сердца, представлена лицами молодого возраста 21—30 лет (50 %), с относительно небольшой длительностью "алкогольного стажа". Эти пациенты, как правило, не предъявляют жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, чаще имеют нормальное А/Д ($p<0,05$—$0,01$).

Наиболее неблагополучной по всем характеристикам является II гр., в которую выделились больные алкоголизмом с ишемическими кодами, высокими значениями А/Д в ААС, тахикардией, увеличением печени, суицидальным поведением, признаками социальной декомпенсации ($p<0,05$—$0,01$). 68,7 % из них имеют возраст от 31 до 60 лет (против 48 % — в гр. I; $p<0,001$); 80 % — более длительный стаж алкогольного злоупотребления ($p<0,001$).

Исследование выявило, что от IV ко II гр. отмечается увеличение частоты сердечно-сосудистых жалоб, АГ, тахикардии, явлений социальной декомпенсации, нарушений кровообращения, что отражает этапы поражения сердца (IV гр.), через повышенную нагрузку на сердце, гипертрофию левых и правых отделов (III гр.), к возникновению ИБС (II гр.), и, в конце концов, к деструктивным изменениям миокарда в зоне правой ножки пучка Гисса, ее полной или неполной блокаде (I гр.).

Ряд более благополучных ЭКГ-показателей в I гр., по-видимому, обусловлен тем, что в исследование попал контингент больных алкоголизмом с благоприятным исходом деструктивных нарушений в мышце сердца. Лица с неблагоприятным течением (инфаркт миокарда, болевые формы ИБС, деструктивные изменения в зоне левой ножки пучка Гисса) — выбыли из популяции или прекратили пьянство.

По типу течения алкоголизма сохраняется та же последовательность нарастания тяжести от IV к I группе, как и в плане ЭКГ-изменений (злокачественно-прогредиентное, соответственно, у 28,1 %; 32 %; 34 %; 40 %; быстро-прогредиентное — у 29,7 %; 16 %; 28,1 % и 32 %; медленное — у 41,2 %; 52 %; 37,5 % и 28 %).

От IV к I гр. нарастает частота употребления вин ($p<0,01$), суррогатов ($p<0,05$), при значительном увеличении толерантности ($p<0,001$), что свидетельствует об определенной корреляции между токсикологическими характеристиками алкогольных напитков и степенью поражения сердца.

Углубленное психологическое исследование (проба Бурдона, САН, уровень тревоги по Спилбергу—Ханину) выявило существенные различия по выделенным группам.

Менее всего затратили времени (Т) на выполнении пробы Бурдона в ААС (т. е. проявили высокую работоспособность) обследованные III гр.

Таблица 1

Результаты психологического исследования больных алкоголизмом в состоянии ААС с различной тяжестью ЭКГ-изменений без стресс-нагрузки (проба Бурдона)

Характеристика	I гр.	II гр.	III гр.	IV гр.
T (время)	11,3±0,2	12,6±1,0	10,3±0,8	12,0±0,5
V средняя скорость	148,3±12,9	128,8±8,4	159±12,1	132,6±5,6
A среднее число ошибок	18,8±6,9	29,6±4,8	15,3±4,1	26,0±2,9
V в начале	147,2±15,2	123,5±11,4	149,3±19,5	134,7±10,3
V в конце	160,8±11,3	128,0±7,2	165,6±10,1	137,1±6,7
A в начале	1,9±0,8	2,9±0,7	0,9±0,3	2,5±0,3
A в конце	2,3±1,0	2,5±0,6	2,4±1,0	2,7±0,4

У них же наблюдается самая высокая скорость (V средняя) выполнения задания и наименьшее число ошибок — ($A_{ср}$; $p<0,01$). В то же время, высокая скорость выполнения задания в начале исследования ($V_{н}$), и малое количество ошибок ($A_{н}$) достигает в конце исследования уровня, характерного для других групп ($V_{к}$; $A_{к}$).

Практически отсутствуют резервы компенсации у больных II гр. с явлениями ИБС, у которых скорость выполнения задания остается без изменений как в начале, так и в конце исследования, вследствие чего появляется статистически-достоверное различие между II и I ($p<0,02$), II и III ($p<0,001$) группами в конце исследований.

Аналогичная картина имеет место и в отношении числа ошибок. Обследованные II гр. делают самое большое число ошибок ($A_{ср.}$), причем, как в начале ($A_{н}$), так и в конце ($A_{к}$) исследований ($p<0,02$—$0,001$).

При применении стресс-нагрузки отмечается эффект компенсации во всех группах, кроме третьей, что выразилось в значительном повышении работоспособности. Так, сократилось время выполнения задания по методике Бурдона (Т), особенно во II гр. ($p<0,008$) и IV гр. ($p=0,01$); увеличилась скорость его выполнения ($V_{ср.}$) в тех же группах ($p<0,01$—$0,001$); уменьшилось число ошибок ($A_{ср.}$)

Таблица 2

Результаты психологического исследования больных алкоголизмом в состоянии ААС с различной тяжестью ЭКГ-изменений после стресс-нагрузки

Характеристика	I гр.	II гр.	III гр.	IV гр.
T (время)	9,3±1,5	9,6±0,3	10,1±1,7	10,03±5,3
V средняя скорость	178,7±29,8	167,0±5,1	167,6±23,3	161,8±8,8
A среднее число ошибок	12,7±9,4	20,3±7,3	23,0±8,8	20,9±4,4
V в начале	152,7±31,5	135,1±19,1	175,4±36,7	155,3±9,2
V в конце	173,5±26,7	204,4±12,6	164,2±23,3	163,9±9,8
A в начале	0,8±1,1	1,1±1,4	1,8±0,6	2,4±1,1
A в конце	1,2±1,1	2,1±1,7	3,1±1,4	4,7±1,0

Аналогичные изменения этих показателей отмечаются в начале исследования ($V_{н}$; $A_{н}$) и в конце ($V_{к}$; $A_{к}$).

Только в III гр. эти показатели после дополнительной стресс-нагрузки остались на прежнем уровне, а число ошибок ($A_{ср.}$) даже возросло почти вдвое ($p=0,05$).

Выявленные данные свидетельствуют о том, что несмотря на то, что больные III гр. выглядят компенсированными по целому ряду клинических, электрофизиологических и психологических показателей, любая нагрузка, в данном случае — стресс-нагрузка, выявляет у них почти полное отсутствие резервов и ухудшает все показатели работоспособности.

Эта группа прогностически неблагоприятна как в плане течения алкоголизма, так и возможности развития выраженных сердечно-сосудистых нарушений вплоть до инфаркта и др. В своей повседневной жизни пациенты этой группы "функционируют" на грани своих возможностей, с использованием всех резервов; дополнительная нагрузка выявляет лишь несостоятельность (дефектность) компенсаторных механизмов.

Парадоксально, что после стресс-нагрузки ухудшение ряда показателей работоспособности отмечается не от IV к I гр., а от I к IV (табл. 2; $A_{н}$ и $A_{к}$), т. е. выявляется обратная корреляция с тяжестью ЭКГ-нарушений.

С целью изучения степени восстановления показателей работоспособности после купирования ААС, а значит и состояния компенсаторных механизмов, в ремиссии, проведено повторное исследование пациентов до и после стресс-нагрузки.

Через 1 мес. после купирования ААС у пациентов I гр. показатели работоспособности остаются на прежнем низком уровне, в т. ч. и после стресс-нагрузки. Недостаточность компенсаторных резервов у них проявляется отсутствием "эффекта мобилизации" при стресс-нагрузках. Эти больные находятся на стадии резистентности или истощения общей неспецифической реакции на стресс (ОНРС). Отсутствие у них признаков деструктивных изменений в бассейне левой ножки пучка Гисса, по-видимому, свидетельствует, что поражение последней — более неблагоприятно для жизни и здоровья: больные алкоголизмом с такими поражениями сердца уже выбыли из популяции.

Во II гр. купирование ААС несколько улучшает показатели работоспособности (растут V ср. — $p<0,04$; $V_н$; $V_к$ — $p<0,04$).

Применение стресс-нагрузки в ААС у этих больных сопровождается "эффектом мобилизации" (уменьшается Т — $p<0,008$; увеличиваются $V_{ср.}$ — $p<0,001$ и $V_к$ — $p<0,001$). Аналогичная стресс-нагрузка после купирования ААС такого положительного эффекта уже не вызывает. Со временем и при отсутствии направленного лечения у обследованных II гр. можно ожидать замену "мягких" ишемических кодов на "жесткие" с возникновением деструктивных изменений в миокарде, в т. ч. тяжких, даже летальных. Об этом свидетельствует и значительный кардиотоксический эффект алкоголя в этой группе: большие привычные и толерантные дозы, употребление суррогатов, злокачественное течение алкоголизма, высокая частота ПАГ, АГ, тахикардии, увеличения размеров печени.

В III гр. достоверных различий по всем изучаемым показателям в ААС или после его купирования, без — или со стресс-нагрузкой не выявлено. Работоспособность этих пациентов (Т; $V_{ср.}$; $A_{ср.}$; $V_н$; $V_к$) более высока в ААС и после его купирования, чем в I и II гр. В то же время, после стресс-нагрузки она остается на прежнем уровне, без "эффекта мобилизации", а число ошибок даже увеличивается. Несмотря на медленно-прогредиентное течение алкоголизма, меньшие привычные и толерантные дозы, преимущественное употребление вин, более резкое употребление суррогатов эта группа также прогностически неблагоприятна в плане дальнейшего нарастания тяжести кардиологической патологии, что требует динамического кардиологического наблюдения и направленного применения специальных терапевтических схем и средств. Об этом свидетельствует и высокая частота ПАГ, АГ, тахикардии, нарушений функции автоматизма.

В четвертой группе (IV) купирование ААС значительно улучшает ($p<0,01$—$0,001$) работоспособность пациентов, а стресс-нагрузка сопровождается выраженным "эффектом мобилизации" как в ААС, так и после его купирования. Употребление алкоголя, практически не оказало выраженного кардиотоксического эффекта у этих больных, и, возможно, даже снизило вероятность возникновения у них сердечно-сосудистой патологии, за счет нейтрализации факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

При дальнейших группировках обследованных и клинико-электрофизиологических сопоставлениях выявлено, что наиболее неблагополучными в плане ЭКГ-изменений являются больные со злокачественно-прогредиентным течением алкоголизма. Несмотря на их молодой возраст (в среднем, 32,4±4,8 лет; $p<0,001$), у них отмечается наиболее высокая частота и наиболее тяжкие изменения на ЭКГ. В структуре этих изменений — признаки ИБС (у 41,7 %); нарушения проводимости (у 23,2 %) и гипертрофия миокарда (у 20,8 %). Это свидетельствует о том, что ЭКГ-патология у них имеет смешанное происхождение: кардиологический эффект алкоголя проявляется на преморбидно-измененной сосудистой почве.

Они же чаще (44,2 %) привычно употребляют вино (против 28,9 % пациентов с быстро-прогредиентным течением алкоголизма и 23,1 % — с медленно-прогредиентным течением ($p<0,0001$)) и суррогаты (32,6 %, против, соответственно, 15,8 % и 13,8 %; $p<0,01$).

Помимо галопирующего, злокачественного течения алкоголизма, у этих больных отмечен определенный преморбид и выраженная социальная декомпенсация (судимость, ЛТП, госпитализация в наркоучреждения и др.).

На втором месте по тяжести ЭКГ-изменений больные с медленно-прогредиентным течением алкоголизма, средний возраст которых на 10 лет выше (41,2±5,4 лет). На 10—15 лет у них больше и стаж алкогольного злоупотребления.

Так как эти пациенты на период обследований "дольше живут" и более длительное время пьют, у них, закономерно, чаще проявляется и кардиотоксический эффект этанола, но в "мягких" формах: ишемические коды — у 35,3 %; перегрузка желудочков — у 29,3 %; нарушения проводимости — у 21,5 %; признаки ПАГ — у 44,6 %. Больные алкоголизмом с более серьезной кардиологической патологией или выбыли из популяции или прекратили пьянство.

Выявленные сочетанные формы алкоголизма и ЭКГ-изменений требуют своевременной диагностики, поэтапного лечения и наблюдения.

ALCOHOLISM AND CARDIAL DISORDERS: CLINICAL PECULIARITIES, ELECTRO-PHYSIOLOGICAL AND PSYCHOLOGIC CORRELATION

A. F. Artemchuk

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

Due to the materials of the complex clinical electrocardiographical and clinical psychologic examination of 146 alcoholics in an abstinence condition and after it curability, and also after additional stress-load, exposed clinical-prognostic criterions of subsequent flow of alcoholism and the most widely-distributed forms of cardiac-pathology.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЬИ АЛКОГОЛИКОВ

А. А. Коломиец, В. Е. Казаков

Луганский государственный медицинский университет
г. Луганск

В последние десятилетия усилился научный интерес к проблеме алкоголизма. Существует множество научных работ, в которых описываются методы диагностики и лечения алкоголизма [3, 5, 6 и др.]. Существуют также отдельные научные работы, в которых приводятся данные о существовании связи между семейной отягощённостью алкоголизмом и частотой психических и соматических отклонений у их потомства [4]. Однако до настоящего времени недостаточно научных работ, в которых рассматриваются разновидности психической и соматической патологии, возникающей у детей, чьи родители страдают алкоголизмом, а также не уточнялся вопрос о том, имеются ли особенности патологических проявлений, возникающих у упомянутых детей.

В связи с этим целью настоящей работы явилось изучение психосоматических нарушений здоровья у детей, родители которых страдали алкоголизмом.

Обследовано 157 детей в возрасте от 7 до 14 лет, родители которых страдали алкоголизмом(основная группа) и 50 детей того же возраста, без отягощённой алкоголизмом наследственности (контрольная группа). Распределение детей по возрасту и полу представлено в таблице.

Таблица

Распределение детей основной группы по возрасту и полу

пол / возраст	мальчики		девочки		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
7—8 лет	11	7,0	6	3,8	17	10,8
9—10 лет	17	10,8	10	6,4	27	17,2
11—12 лет	24	15,3	18	11,5	42	26,8
13—14 лет	40	25,5	31	19,7	71	45,2
ИТОГО	92	58,6	65	41,4	157	100%

Обследование проводилось путем детального изучения анамнеза, психического, неврологического и соматического статусов. Использовались общепринятые экспериментально-психологические методы Рене Жиля, детский вариант метода Розенцвейга, метод Равена, патохарактерологический диагностический опросник, составленный А. Е. Личко и Н. Л. Ивановым [2], опросник для исследования акцентуированных свойств личности, разработанный Шмишеком. При необходимости проводилось инструментальное обследование с помощью электроэнцефалографии, электрокардиографии.

Изучение анамнеза выявило, что у детей основной группы уже до года отмечались частые ОРВИ. В дальнейшем эти дети росли болезненными, они продолжали легко простуживаться, страдали тонзиллитами, аллергическими реакциями и др. В возрасте 5—6 лет у них можно было диагностировать не только соматическую, но и психоневрологическую патологию. У 81 (51,6 %), из 157 детей основной группы, отмечались расстройства личности, при этом у 56 был выражен инфантилизм, отсутствовали волевые задержки, отмечалась несдержанность, у 29 (18,5 %) — агрессивность, 37 (23,6 %) детей из данной группы страдали энурезом, у 31 ребёнка отмечалось заикание, у 24 — тики, в то время как в контрольной группе лишь у 5 (3,2 %) детей выявились невротические реакции, остальные дети были психически здоровы.

При исследовании детей основной группы по методу Розенцвейга выявлялась враждебность (показатель *E*), требование, чтобы кто-либо другой изменил ситуацию (показатель *e*), выше нормативных данных (нормативы по Казаковой С. Е. [1]).

Качественная обработка результатов исследования по методу Рене Жиля выявила конфликтные переживания, связанные со стремлением к лидерству (в 45 %), неуверенность в себе (31 %).

Обращает на себя внимание фрустрация в характеристике семейных взаимоотношений, доминирование, отгороженность (30,5±0,6 баллов), а также низкая степень социальной адекватности (12,1±0,3 балла).

Детей в возрасте от 12 до 14 лет исследовали по методу Равена — в 42 % интеллект был невысок, в 55 % — средний, в 3 % — высокий. При исследовании детей этого же возраста по опроснику Шмишека и ПДО в 83 % выявились личностные нарушения, преимущественно по неустойчивому типу.

При сравнении частоты психической патологии в основной группе и контрольной группе оказалось, что в основной группе её удельный вес достоверно выше, чем в контрольной, данные статически достоверны ($p \leq 0,001$).

В контрольной группе у детей преобладали импунитивные реакции (метод Розенцвейга), чувство сплочённости (метод Рене Жиля). В 72 % интеллект был средним, в 7 % — высоким, в 21 % — невысок (метод Равена), у 5 % детей можно было заподозрить акцентуацию (выявлено опросником Шмишека и ПДО).

В неврологическом статусе у 103 больных основной группы отмечался выраженный дисбаланс вегетативных реакций. Дети были склонны к синкопальным состояниям. У них наблюдался гипергидроз, игра вазомоторов, пониженное артериальное давление, тахикардия. У 62 пациентов наблюдались панические атаки. У детей контрольной группы только в 3 случаях отмечались панические атаки, у одного ребёнка наблюдались обмороки в душном помещении.

При сравнении частоты неврологической патологии в основной и контрольной группе, выявлено достоверное превалирование вегетативных расстройств, в основной группе в сравнении с контрольной (данные статистически достоверны ($p \leq 0,001$)).

Изучение соматического статуса у детей основной и контрольной группы выявило достоверно более высокий уровень патологии в основной группе, чем в контрольной. Так, у детей основной группы достоверно чаще, чем в контрольной, отмечались аллергические реакции (в основной группе у 93 человек, в контрольной — у 6), патология со стороны сосудов (в основной группе у 90 отмечалась вегетососудистая дистония, в контрольной — у 5), отклонения со стороны сердца (в основной группе у 14 наблюдались функциональные шумы, у 20 — капельное сердце, в контрольной 5 детей страдали функциональными шумами). Данные статистически достоверны ($p \leq 0{,}001$).

Отмечалась прямая корреляция между выраженностью алкоголизма родителей и выраженностью патологии у детей ($r \approx 0{,}636$). Клинические наблюдения показали, что у детей, родители которых страдали I стадией алкоголизма, соматические и психические нарушения были сглажены. Эти дети, в основном, лечились амбулаторно. У тех детей, родители которых страдали II стадией алкоголизма, были значительно более выражены соматические и психические нарушения. Эти дети неоднократно лечились стационарно как в соматическом, так и в психиатрическом стационаре. При наличии у родителей III стадии алкоголизма, у детей были выражены расстройства личности, при этом преимущественно по неустойчивому и эксплозивному варианту. Следует отметить склонность этих пациентов к правонарушениям. У 4 детей этой группы отмечался эпилептиформный синдром. В соматическом статусе у детей, родители которых страдали III стадией алкоголизма, мы наблюдали аллергические реакции, выраженную вегетативную нестабильность.

Лечение детей основной группы проводили путём оздоровления организма в целом: назначали ноотропы (когитум, ноотропил, пирацетам), витамины (мультитабс, юникап и др.), седативные средства (антарес, валериана, успокаивающие чаи, ново-пассит). Но наиболее эффективным средством для лечения и реабилитации являлись психотерапевтические мероприятия.

Применялась как индивидуальная, так и семейная, а также групповая психотерапия. Особое значение придавали психодинамической интерпретации игр ребёнка. Порою проводили кратковременное психотерапевтическое воздействие, помогающее справиться с текущими проблемами. При этом пытались установить с ребёнком доверительные отношения, в ряде случаев путём бесед на нейтральные темы, вызывающие живой интерес пациентов. Очень важно психотерапевту подчеркнуть, что он воспринимает больного таким каков он есть и относится к нему с симпатией.

Из методов групповой психотерапии наиболее эффективной оказалась поведенческая. При этом вознаграждалось поведение приближающееся к желаемому. Наказание за непослушание не применялось. Однако при непослушании принимались меры, направленные на выявление и устранение факторов в окружении ребёнка, которые усиливали нежелательное поведение.

При семейной психотерапии симптомы, наблюдаемые у ребёнка, рассматривались как отражение функционирования семьи, в том числе алкоголизма родителей, что и являлось первоочередным объектом лечения.

Таким образом, из изложенного вытекает, что у детей, чьи родители страдают алкоголизмом, достоверно чаще возникает патология, чем в тех семьях, где родители не злоупотребляют алкоголем. При этом у детей из семей алкоголиков страдает весь организм в целом — расстройства охватывают не только психику ребенка, но и неврологический и соматический статусы. Со стороны психических расстройств у таких детей, чаще всего возникают личностные расстройства, в неврологическом статусе преимущественно поражается вегетативная нервная система, в соматическом — сердечно-сосудистая. Следует отметить склонность у данных пациентов к аллергическим реакциям. Лечение данной патологии основывается на лечении всего организма. Наиболее эффективны психотерапевтические мероприятия, в частности поведенческая психотерапия.

Литература:

1. *Казакова С. Е.* Особенности клиники неврозов у леворуких детей // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. 1987. — 18 с.

2. *Личко А. Е.* Подростковая психотерапия. — М.: Медицина, 1979. — 334 с.

3. *Минко А. И.* Ранняя диагностика и прогноз лечения больных алкоголизмом безмедикаментозными методами (клинико-физико-химическое и клинико-нейробиологическое исследование) // Автореф дис. ... докт. мед. наук.— Харьков, 1997. — 32 с.

4. *Москаленко В. Д., Ванюков М. М., Соловьёва З. В. и др.* Семейное исследование алкоголизма в популяции Москвы // Вопр. наркологии.— 1990.— № 2.— С. 33—40.

5. *Пономарьова Н. М.* Клінічні та соціально-психологічні аспекти алкоголізму у підлітків-делінквентів/ Автореф. дис. ... канд. мед. наук /Харків ин-т удост. лікарів.— Харків, 1996.— 21 с.

6. *Энтин Г. М., Лавренова Н. Н., Буторина Н. Е. и др.* Клиника и терапия алкоголизма в подростковом возрасте/ Метод. реком. Минздрава РСФСР.— М., 1986.— 29 с.

THE CONDITION OF CHILDREN'S PSYCHIC HEALTH FROM DIPSOMANIACS FAMILIES

A. A. Kolomiets, V. E. Kazackov
Lugansk State Medical University
Lugansk

157 children at the age from 7 to 14 years whose parents suffered from dipsomania (main group) and 50 children of the same age and sex without heredity aggravated by dipsomania have been examined.

It turned out that the pathology of the children of the main group more often springs up in the families in which their parents don't abuse alcohol.

In this case the organism of, the children from the alcoholics families suffers as the whole-disorders comprise not only the child's psychics but also the neurologic and somatic status.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ І АНТИРИЗИКУ В РОЗВИТКУ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ

Л. М. Маркозова

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії м. Харків

Алкоголізм це хвороба, в якій зосереджуються, драматично перехрещуються значні біологічні та соціальні проблеми. Природньо, що рішення будь-якого аспекту цієї хвороби будь-то питання патогенезу або клініки, організації лікувально-реабілітаційного процесу або первинної профілактики алкоголізму, повинні вирішуватися тільки з урахуванням біологічних, психологічних, спадкових, соціально-економічних та інших особливостей формування алкогольної та нікотинової мотивації, особливостей особи, мікросоціального клімату, умов виховання та ін.

Дослідженнями 1995—1996 років серед дітей та підлітків виявлено закономірно повторювані патологічні стигми — антенатальна та постнатальна патологія, високий рівень дитячих інфекцій та соматичних захворювань, у тому числі черепно-мозкових травм у ранньому дитинстві, хірургічні втручання, у тому числі під загальним наркозом, спадкова обтяженість алкоголізмом та іншими психічними захворюваннями.

Встановлений паралелізм між характером патологічних проявів у дітей різних вікових груп та у явно хворих на алкоголізм осіб молодого віку дозволяє віднести групи дітей з антенатальною патологією, черепно-мозковими травмами, алергозом та дітей із сімей алкоголіків до груп підвищеного ризику захворювання на алкоголізм з усіма випливаючими з цього наслідками.

Разом з тим, літературні дані, а також власний клінічний досвід свідчать про те, що фактори ризику не завжди реалізуються у хворобливу пристрасть до алкоголю, що дало підставу припустити наявність факторів, які протидіють факторам ризику — факторів антиризику.

Об'єкт дослідження — 24 учня шостих класів (11—12 років), які спостерігалися у динаміці з першого класу; 22 учня десятих класів (15—16 років) та 20 хворих на алкоголізм з розвитком хвороби після 20 років (22—35 років). Прослідкувався катамнез обстежених дітей.

Встановлено, що у групі дітей-шестикласників з 24 осіб 11 не знайомі зі смаком алкоголю, 10 школярів вживали спиртне епізодично, переважно шампанське, пиво, цукерки з лікером і інше з дозволу батьків; троє приймали алкоголь систематично.

У дітей, які регулярно п'ють, батьки у більшості підприємці, самі регулярно приймають спиртні напої та не бачать нічого поганого у тому, що й діти залучаються до спиртного. Ці діти більшу частку часу перебувають без нагляду батьків.

У групі дітей, що вживають спиртне епізодично, у одної дитини батько хворий на алкоголізм, неодноразово лікувався у наркологічному стаціонарі; у одної дитини батько п'є систематично, але хворим себе не вважає; у двох дітей виникають сімейні проблеми, які пов'язані з вживанням батьками алкоголю; у решти дітей батьки вживають спиртне ситуаційно (на свята).

У числі інших факторів ризику: дитячі інфекції перенесли четверо дітей, черепно-мозкові травми двоє, гепатит та гастрит двоє, 16 часто хворіють на гострі респіраторні захворювання, грип, ангіну.

У групі дітей, які не знайомі зі смаком алкоголю, батьки вживають спиртні напої рідко або не вживають зовсім. Матері негативно відносяться до вживання алкогольних напоїв.

Соматична обтяженість у вигляді гайморит, дитячих інфекцій відмічалася у двох дітей. Двоє виховувалися без батька з десятилітнього віку.

Поведінка та характер дітей в цій групі формувалися, в основному, під впливом батьків, які не вживають алкоголь; у частки активно формувалася зацікавленість до спорту, моделювання, музичних занять, занять іноземними мовами, танців, ін.

Цілком очевидно, що формування особистості та звичок у дітей 11—12 років проходило переважно під впливом сім'ї.

У групі старшокласників з 22 осіб не знайомі зі смаком алкоголю тільки двоє, 15 осіб вживають спиртне епізодично, п'ятеро — систематично, причому, в одного учня є прояви синдрому відміни. Встановлено, що 10 осіб п'ють з дозволу батьків, п'ятеро — у колі однолітків у будь-якому зручному випадку, вважають, що "у цьому нічого поганого немає". Мотиви вживання різні: "з цікавості", "для самоствердження", "для кращого спілкування", "з причини поганого настрою" та ін. У цьому віці учні вживають від 50,0 мл вина до 300,0 мл коньяку. У питущих дітей батьки або підприємці, або люди, які попали під скорочення на державних підприємствах та не адаптувалися у теперішньому економічному середовищі. У трьох дітей батьки зловживали алкоголем та раніше отримували протиалкогольне лікування, у п'ятьох обстежених батьки п'ють систематично, але хворими себе не вважають, у 10 осіб батьки вживають спиртні напої епізодично, у чотирьох батьки не вживають алкоголь взагалі. У 8 дітей п'ють батько й мати, у 12 осіб вживають спиртне знайомі та друзі. Встановлено, що у дітей, не знайомих зі смаком алкоголю, батьки ведуть тверезий спосіб життя.

Виховувалися у неповній сім'ї двоє дітей з п'ятита восьмилітнього віку (один без матері, один виховувався до шести років бабусею та дідусем). У неповній сім'ї без батька виховувалася одна дитина.

Соматична обтяженість відмічалась у шести осіб (отит, дитячі інфекції, хвороба Боткіна, вегето-судинна дистонія, простудні захворювання).

Таким чином, у процесі дорослості дітей абсолютний вплив сім'ї втрачається, але ж все ще залишається значущим, та починається проявлятися вплив питущої компанії однолітків, бажання не відрізнятися від свого оточення та самоутвердитися в середовищі питущих товаришів.

Дослідження групи дітей явно хворих на алкоголізм батьків (7 осіб) показало, що якщо у цих дітей до повноліття встигає сформуватися активна зацікавленість до будь-якого виду діяльності (до мистецтва, спорту та ін. захоплень), то такі підлітки та юнаки до вживання спиртного не залучаються і, навіть при випадкових випивках, відносяться до стану сп'яніння негативно та в подальшому не вживають алкоголь.

Байдуже відносилися до алкоголю і особи, які займаються самостійно або під впливом батьків спортом, музикою, образотворчим мистецтвом, у гуртках художньої самодіяльності, танцювальному та ін. В подальшому, при втраті зацікавленості до цих видів занять або при необхідності переключення на трудову діяльність, навчання, вступали закони середовища, в яке вони потрапляли. І тоді, в залежності від особливостей особистості (слабовольові, сугестивні, збуджені), при вживанні спиртного часто потрапляли від нього в залежність.

Таким чином, в залученні до спиртного починають проявлятися біологічні особливості організму, властивості особистості, особливості мікросоціального оточення. Слід відмітити, що фактори ризику можуть реалізовуватися на різних етапах життя, у різні вікові періоди при сприятливих для вживання спиртного умовах.

Аналізуючи особливості формування алкогольних звичок, ми встановили, що провідними факторами, заважаючими їх розвитку, являються:

— відсутність алкогольних звичок у сім'ї та найближчому мікрооточенні;

— активне формування батьками інтересів дитини, його життєвих ставлень, поведінкових реакцій;

— вплив позитивних лідерів у школі;

— творчий початок самої особистості, активна зацікавленість до пізнання нового, активна діяльність, що адекватна віку;

— активне формування морально здорової особистості (негативне відношення до алкоголю, наркотиків, табаку, іншим токсичним речовинам).

Як випливає з багаточисленних досліджень, які проведені нами раніше, одним з провідних факторів ризику розвитку залучення дітей до алкоголю являється пияцтво або зловживання алкоголем батьками, у зв'язку з чим значне місце у профілактиці шкідливих станів залежності повинно займати протиалкогольне виховання дітей, їх батьків та формування непитущих установок, а також лікування батьків, зловживаючих алкоголем; розробка та проведення циклу лекцій про наслідки дії алкоголю та інших речовин на організм людини, його потомство; демонстрація наглядних посібників; учбових фільмів протиалкогольного напрямку.

Протиалкогольне виховання повинно проводитися не у відриві, а у контексті загальноосвітніх заходів, які направлені на формування творчого початку самої особистості, активних інтересів до пізнання нового, активної діяльності адекватної віку. У цьому процесі задачі лікаря, вихователя та батьків повинні співпадати і бути направленими на формування інтересів дитини, його життєвих установок, поведінкових реакцій, навиків самостійного життя та ін.

У зв'язку з згубною та хвороботворною дією низькопробних, травмуючих, дратуючих несформовану особистість дитини закордонних та вітчизняних фільмів та телепередач необхідно заборонити їх показ на телебаченні, у кінотеатрах і т. п. Вітчизняним робітникам культури необхідно створювати високоякісні фільми, твори.

Як було встановлено, фактори ризику становляться реальністю, якщо вони діють на явно несприятливий сомато-неврологічний фон здоров'я дитини (патологія вагітності, пологів, асфіксія, родова травма, спадковий алкоголізм, гострі та хронічні інфекції, черепно-мозкові травми, невротичний розвиток особистості та ін.).

У зв'язку з цією обставиною, гарантом первинної профілактики алкоголізму та інших форм хімічної залежності повинні стати:

1. Методи індивідуально-особистої профілактики:

— оздоровлення та лікування дитини;

— формування інтересів та життєвих ставлень дитини.

2. Методи популяційної профілактики:

— оздоровлення мікросоціального оточення;

— підвищення рівня лікувально-профілактичної допомоги у всіх галузях медицини, у першу чергу родопоміч, лікувально-профілактична допомога дітям та підліткам;

— формування та впровадження активних форм відпочинку дітей;

— виділення групи ризику розвитку станів залежності від алкоголю та інших психоактивних речовин з обстежених контингентів у дитячому або учбовому колективі та цільова лікувально-профілактична робота з ними.

Деякі фактори, які запобігають формуванню шкідливих звичок у конкретної особистості, при застосуванні у великій групі дітей можуть носити й оздоровчий характер в популяції у цілому.

Результати пропонованих заходів попередньо апробовувалися у колективі учнів однієї з гімназій міста Харкова, в якій проведено 24 лекції для учнів, батьків, педагогів, 3 семінари для педагогів та вихователів цієї гімназії, вчителів та директорів м. Харкова.

Відмічено позитивний результат проведених заходів, який виразився у покращенні внутрісімейних відношень у випадках, коли питущі батьки одержували протиалкогольне лікування, покращалася успішність у дітей з цих сімей, та нормалізувалися відношення з однолітками; з'явилася зацікавленість до роботи протиалкогольного напрямку серед вчителів, підвищилася їх активність (протиалкогольна пропаганда включена до програми занять з валеології).

З обстежених дітей, які знаходилися під нашим доглядом протягом шести років, були оздоровлені 21 учень та 18 батьків. У сім'ях, де не вдалося пролікувати питущих батьків, умови залишалися несприятливими (скандали, невротизація дітей, часто залучення батьками дітей до вживання спиртних напоїв).

SOCIO-PSYCHOLOGICAL PACULIARITIES OF BRINING UP CHILDREN AS THE RISK AND ANTIRISK FACTORS IN DEVELOPMENT THE CODITIONS OF DEPENDENCE

L. M. Markozova

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The examination was fulfilled in context of the European Resolution of Regional Committee WHO about essential elaboration measures of alcoholism prophylactics in the risk groups.

It was carried out the longitudinal clinico-anamnestic and socio-psychological examination of 46 children of the 6-th and 10-th forms of Kharkiv's high schools. It was clearly defined the risk and antirisk factors in forming the bad habits in children and adolescents. It was revealed the advantage of the family role in forming the children personality in 11—12 years and the dominating role of the same age persons (negative leaders) in forming bad habits in adolescents of 15-th 16-th. years old. It was worked out and adopted the measures of correction behaviour of the children and adolescents and carried out the measures on sanitation of social microenvironments (family, school groups and etc.).

РОЛЬ ТРЕНИНГА ЛИЧНОСТНОГО РОСТА В ИЗМЕНЕНИИ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ У СУПРУГОВ С СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИЕЙ

В. В. Басалюков

Харьковская медицинская академия последипломного образования
г. Харьков

Сексуальность — это наиболее общее выражение сексуальных реакций, влияний, активности, проявляющееся в способности привлечь партнера (сексуальная аттрактивность) и адекватно реагировать на сексуально-эротические ситуации [4].

В любом из существовавших до сих пор человеческих обществ обнаруживается наличие социально-психологических стереотипов маскулинности и фемининости, лежащих в основе сексуальности индивида. Они присутствуют как на высших уровнях культуры в рамках религиозных или философских систем, так и в повседневном, обыденном сознании [11].

Общим принципом классификации культур по типу их отношения к сексуальности, принятым в этнографии, является деление их на репрессивные и пермиссивные. В репрессивной культуре любое проявление сексуальности и эротизма, включая сексуальный юмор, запрещено или осуждаются. Половая жизнь строго регламентируется даже в браке.

Ярким примером пермиссивной культуры принято считать народы Полинезии. Здесь проявления сексуальности поощряются и у мужчин, и у женщин, отмечается терпимое отношение к внебрачным связям [7].

Однако большинство человеческих обществ находятся между этими двумя полюсами. Любая культура не просто запрещает или разрешает те или иные проявления сексуальности, она определяет их социальную, этическую и эстетическую ценность, и делает это путем формирования эротического кода, ритуала ухаживания и особенностей сексуальной техники. Несмотря на то, что эрогенные зоны у человека детерминированы физиологически, разные народы придают им неодинаковую ценность. [5, 6]

В результате опыта и научения, в ходе которого индивид усваивает общий для всех людей физиологический, сексуальный код, эротический код, специфический для его культуры, он вырабатывает свой собственный "сексуальный сценарий". Этот сценарий представляет интеллектуальную конструкцию, включающую в себя когнитивные компоненты разного уровня — представления, понятия, паттерны поведения, оценочные суждения [12].

Теория "сексуального сценария" предложена J. Gagnon и W. Simon в 1973 году [12]. Согласно этой теории индивид имеет не один, а несколько сценариев:

1. Сексуальные фантазии.
2. Планы реального поведения.
3. Промежуточные ориентации.
4. Хранилища памяти.

Каждый индивид и каждая пара чем-то отличаются в этом отношении от всех остальных. Тем не менее в образовании сценариев действуют общие законы социальной психологии, на основе которых, хотя и не осознавая их, люди знакомятся, составляют мнения друг о друге, сходятся, привязываются и привыкают друг к другу или, например, расходятся.

Общее отношение людей к сексуальности в значительной степени определяется их отношением к своему телу и эмоциям. Человек переживает и осознает свое тело, с одной стороны, как храм "Я", а с другой — как экспрессивное начало, средство самовыражения. Повышенная озабоченность "закрытостью", соблюдением телесных границ сочетается с эмоциональной скованностью, избыточным самоконтролем. Это ярко проявляется и в культуре [15].

Изменение отношения индивида к собственной сексуальности связано с общим изменением отношения к телу и к эмоциям. В противовес средневековой христианской установке, направленной на подавление эмоций, современная культура, включая научную психологию, подчеркивает ценность эмоционального раскрытия и пользу эмоциональной чувствительности.

Правильное отношение к чувствам в сегодняшнем понимании означает не только умение контролировать и подчинять их, но и умение прислушиваться к ним и адекватно выражать. Этому учит и художественная литература, и педагогика, и специальные методы психотерапии и социальной психологии — психологические тренинги [1, 18].

Многие авторы отмечают при изучении сексуальности наличие несоответствия поведения и чувств у человека [4, 8]. Это связано с наличием множества мотивационных схем сексуального поведения, таких как релаксационная, рекреационная, прокреационная и коммуникационная, включающая все выше перечисленные мотивы как составляющие компоненты и являющая собой образец так называемой половой любви. Зачастую эти мотивы не осознаются, но могут быть легко объяснены при помощи широко применяемой в психологии теории защитных механизмов Зигмунда Фрейда [13].

Связь "сексуального сценария" индивида и отношение данной культуры к сексуальности четче всего проявляется в таких механизмах морального контроля как чувство стыда и вины. Стыд ограничивает внешние проявления сексуальности, которые могут быть осуждены окружающими. Вина распространяется на самые интимные — внутренние переживания. В итоге преувеличенное чувство "сексуальной вины" ведет к искажению восприятия эротических стимулов, эмоциональной скованности, подавлению сексуальности и, как следствие, к сексуальной дисгармонии [7].

Именно поэтому американский психолог A. Maslow [16] призывал рассматривать сексуальность в контексте эмоциональных, любовных и личностных отношений, а W. Masters и V. Johnson [17] подчеркивали необходимость учитывать и совершенствовать межличностную коммуникацию индивида, партнерской пары — способность к самораскрытию,

выражению своих эмоциональных переживаний и отмечали недостаточность простой поведенческой терапии, ограничивающейся выработкой у пациентов необходимых технических навыков.

Целью данного исследования являлась оценка динамики изменения отношения к своей сексуальности у супругов с сексуальной дисгармонией в ходе тренинга личностного роста.

Тренинг личностного роста для супругов с сексуальной дисгармонией, проводился по 40-часовой программе в течении пяти дней в гетерогенных группах численностью от 10 до 16 человек. При этом для уменьшения сил "семейных защит" [14] оба супруга проходили тренинг в разных группах.

Всего тренинг прошли 168 человек. Соотношение мужчин и женщин составляло 1:1. Средний возраст к моменту прохождения тренинга составил соответственно у мужчин 33,5, у женщин — 29,0 лет. Давность сексуальной дисгармонии составляла 2,6 лет. Количество пациентов, состоявших в настоящее время в первом браке, было 72,62 %, в повторном браке — 19,05 %, в гражданском — 8,33 %. Одного ребенка имели 51,19 % семей, двоих детей — 17,86 % и не имели детей 30,95 % супругов. При этом стаж супружеской жизни до пяти лет отмечен у 55,95 %, более пяти лет — у 39,29 % и более 10 лет — 4,76 %.

В зависимости от мотивации вступления в брак больные распределились так: адекватная (по любви) — 131 (77, 98 %), неадекватная (по расчету) — 37 (22,02 %).

По типу воспитания в родительской семье и ее составу супруги представлены следующим образом: воспитывались в полных семьях — 62 (36,9 %), в неполных — 106 (63,10 %); получили воспитание по типу гиперпротекции — 24 (14,29 %), по типу гипопротекции — 144 (85,71 %).

Средний образовательный индекс в группе составил 12,3 года.

По видам трудовой деятельности обследованные брачные партнеры были представлены следующим образом: работники умственного труда — 25,60 %, работники квалифицированного физического труда — 33,92 %, работники неквалифицированного физического труда — 19,64 %, не работали и не учились — 5,36 % супругов.

Вариант сексуальной дисгармонии определялся на основании данных системно-структурного анализа сексуального здоровья [7].

Социальный вариант дисгармонии проявлялся в недостаточной осведомленности в области психогигиены половой жизни и неправильных представлениях о норме и патологии сексуальной функции у супругов, расхождении типов сексуальной культуры, которая включает традиции, обычаи, уровень сексуальной активности, особенности семейного и полового воспитания, и составлял 14,29 %.

Психологический вариант сексуальной дисгармонии развивался в результате несоответствия типов сексуальной мотивации у супругов, при наличии различных типов акцентуации личности у мужа или жены, а также присутствии таких черт характера как доминантность, замкнутость, импульсивность, застенчивость и составлял 29,76 %.

Социально-психологический вариант проявлялся в нарушении межличностных отношений в супружеской паре, отсутствии взаимных чувств любви и уважения, нарушении коммуникации и супружескими конфликтами.

Биологический (анатомо-физиологический) вариант сексуальной дисгармонии характеризовался несоответствием темпераментов и половой конституции у брачных партнеров, а также наличием сексуальной дисфункции у мужа или жены, которая в свою очередь была обусловлена соматическими или психическими заболеваниями, и составлял 19,05 %.

Модель тренинга личностного роста состояла из трех этапов: I (подготовительного), который включал в себя регистрацию и анкетирование участников, индивидуальное собеседование, исходную психодиагностику и комплектование группы; II-го (тренингового) — непосредственное проведение тренинга личностного роста; III-го (заключительного), включающего заключительную групповую дискуссию и итоговую психодиагностику.

На тренинговом этапе использовались такие методы, как групповая дискуссия, ролевые игры и психотехнические упражнения. Психодиагностика осуществлялась на основе тестов Т. Лири [9], цветового теста Люшера [10], С. Томаса [2].

Оценка эффективности тренинга проводилась на основе индивидуального собеседования, данных анкетирования, высказываний участников по ходу тренинга, анализа видеоматериалов, самоотчетов, данных заключительной групповой дискуссии и результатов психодиагностики.

В начале тренинга (1—2 день) у основной массы участников наблюдалось осознание своих проблем, в том числе и сексуальных, что проводило к усилению тревожности и страха, повышению уровня немотивированной агрессии, так проявлялась стадия конфронтации. Третий день тренинга характеризовался облегчением и катарзисом отрицательных эмоций в ролевых тренинговых ситуациях, это свидетельствовало, что группа находилась в стадии работоспособности. В течении четвертого и пятого дня наблюдался личностный рост и изменение паттернов поведения. Группа достигала пика работоспособности, а затем постепенно переходила в стадию распада.

В результате тренинга личностного роста нами отмечено существенное изменение отношения к собственной сексуальности, которое в частности проявлялось в изменении типа сексуальной мотивации у супругов.

Типы сексуальной мотивации у супругов описаны Г. С. Васильченко [8].

Гомеостабилизирующий тип определяется тем, что сексуальное возбуждение проявляется тягостными ощущениями, нарушением состояния нервной уравновешенности, чувством дискомфорта и стремлением снять сексуальное напряжение и восстановить равновесие.

Шаблонно-регламентированный тип характеризуется определенным стандартом, шаблоном сексуального поведения. Сексуальные отношения между супругами строятся как выполнение супружеского долга или повинности.

Генитальный тип проявляется низким уровнем интеллекта и культуры, отождествлением эрекции и сексуального возбуждения. Ритм половой жизни детерминирован ощущениями в эрогенных зонах. Этические и эстетические мотивы в поведении отсутствуют.

Игровой тип характеризуется гармоничным сочетанием романтического и сексуального компонентов поведения. Для него свойственны фантазия, выдумка, разнообразие поз и техник.

Тип сексуальной мотивации у супругов и его изменение в результате тренинга среди 84 мужчин, а также среди 84 женщин представлены в таблице.

Таблица

Сравнительная характеристика типов сексуальной мотивации у супругов с сексуальными дисгармониями, прошедших тренинг личностного роста, % %

Тип сексуальной мотивации	Группа после тренинга (n = 84)	Группа до тренинга (n = 84)
Гомеостабилизирующий тип	34.52±5.19 28.57±4.93	27.38±4.87 20.24±4.38
Игровой тип	38.09±5.30 39.30±5.33	16.67±4.07 11.91±3.53
Шаблонно-регламентированный тип	25.00±4.73 17.86±4.18	47.62±5.45 36.91±5.27
Генитальный тип	2.38±1.66 11.91±3.53	8.33±3.02 30.95±5.04
Итого	100	100

Примечание: в знаменателе — число мужчин, в числителе — количество женщин.

После тренинга у мужчин наиболее часто выявлялся игровой тип сексуальной мотивации (39,30 %), по сравнению с ними же до тренинга, эта величина соответственно была равна 11, 91 % ($p < 0.001$).

Помимо этого среди мужчин, прошедших тренинг личностного роста, генитальный тип (11,91 %) наблюдался в 2,6 раза реже, по сравнению с ситуацией до тренинга (30,95 %) ($p < 0.01$).

Шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации после тренинга у мужчин (17,86 %) встречался на 19,05 % меньше, чем до него (36,91 %) ($p < 0.01$).

Среди женщин, участвовавших в тренинговых занятиях, игровой тип мотивации (38,09 %) выявлялся в 2,3 раза чаще, чем до тренинга (16,67 %) ($p < 0.01$).

Шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации среди женщин, прошедших тренинг (25,00 %), наблюдался в 1,9 раза реже, чем до тренинга (47,62 %) ($p < 0.01$).

По данным катамнестических исследований диапазонов приемлемости и их соответствия у супругов, прошедших тренинг личностного роста, было установлено, что мануальный диапазон приемлемости у супругов (50,94 %) наблюдался на 21,68 % реже, чем перед началом тренинга (72,62 %) ($p < 0.001$). Это происходило за счет увеличения после тренинга количества лиц с оральным диапазоном (49,06 %), в то же время до тренинга эта величина составляла 27,38 % ($p < 0.001$) соответственно. Кроме этого, степень соответствия диапазонов приемлемости у супругов, участвовавших в тренинге (81,13 %), увеличилась в два раза, по сравнению с ситуацией до тренинга (38,69 %) ($p < 0.001$).

Таким образом, описанные эффекты тренинга личностного роста в группах супружеских пар с сексуальной дисгармонией являются надежным индикатором изменения отношения у них к собственной сексуальности, что благоприятствует гармонизации брачных отношений.

Литература:

1. *Басалюков В. В., Шевцов А. Г.* Изменение отношения к собственной сексуальности в результате психологического тренинга // Сексология и андрология — Вып. 3. — Киев, 1996. — С. 86—87.
2. *Большаков В. Ю.* Психотренинг / Социодинамика. Игры. Упражнения. — СПб: Светоч, 1994. — 315 с.
3. *Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Смирнов Г. В.* Медицинская сексология. — Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 1990. — 272 с.
4. *Кон И. С.* Введение в сексологию. — М.: Медицина, 1989. — 336 с.
5. *Кришталь В. В., Андрух Г. П.* Сексуальная гармония супружеской пары.— Харьков: Велес, 1996.— 160 с.
6. *Кришталь В. В., Андрух Г. П.* Сексуальная дисгармония супружеской пары.— Харьков: Велес, 1996.— 112 с.
7. *Кришталь В. В., Гульман Б. М.* Сексология. Том 2. Клиническая сексология. Часть 1. Общая сексопатология. — Харьков: Академия сексологических исследований, 1997. — 272 с.
8. Общая сексопатология. Рук-во для врачей. Под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.
9. *Собчик Л. Н.* Диагностика межличностных отношений / Мет. рук-во. — Вып. 3. — М., 1990. — 47 с.
10. *Собчик Л. Н.* Метод цветовых выборов / Мет. рук-во. — Вып. 2. — М., 1990. — 87 с.
11. Этнические стереотипы мужского и женского поведения. — Санкт-Петербург: Наука, 1991. — 320 с.
12. *Gagnog J., Simon W.* Sexual conduct. The Social sources of human sexuality. — Chicago, 1973. — 316 p.
13. *(Freud Z.) Фрейд З.* "Я и Оно". Труды разных лет. Книга 1. — Тбилиси: Мерани, 1991. — 397 с.
14. *Kostecka M., Piotrowska A., Piotrowski F.* Terapia rodzinna // Terapia grupowa w psychiatrii. — Warszawa: pzwl, 1973. — P. 163—165.
15. *(Lowen A.) Лоуэн А.* От Райха к биоэнергетике /Хрестоматия по гуманистической психотерапии.— М.: Ин-т общегуманистических исследований, 1995.— С. 165—200.
16. *Maslow A.* The farther reaches of human nature. — New York, 1971. — 324 p.
17. *Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual inadequacy. — Boston, 1970. — 467 p.
18. *(Rogers C.) Роджерс К.* О групповой психотерапии. — М.: Гиль-Эстель, 1993. — 224 с.

THE ROLE OF PERSONALITY GROWTH TRAINING IN CHANGING RELATION TO OWN SEXUALITY IN SPOUSES WITH SEXUAL DISHARMONY

V. V. Basalyukov

Kharkiv Medical Academy of the Postgraduate Education

Kharkiv

Questions of mutual complement of two approaches to the problem of sexuality: culture-ethnographic, social-psychological were considered in the paper and the theory of sexual scenario originated from the joint of these approaches was considered too. The analysis of dynamics of relation to their own sexuality as a result of personality growth training in 168 spouses with sexual disharmony was presented. Training was shown to lead to change some factors, which influence over personality estimation of own sexuality.

ПНЕВМОПРЕССИНГ В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И НЕФИКСИРОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Н. А. Беспалый, В. В. Вирченко, Ф. М. Шатрава

Санаторий " Сосновый бор"
Полтавская обл., г. Зеньков

Ортопедические заболевания детей и подростков всегда были актуальной проблемой в связи с их распространенностью. Исследованиями, проведенными сотрудниками УНИИ охраны здоровья детей и подростков, показано, что здоровыми в настоящее время можно считать не более 10—15 % детей и подростков 7—18 лет. При этом в структуре заболеваний на одном из первых мест стоят болезни опорно-двигательного аппарата. В их числе нарушение осанки и сколиотическая болезнь с последующим вовлечением кардио-респираторной системы из-за деформации грудной клетки и ранним развитием остеохондроза позвоночника с его неврологическими проявлениями.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности пневмопрессинга (аппаратный комплекс "Биорегулятор-004-М) в лечении детей с нарушением осанки и статическими деформациями позвоночника. Работа аппарата основана на создании объемного давления в пневмоманжете с изолированными отсеками, расположенными на определенном участке тела. Выбор длительности, силы и направления пневматического механического воздействия зависит от вида патологии и обеспечивается программами в прилагаемом наборе дискет.

Наблюдением было охвачено две группы детей возрастом 9—16 лет. Первая группа — дети с нарушением осанки (10 чел.) и с диспластическим уравновешенным сколиозом 1—2 ст. (11 человек). Вторую группу, аналогично, составили дети с нарушением осанки (10) и сколиотической болезнью 1—2 ст. (10 чел.).

В первой группе лечение проводилось аппаратом "Биорегулятор-004-М" и комплексом ЛФК.

Прессинг-терапия проходила с укладкой спиной на пневмоманжету с электроподогревом, с индивидуальным подбором рабочей программы, длительностью сеанса 12—18 мин. и состояла из 15—18 сеансов на курс лечения.

Вторая группа детей принимала бальнео-грязелечение, массаж, электростимуляцию мышц спины, ЛФК.

Клиническое обследование проводили до и в конце лечения. Суммарная оценка эффективности лечения основывалось на определении динамики ряда субъективных показателей (повышенная утомляемость мышц спины, незначительная боль после физических нагрузок, некоторое ограничение движений после длительного пребывания в статических позах и др.), а также данных вертебро-неврологического обследования, мануального тестирования, рентгенографии.

Оценка состояния мышц производилась методами визуально-пальпаторного исследования.

В результате проведенного лечения в первой группе наблюдения отмечено значительное улучшение — 14 случаев, с улучшением — 7 случаев, ухудшения состояния — не было.

Во второй группе результаты лечения следующие: значительное улучшение — 14, улучшение — 6, без случаев ухудшения состояния.

Однако, непереносимость процедур грязелечения была выявлена в 3-х случаях, что было связано с повышенным тонусом и реактивностью симпатического отдела вегетативной нервной системы. Лечение в первой группе переносилось хорошо.

До и после процедуры пневмопрессинга рассчитывались вегетативные показатели: вегетативный индекс Кердо — (*ВИ*), минутный объем крови (*МО*) непрямым способом Лилье — Штрандера и Цандера, исследовалась вегетативная реактивность (проба Ашнера — Даньини, клино-ортостатические рефлексы). В результате была отмечена тенденция в 71 % (15 случаев) к приближению вегетативных показателей (*ВИ* Кердо и *МО*), показателей клино-ортостатических рефлексов к средним значениям, характеризующим состояние нормотонии. Независимо от исходного состояния симпатико- или парасимпатикотонии. В остальных случаях — без четких закономерностей в изменении вегетативных показателей.

Пневмопрессинг с отпуском процедуры на спину представляет собой частный случай сегментарно-рефлексогенной кинезинейростимуляционной терапии. Последовательный надув отсеков пневмоманжеты по типу "бегущей волны" вызывает активацию сегментарно-рефлекторных зон, вертебро-висцеральных связей, вегетососудистых реакций, которые принимают участие в поддержании гомеостаза организма. Происходит массаж с физиологической направленностью.

Прессинг-терапия патогенетически обоснована в лечении биомеханических нарушений позвоночного столба, связанных с его деформацией. Таких как миодистонически-миодистрофические изменения, регионарный постуральный дисбаланс, функциональные блоки. При этом на фоне релаксации напряженных отделов околопозвоночных мышц, мягкое смещение позвонков в переднезаднем направлении в сагиттальной плоскости способствует ликвидации функциональных блоков в позвоночных двигательных сегментах. А в сочетании с ЛФК позволяет довольно эффективно "перевоспитывать" неоптимальный двигательный стереотип.

Таким образом, применение пневмопрессинга в сочетании с ЛФК и физиопроцедурами может быть эффективным при лечении сколиотической болезни и нефиксированных изменений позвоночника.

Литература:

1. *Богатырева Р. В., Горбань Е. Н., Гойда Н. Г., Бережной В. В., Коренев Н. М.* Актуальні проблеми охорони здоров'я дітей шкільного віку і підлітків: Матеріали науково-практ. конф. — Харків, 1997. — С. 3—5).

2. *Лосикова Е. Е.* Комплексное санаторно-ортопедическое лечение больных сколиозом / В кн. "Сколиоз". — М., 1974. — С. 86—89.

3. *Завгородній О. О., Завгородній Ю. О.* Кінезістимуляційна терапія. — Український вісник психоневрології.— Т. 5, вип. 2(13). — Харків, 1997. — С. 92—94.

4. Заболевания вегетативной нервной системы. — М.: Медицина, 1991. — С. 39—58.

THE USE OF THE PNEUMOPRESSING FOR COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT OF SKOLIOSIS AND UNFIXED CHANGES OF CHILDISH VERTEBRAL COLUMN

N. A. Bespaly, V. V. Virchenko, F. M. Shatrava

Sanatorium "Sosnovy bor"
the Poltava province, Zenkov

Pneumopressing as procedure for back is an individual occasion kynesostimulation therapy, and massage with physiological orientation and medical action.

Reflectory stimulation of man's organs and systems, vegetative-vascular disturbances, which uphold homeostasis, are originating with consistent inflashion of compartments of pneumocuff, liked running wave. The method is devoted to treatment of functional and organic diseases of central peripheral and vegetative nervous system, treatment of internal organs diseases and treatment of locomotorium apparatus.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н. В. Васильева, В. М. Пашковский, Л. Н. Тарариева

Буковинская государственная медицинская академия г. Черновцы

Сосудистые заболевания головного мозга остаются одной из самых актуальных проблем невропатологии. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) — хроническая форма сосудистой патологии — вызывает постепенно нарастающие диффузные изменения тканей головного мозга, что в конечном счете приводит к экзацербациям в виде инсульта [1]. Накопленные в последнее десятилетие данные о патогенезе этих заболеваний неопровержимо доказывают существенную роль в их развитии свободных радикалов (СР). Основными местами приложения СР являются, в первую очередь, клеточные мембраны [2]. В организме СР образуются, чаще всего, при окислении ненасыщенных жирных кислот. Этот процесс тесно связан с пероксидным свободнорадикальным окислением липидов (ПОЛ), который в норме протекает на определенном стационарном уровне. Такая строгая регламентация реакций ПОЛ достигается за счет функционирования в организме антиоксидантной глутатионовой системы (ГС) [3]. Нарушение антиоксидантного звена приводит к неуправляемой активации в нервной системе процессов ПОЛ. Последствия таких нарушений сказываются не только на мембране, но и на клетке в целом. С другой стороны, процессы, начавшиеся на клеточном уровне, перерастают в органные и системные, что подтверждает [4], указывая, что активация процессов ПОЛ сопровождается увеличением количества и тяжести клинических синдромов. Учитывая вышеизложенное, актуальное значение приобретает проблема разработки фармакологических препаратов регуляции процессов ПОЛ. С этой точки зрения перспективным оказался мощный синтетический препарат тиотриазолин (ТТЗ), обладающий антиоксидантным, мембраностабилизирующим и противоишемическим действиями [5].

В литературе отсутствуют сведения о сравнении эффективности ТТЗ у больных ДЭ и пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта (ИИ). Поэтому целью работы явилось изучение состояния оксидантной и ГС крови у больных ДЭ II стадии и больных в восстановительном периоде ИИ, а также изучение влияния ТТЗ на показатели этих систем у больных данных групп.

Под наблюдением состояло 2 группы больных 47—76 лет. I-ю составили пациенты с ДЭ II стадии, II-ю — больные, обследованные в восстановительном периоде ИИ (от 2-х месяцев до 1 года). В обеих группах причиной заболеваний явилось сочетание церебрального атеросклероза с артериальной гипертензией. Клиническая картина болезни во всех наблюдениях была типичной для соответствующей стадии развития сосудистых расстройств. Биохимические показатели у больных I-й и II-й групп

исследовали при поступлении до начала проведения терапии. После этого каждую группу делили на подгруппы и проводили исследование в среднем на 11—13-й день лечения. Таким образом, каждый больной был обследован дважды. I-ю группу, состоявшую из 19 пациентов, мы разделили на следующие подгруппы: 1-ю составили 8 пациентов, получавших комплексное лечение (трентал, пирацетам, кавинтон, адельфан); 2-ю — 11 пациентов, в комплексное лечение которых входил ТТЗ в виде 1 %-ного раствора. Препарат вводили внутримышечно ежедневно 2 раза в сутки по 2 мл. II-ю группу больных составили 14 пациентов. Группа также была разделена на 2 подгруппы, в каждой из которых находилось по 7 больных. Схема лечения их была аналогична вышеуказанным подгруппам. Контрольную группу для оценки лабораторных показателей составили 27 практически здоровых лиц в возрасте от 40 до 67 лет.

Состояние ПОЛ оценивали по следующим показателям: содержанию первичных продуктов — изолированных двойных связей (ИДС), диеновых конъюгатов (ДК), промежуточных — кетодиенов (КД) и сопряженных триенов (СТ) [6], конечному продукту — малоновому диальдегиду (МДА) [7]. О состоянии ГС судили по уровню восстановленного глутатиона (Г-SH) [8], активности глутатион-S-трансферазы (ГТ) [9], глутатионпероксидазы (ГП) [10], глутатионредуктазы (ГР) [9] и глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФД) [11]. Результаты обрабатывали статистически с помощью *t* — критерия Стьюдента.

После 10-дневного курса лечения, в схему которого входил ТТЗ, у больных ДЭ II стадии отмечен положительный клинический эффект, проявлявшийся в уменьшении головной боли, головокружения, нормализации эмоциональной сферы. Кроме этого, отмечалась положительная динамика неврологической микросимптоматики. У больных, обследованных в восстановительном периоде ИИ, отмечались лишь перечисленные признаки субъективного улучшения. Результаты исследования состояния процессов ПОЛ и активности ГС в разных группах больных приведены в таблице. Они свидетельствуют о том, что у больных в I-й и II-й группах по сравнению со здоровыми все показатели изменялись достоверно. Причем, самые существенные изменения касались уровня МДА, ДК, КД и СТ. У больных ДЭ они были повышены на 83 %, 97 % и 41 %. У больных в восстановительном периоде ИИ уровень МДА и КД был повышен на 75 % и 49 % соответственно. Максимально повышался уровень ДК — в 2,3 раза. Изменения ГС были неоднозначны. Так, активность ГТ и ГР в I-й и II-й группах больных увеличивалась соответственно на 31 %, 24 % и 35 %, 23 %. Уровень Г-SH у больных ДЭ снижался на 29 %, а у больных, обследованных в восстановительном периоде до лечения — на 30 %. Снижение активности ГП и Г-6-ФД в обеих группах больных до лечения происходили параллельно.

Таблица

Показатели ПОЛ и глутатионовой системы крови у больных дисциркуляторной энцефалопатией II стадии и в восстановительном периоде ишемического инсульта (M ± m)

Показатели / Группы	МДА, мкМ/л эритроцитов	Изолированные двойные связи, Е 220/мл крови	Диеновые конъюгаты Е 232/мл крови	Кетодиены и сопряженные триены Е 278/мл крови	Г-SH, мкМ/мл крови	ГТ, нМ/мл плазмы мин.	ГП, мМ/мл крови мин.	ГР, мкМ НАДФН/г Hb мин.	Г-6-ФД, мкМ НАДФН/г Hb мин.
Контрольная группа	20,37±0,28 n=28	3,17±0,07 n=28	1,22±0,014 n=28	0,86±0,03 n=28	1,12±0,013 n=28	69,41±1,18 n=27	20,46±0,46 n=27	3,28±0,08 n=24	12,07±0,26 n=24
I-я группа n=19	37,47±0,53*	4,13±0,10*	2,40±0,06*	1,21±0,02*	0,80±0,015*	91,06±1,04*	13,38±0,12*	4,06±0,08*	8,28±0,14*
1-я подгруппа n=8	34,76±0,66* p_1<0,02	3,91±0,13* p_1>0,05	2,17±0,07* p_1>0,05	1,07±0,03* p_1<0,01	0,86±0,03* p_1>0,05	83,96±2,07* p_1<0,05	13,47±0,23* p_1>0,05	3,84±0,10* p_1>0,05	8,15±0,20* p_1>0,05
2-я подгруппа n=11	22,08±0,26* p_1<0,001 p_2<0,001	3,34±0,10 p_1<0,001 p_2<0,02	1,56±0,03* p_1<0,001 p_2<0,001	0,93±0,01 p_1<0,001 p_2<0,01	1,09±0,02 p_1<0,001 p_2<0,001	72,42±0,95 p_1<0,001 p_2<0,01	19,29±0,21* p_1<0,001 p_2<0,001	3,36±0,07 p_1<0,001 p_2<0,01	11,38±0,25 p_1<0,001 p_2<0,001
II-я группа n=14	35,66±0,48*	4,01±0,05*	2,85±0,07*	1,28±0,015*	0,78±0,015*	93,93±0,83*	13,18±0,10*	4,04±0,06*	8,35±0,08*
1-я подгруппа n=7	34,75±0,75* p_1>0,05	3,89±0,11* p_1>0,05	2,69±0,07* p_1>0,05	1,21±0,04* p_1>0,05	0,79±0,01* p_1>0,05	91,20±1,15* p_1>0,05	13,41±0,18* p_1>0,05	3,95±0,09* p_1>0,05	8,45±0,10* p_1>0,05
2-я подгруппа n=7	33,24±0,6* p_1<0,05 p_2>0,05	3,30±0,06 p_1<0,001 p_2<0,01	2,51±0,06* p_1<0,02 p_2>0,1	1,09±0,03* p_1<0,01 p_2>0,05	1,07±0,017 p_1<0,001 p_2<0,001	88,56±0,93* p_1<0,01 p_2>0,05	16,90±0,25* p_1<0,001 p_2<0,001	3,43±0,08 p_1<0,01 p_2<0,01	8,62±0,11* p_1>0,05 p_2>0,2

Примечание: звездочкой (*) обозначена достоверность относительно контроля;
p_1 — достоверность по отношению к I-й группе;
p_2 — достоверность между 1-й и 2-й подгруппами.

Изменение большинства показателей у больных ДЭ 1-й подгруппы были недостоверны по сравнению с I-й группой, т. е. значения показателей после обычного комплекса лечения практически не отличались от исходных. В подгруппе больных ДЭ, в схему лечения которых входил ТТЗ, наблюдались существенные изменения со стороны оксидантной системы и ГС крови. Так, уровни ИДС, КД и СТ, Г-SH, а также активность ГТ, ГР и Г-6-ФД максимально приближались к показателям контрольной группы ($p > 0,05$). Изменение этих же показателей по отношению к исходным (к I-й группе) и к данным, полученным при обследовании больных 1-й подгруппы было достоверным ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,02$ соответственно).

У больных, обследованных в восстановительном периоде ИИ и получавших комплексное лечение, в схему которого не входил ТТЗ, все показатели в сравнении с показателями до лечения оказались недостоверными, т. е. друг от друга не отличались. У больных 2-й подгруппы, получавших препарат, существенно изменились по сравнению с контролем лишь уровни ИДС, Г-SH и активность ГР. Отдельные показатели, например, уровень МДА, ДК и КД, активность ГТ и Г-6-ФД были недостоверны ($p > 0,05$) по сравнению с 1-й подгруппой, что указывало на малую эффективность комплексного лечения с ТТЗ у данных больных.

Таким образом, в крови больных ДЭ II стадии и у больных, обследованных в восстановительном периоде инсульта было зафиксировано достоверное повышение уровня продуктов ПОЛ и снижение активности защитной ГС. Проведенные клинико-биохимические сопоставления позволили установить, что комплексное лечение с ТТЗ более эффективно у больных ДЭ, причем не только на клиническом, но и на патогенетическом уровне.

Литература:

1. *Бекузарова М. Р., Бурд Г. С., Колесникова Т. И. и соавт.* Состояние системы гемостаза и патогенетическая терапия поздних стадий дисциркуляторной энцефалопатии // Журн. невропат. и псих. им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 97, № 6. — С. 35—38.
2. *Rycken K. Ch.* "Free radical disease" — das bild Die Krankheiten der Zivilisation // Biologische Medizine. — 1992. — № 1. — S. 41—43.
3. *Bast A., Haenen G., Doelman C.* Oxidants and antioxidants: State of the art //Amer. J. Med. — 1991. — V. 91, № 3. — P. 2—13.
4. *Пахомов В. И.* Гипербарическая оксигенация в нейтрализации реакций перекисного окисления липидов и стабилизации клеточных мембран // Врач. дело. — 1990. — № 6. — С. 35—38.
5. *Стець В. Р., Мазур І. А., Киш С. Г. та ін.* Експериментальна терапія тетра-хлорметанового гепатиту тіотриазоліном // Ліки. — 1995. — № 1. — С. 80—82.
6. *Волчегорский И. А., Налимов А. Г., Яровинский Б. Г., Лившиц Р. И.* Сопоставление различных подходов к определению продуктов пероксидного окисления липидов в гептан-изопропанольных экстрактах крови // Вопросы мед. химии. — 1989. — Т. 35, № 1. — С. 127—130.
7. *Васильєва Н. В.* Стан оксидантної та захисної глутатіонової систем крові хворих в різні періоди мозкового інсульту // Буков. мед. вісник. — 1998. — Т. 2, № 2. — С. 80—84.
8. *Мещишен И. Ф., Петрова И. В.* Окисление и восстановление глутатиона в органах крыс при введении этония // Укр. биохим. журнал. — 1983. — Т. 55, № 5. — С. 571—573.
9. *Мещишен И. Ф.* Механизм действия четвертичных аммониевых соединений (этония, тиония, додецония и их производных) на обмен веществ в норме и патологии: Автореф. дис. ... докт. биол. наук. — Киев, 1991. — 37 с.
10. *Власова С. Н., Шабунина Е. И., Переслегина И.А.* Активность глутатион-зависимых ферментов эритроцитов при хронических заболеваниях печени у детей // Лаб. дело. — 1990. — № 8. — С. 19—21.
11. *Захарьин Ю. Л.* Метод определения активности глюкозо-6-фосфатде-гидрогеназы и 6-фосфоглюконатдегидрогеназы // Лаб. дело.— 1967.— № 6.— С. 327—330.

EFFECTIVNES OF APPLICATION OF THIOTRIAZOLIN IN PATIENTS WITH IMPAIRMENT OF CEREBRAL CIRCULATION

N. V. Vasylyeva, V. M. Pashcovsky, L. N. Tararieva

Bukovinian State Medical Academy
Chernivtsi

Comparative analysis of the indices of oxidative (isolated double relations, dien, trien conjugates, ketodien and malon dialdehyde) and antioxidative glutathione (the content of reduced glutathione, activity of glutathion-S-transpheraze, glutathionperoxidaze, glutathionreductaze, glucose-6-phosphatdehydrogenaze) blood systems in 27 individuals of the control group, 11 patients with discirculative encephalopathy of the II degree whose treatment included thiotriazolin and 8 patients with braine stroke in rehabilitation periods whose treatment was identical, showed the maximum reproaching of the first group's indices to the control one.

ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ТІАПРІДУ (ТІАПРІДАЛУ) ТА ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ

І. Й. Влох, Я. С. Ковальчук

Львівський державний медичний університет
м. Львів

Серед усієї різноманітності негативних медичних наслідків алкоголізму далеко не останнє місце займають розлади психіки та порушення функції печінки, які формуються вже на ранніх етапах зловживання спиртними напоями та наростають в динаміці алкоголізму.

Дане дослідження проводилося з метою вивчення ефективності тіапрідалу в профілактиці та лікуванні хворих на алкоголізм, з високим ризиком суїциду. Препарат (з групи похідних бензаміну) був впроваджений в практику у 70-х роках. Спектр його терапевтичної активності включає седативну, анксіолітичну, анальгезуючу та легку протисудомну дію. Власне ці властивості обумовлюють цінність препарату в лікуванні хворих з узалежненнями.

Нами спостерігалося 43 хворих на алкоголізм на 2-й стадії перебігу віком від 25 до 50 років з тривалістю зловживання алкоголем від 7 до 15 років. У даній групі при обстеженні виявлено 28 хворих з хронічним персистуючим гепатитом та 15 хворих з хронічним активним гепатитом. До початку лікування загальною клінічною характеристикою обстежуваних були такі явища, як пригніченість, тремор, дратівливість, анорексія, болі голови, розлади сну, руховий неспокій, вегетативні порушення. Лікування проводилося в два етапи: на першому проводилася стандартна дезінтоксикаційна терапія, а на другому хворі отримували тіапрідал в дозах 500—600 мг/добу на протязі 2 тижнів в поєднанні з загальнозміцнюючими середниками та гепатопротекторами (гепатофальк-планта, есенціале). Гепатофальк-планта призначався по 2 драже тричі на день протягом одного місяця або 1—2 ампули щоденно внутрішньом'язево протягом одного місяця. Есенціале призначалося до 10 мл внутрішньовенно щодня протягом 2-х тижнів, а потім по 6 капсул на день протягом двох місяців.

Було відмічено, що з перших днів лікування тіапрідалом у більшості хворих спостерігалося покращення емоційного стану, нормалізувалися соматовегетативні показники. На фоні загальної релаксації на 3—4 день терапії зникала тривожно-дисфорична симптоматика. В подальшому спостерігалася зміна негативного або формального ставлення до лікування на позитивні установки. Слід також відмітити, що ні в одного хворого після початку лікування не зареєстровано явищ алкогольного делірію чи судомних нападів. У 2 хворих на фоні підтримуючого лікування препаратом зникли компульсивні розлади, які в минулому призвели до незавершених суїцидальних спроб.

Що стосується гепатопротекторів, то при персистуючому перебігу хронічного алкогольного гепатиту застосування цих препаратів є виправданим. При активному алкогольному гепатиті (особливо з холестазом) їх призначення може призвести до зростання рівня амінотрансфераз і появи або посилення холестатичного синдрому.

Таким чином, отримані дані дозволяють зробити висновок про доцільність застосування тіарідалу та гепатопротекторів в лікування хворих на алкоголізм, оскільки препарати мають позитивний вплив на афективну сферу, сприяють виробленню позитивного ставлення до терапії і запобігають появі багатьох ускладнень.

Література:

1. *I. Vlokh and others.* Alcoholic Depressions and Suicide. European Psychiatry. — London, 1996. — 332 p.
2. *Кольцов П. А., Шахитин А. И.* Практическая гастроэнтерология. — М., 1994. — 343 с.
3. *Подимова С. Д.* Алкогольные поражения печени. В кн.: Руководство по гастроентерологии / Под редакцией Ф. И. Комаровой. — М.: Медицина, 1995. — 528 с.
4. *І. Влох, Б. Кулик і інші.* Вплив тіаприду (тіапридалу) на суїцидальну поведінку хворих на алкоголізм. В кн. Суїцидологія, теорія та практика. — Київ, 1998. — 154—155 с.
5. *Gholson C. F., Bacon B. R.* Essentials of Clinical Hepatology: Mosby Year Book, 1993. — 286 p.
6. *Ковальчук Я. С.* Принципи лікування хронічного алкогольного захворювання печінки. — Практична медицина. — № 1—2, 1998. — 120—121 с.

SOME RESULTS IN PRACTICAL USING OF TIAPRIDI (TIAPRIDALI) AND HEPATOPROTECTORS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS ON ALCHOHOLISM

I. Vlokh, Y. Kovalchuk

Lviv State Medical University
Lviv

Here the efficacy of using complex therapy treated by tiapridali and hepatoprotectors is demonstrated in patients on alcoholism.

This complex treatment makes it possible to come to the conclusion about significant effects that are achieved as a result of such therapy.

ПРОФИЛАКТИКА САМОУБИЙСТВ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВОЙСК МВД УКРАИНЫ

В. С. Гичун

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

По данным независимых экспертов, ежедневно в российских войсках совершается одно самоубийство, в Украине в вооруженных силах каждый четвертый несчастный случай — самоубийство.

Наряду с душевнобольными кончают жизнь самоубийством и абсолютно здоровые люди. Как показывает статистика, лишь у 12—15 % покончивших с собой были обнаружены признаки психических заболеваний. Вот почему было бы ошибкой полагать, что с "нормальными парнями" такого никогда не случается.

К сожалению, случается. И причиной становятся, как правило, острые межличностные конфликты. Это может быть супружеская измена или публичное оскорбление начальником, сослуживцем. В таких случаях реальная ситуация разрастается в сознании военнослужащего до размера катастрофы. И тогда на человека наваливается тоска, тревога. Как следствие появляется обостренное чувство одиночества и беспомощности, никчемности и бесцельности существования. Человек теряет способность контролировать себя и не верит, что может справиться с горем.

Такое состояние особенно характерно для солдат и сержантов. Надо сказать, что существует так называемый пик возрастной суицидальности, согласно которому максимальное количество самоубийств среди лиц мужского пола приходится на период между 17 и 24 годами (пик молодости) и между 40 и 50 годами. В войсках МВД Украины в 1994 году покончили с жизнью 13 человек, в 1995 г. — 11, в 1996 г. — 22, в 1997 г. — 11, в 1998 г. — 2 человека. В ВС Украины аналогично в 1993 г. — 82 человека, в 1994 г. — 130. По срокам службы самоубийства распределяются следующим образом: до 3 месяцев — 2,9 %, до 6 месяцев — 32,2 %, до 1 года — 50,0 %, больше 1 года — 14,8 %. Это связано с физиологическими и психологическими особенностями человека.

Другими словами, время призыва в армию по возрастным особенностям совпадает с процессом продолжающегося становления взрослого человека. Именно в этот период типологические особенности характера еще не сглажены жизненным опытом и могут ярко выделяться, напоминая аномальные. Их принято называть акцентуацией характера (имеются в виду крайние варианты нормального психологического развития, при которых отдельные черты чрезмерно усилены). Это может проявляться в скрытности, демонстративном поведении, повышенной тревожности, чрезмерной возбудимости и т. д. (таблица 1).

Эмоциональную неуравновешенность юноши можно объяснить. Ведь "пик молодости" приходится на период, когда у него идет активный поиск смысла жизни и удача сменяется разочарованием.

Таблица 1

Типы личностей, уязвимых к определенным ситуациям

№	Тип личности	Частота
1.	С низкой коммуникабельностью, скрытные, угрюмые	13,5 %
2.	Склонные драматизировать ситуацию, негативно оценивать события	17,2 %
3.	Раздражительные, неуравновешенные	19,8 %
4.	С завышенной самооценкой, претензиями на особое признание	10,4 %
5.	Тревожные, мнительные, с высокоразвитым чувством ответственности и вины	14,4 %
6.	С повышенной чувствительностью, впечатлительностью	24,8 %

У определенного типа людей надежда, вера, оптимизм поразительно быстро уступают место депрессии или отчаянию. Когда молодой человек со школьной скамьи попадает на военную службу, адаптация к новым условиям жизни усиливает у него чувство неуравновешенности и дискомфорта. Если он к тому же встретит невнимательность, а то и просто равнодушие со стороны командиров, сослуживцев, у него вполне могут возникнуть мысли о самоубийстве. Такое состояние наиболее характерно для солдат первого периода службы.

Говоря о суицидальном поведении военнослужащего (самоубийство, попытка или имитация покушения на свою жизнь), следует пояснить, что такое поведение вызывается совокупностью факторов, которые должен знать каждый офицер (таблица 2).

Таблица 2

Причины и факторы, способствующие суициду

№	Причины и факторы	Частота
1.	Негативное отношение к службе или неприятности по службе	11,8 %
2.	Трудности адаптации солдата к службе, коллективу	17,5 %
3.	Отсутствие духовной близости командира с подчиненными	9,3 %
4.	Тяжелая нравственная атмосфера в коллективе, психологическое давление на личность (унижения, оскорбления и т. д.)	12,2 %
5.	Дисциплинарные проступки, конфликты с командирами и сослуживцами	7,4 %
6.	Серый, однообразный быт, отсутствие интересного досуга	15,3 %
7.	Завышенная самооценка и претензии на особое признание	10,4 %
8.	Семейно-бытовые конфликты	16,1 %

Самоубийству, как правило, предшествует определенный период переживаний, поиска выхода из создавшейся ситуации. В это время военнослужащие пишут тревожные письма родителям и знакомым, обращаются к командиру с просьбой о переводе в другую часть, о предоставлении отпуска и т. д. На данном этапе чуткий и внимательный офицер еще может предупредить суицид (таблица 3).

Таблица 3

Мероприятия по профилактике суицида

№	Мероприятия
1.	Изучение личного состава и определение людей с акцентуациями характера
2.	Индивидуальная беседа с военнослужащим
3.	Участие в его судьбе, сопереживание, поддержка словом и делом
4.	Анализ обращений солдата к командиру с просьбой об отпуске, переводе в другую часть, в госпиталь
5.	Беседа с сослуживцами, товарищами и сержантами
6.	Связь с родителями (через письма, при личном общении)
7.	Постоянный контроль над эмоциональным состоянием военнослужащего или по оценке
8.	Беседа с врачом, психологом. При необходимости консультация психиатра
9.	Беседа с другом солдата

Когда же решение о самоубийстве принято, профилактическая работа с солдатом значительно осложняется. Ведь такой человек испытывает состояние апатии. У него пропадает интерес к службе, к общению с сослуживцами. Нередко он "уходит в себя", очень часто даже вслух высказывает намерение покончить с собой. Однако, как показывает практика, подобные слова сослуживцами редко воспринимаются серьезно.

Офицеру, сослуживцам необходимо проявить выдержку и спокойствие, заинтересованное участие к солдату. При этом нужно организовать за ним наблюдение, чтобы предотвратить возможное несчастье, параллельно принять все меры для профилактики новых попыток (таблица 4).

Такого солдата необходимо держать на контроле на протяжении всей службы, так как с принятием решения о самоубийстве у него начинается, как говорят ученые, "суицидальная фаза".

Таблица 4

Профилактика суицида (после попытки самоубийства)

№	Мероприятия
1.	Снять стрессовое состояние с военнослужащего
2.	Установить душевный контакт с солдатом
3.	Беседа с врачом и психологом
4.	Создание здоровой морально-нравственной обстановки в коллективе
5.	Беседы с сержантами подразделения
6.	Анализ дисциплинарной практики и других причин, приведших к ЧП
7.	Строго наказать виновных
8.	Связаться с родителями или родственниками, пригласить их
9.	Постоянный контроль над наблюдением за солдатом
10.	Воздерживаться от назначения солдата в караул

PROPHYLAXIS OF SUICIDES AMONG THE MILITARY OF THE TROOPS OF THE MINISTRY FOR INNER AFFAIRS OF UKRAINE

V. S. Gichun

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The causes and in suicides assisting factors are discovered in this work. A complex of actions for prophylaxis of suicides among the military of the inner troops of the Ministry for Inner Affairs of Ukraine also are proposed.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОК КРОВИ, ОБЛУЧЕННОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ СВЕТОМ У ДОНОРОВ И БОЛЬНЫХ ПОЛИНЕВРОПАТИЯМИ

Н. П. Жиронкина

Харьковская академия последипломного образования
г. Харьков

АУФОК-терапия (аутотрансфузии ультрафиолетом облученной крови) обладает широким спектром действия и эффективна при различных заболеваниях [1—3].

Выявлено длительное лечебное действие, антигипоксический и вазодилатационный эффекты, улучшение реологии и микроциркуляции, стимуляция процессов обмена, регенерации и гемопоэза, активация факторов неспецифической и иммунной защиты. Установлено ингибирующее действие АУФОК на процессы перекисного окисления липидов и активация системы антиоксидантной защиты при АУФОК-терапии различных заболеваний [4—6]. Таким образом, АУФОК предстает как мощный адаптоген, стимулирующий механизмы защиты, позволяющий организму успешно справляться с различными патологическими процессами.

Целью настоящей работы являлось изучение влияния ультрафиолетового излучения на показатели морфофункционального состояния эритроцитов донорской крови.

Облучение свежезаготовленной донорской крови, стабилизированной раствором "Глюгицир", проводили в аппарате, позволяющем равномерно облучать кровь в проточной замкнутой циркуляции. В качестве источника излучения использовалась бактерицидная лампа ДРБ-8-1, основное излучение которой приходится на длину волны 254 нм. Кровь (250 мл) рециркулировала в замкнутой системе через аппарат со скоростью 25—30 мл/мин в течение 120 мин. Толщина облучаемого слоя крови 0,5 мм. Доза падающего излучения при однократном прохождении крови через аппарат составляет 990—1188 Дж/м. Исследования проводили через 60 и 120 мин ультрафиолетового облучения донорской крови.

Проведены аналогичные исследования крови больных полиневропатиями различного генеза.

Всего проведено 20 экспериментальных исследований:10 с донорской кровью и 10 с кровью больных полиневропатиями Морфофункциональное состояние эритроцитов оценивали по характеру кислотной эритрограммы, содержанию субпопуляций эритроцитов с детализацией пойкилоцитограммы. Морфологическую оценку эритроцитов осуществляли при исследовании "раздавленной капли" крови, фиксированной 2,5 % раствором глутаральдегида на фосфатном буфере (pH=7,2—7,4).

Исследование кислотной эритрограммы в образцах донорской крови через 60 мин. после ее ультрафиолетового облучения позволило установить, что после воздействия 6-кратной дозы облучения содержание повышенно стойких эритроцитов увеличивается в 1,3 раза ($p<0,05$) по сравнению с исходным уровнем, а количество других эритроцитов не меняется. Через 120 мин от начала облучения отмечалась стабилизация состава всех популяций эритроцитов. Так, количество высоко стойких эритроцитов варьировало в зависимости от исходного уровня — через 60 мин — от 60 до 100 % и через 120 мин — от 70 до 120 %. Количество повышенно стойких эритроцитов через 60 мин — от 95 до 117 %, через 120 мин — от 106 до 125 %. Количество средне стойких эритроцитов через 60 мин составляло от 112 до 116 %, через 120 мин — от 88 до 124 % от исходного уровня. Количество пониженно стойких эритроцитов через 60 мин составляло от 80 до 88 %, через 120 мин — от 55 до 128 %.

Таким образом, можно прийти к выводу, что эритроциты всех возрастных групп характеризуются вариабельностью в чувствительности к ультрафиолетовому излучению независимо от его дозы.

При изучении морфоэритрограммы донорской крови не отмечено значительных нарушений мембраны эритроцитов — количество дискоцитов и пойкилоцитов остается неизменным на протяжении всего эксперимента. Через 60 мин происходит некоторое увеличение дегенеративных эритроцитов, однако патологически нестойких форм — сфероцитов не обнаруживалось.

Многократное облучение крови больных полиневропатиями различного генеза не сопровождалось существенными изменениями как в соотношении дискоцитов и пойкилоцитов, так и среди деформированных форм.

Установлено, что эритроциты донорской крови в большинстве представлены были сферостоматоцитами, сфероэхиноцитами и небольшим количеством типичных дискоцитов. При изучении образцов донорской крови обнаружено, что эритроциты по своей форме становятся более округлыми и напоминают стоматоцит. Более, чем в 50 % случаев наблюдается появление дискоцитов. Подсчет лейкоцитов позволил установить, что многократное ультрафиолетовое облучение крови не вызывает достоверных изменений в их количестве.

Фагоцитарная активность гранулоцитов крови заметно возрастает под влиянием ультрафиолетового облучения независимо от исходного состояния.

Таблица

Морфоэритрограмма крови доноров и больных полиневропатиями различного генеза после УФО

Показатель, %	До УФО	После УФО, мин	
		60	120
ДОНОРЫ			
Дискоциты	83,5 ± 2,8	82,4 ± 1,5	85,4 ± 2,4
Пойкилоциты	16,5 ± 1,5	15,6 ± 1,5	13,9 ± 1,8
Эхиноциты	7,2 ± 1,0	5,3 ± 1,1	6,9 ±2,1
Дегенеративные эритроциты	0,8 ± 0,1	1,3± 0,2	0,7 ±0,1
БОЛЬНЫЕ ПОЛИНЕВРОПАТИЯМИ			
Дискоциты	74,8 + 2,1	76,6 + 2,5	80,3 + 2,5
Пойкилоциты	25,2 + 1,8	23,4 + 1,9	19,7 + 1,2
Эхиноциты	13,6 + 1,6	12,2 + 1,1	11,6 + 1,1
Дегенеративные эритроциты	6,3 + 1,1	3,0 + 1,0	5,5 + 1,2

Таким образом, анализируя полученные в эксперименте данные, мы видим, что многократное ультрафиолетовое облучение одного и того же объема крови приводит к стабилизации возрастного состава эритроцитов. Воздействие УФО в возрастающей дозе в положительном смысле изменяет соотношение дискоцитов и пойкилоцитов (увеличивается количество дискоцитов и уменьшается количество пойкилоцитов). Изменения эритроцитов морфологического и функционального характера являются одним из механизмов лечебного действия ультрафиолетового облучения крови, объясняющим хорошо известные эффекты данного метода — улучшение реологических свойств крови, увеличение оксигенации органов и тканей, уменьшение вязкости крови.

Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Ультрафиолетовое облучение крови не оказывает токсического влияния на лейкоциты, повышает фагоцитарную активность гранулоцитов крови.

2. Метод положительно воздействует на морфологическое состояние эритроцитов и лейкоцитов, чем можно объяснить высокую эффективность АУФОК-терапии при самых разнообразных заболеваниях, в том числе и гнойных инфекциях.

3. Увеличение (вследствие воздействия УФО на кровь больных) молодых форм эритроцитов ведет к улучшению их кислородтранспортной функции, а, следовательно, к улучшению микроциркуляции, уменьшению гипоксии, уменьшению патологической направленности иммунологических и биохимических процессов.

4. Ультрафиолетовое облучение крови является адекватным патогенетически обоснованным методом лечения и может быть рекомендовано к широкому применению в практическом здравоохранении.

Литература:

1. *Барановский А. Ю.* К вопросу о возможных механизмах лечебного действия аутотрансфузии УФ-облученной крови при лечении язвенной болезни желудка. — Механизмы влияния облученной ультрафиолетовыми лучами крови на организм человека и животных: Сб. науч. тр. / Под ред. И. Е. Ганелиной, К. А. Самойловой. — Л.: Наука, 1986. — С. 109—118.

2. *Батракова В. М., Олейникова Е. А., Аникин В. А.* О возможности применения УФО крови при гнойно-септических заболеваниях у детей раннего возраста. — В кн. Человек и свет. — Саранск, 1982. — С. 51—52.

3. *Зенков В. И., Архипов М. В., Рождественская Е. Д. и др.* Применение метода УФО крови в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца. — В кн. Человек и свет. — Саранск, 1982. — С. 47—48.

4. Реинфузия малых доз УФ-облучения крови при лечении больных с флегмонами лица и шеи: Метод. рекомендации /Карандашов В. И., Петухов Е. Б.. Александрова Н. П. — М., 1982.

5. Ультрафиолетовое облучение крови в клинической практике: Метод. рекомендации / Алексеев А. А., Ганелин И. Е., Попов Ю. В и др. — М., 1985.

6. *Bessis M.* Corpuscles Atlas of Red Blood Cell Shapes. — Berlin, 1974.

MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF UV-IRRADIATED BLOOD CELLS AMONG DONORS AND PATIENTS WITH POLINEUROPHATHIA

N. P. Zeronkina

Kharkiv Medical Academy of the Postgraduate Education
Kharkiv

Red cell and leukocyte morphology and function have been examined in donor blood UV irradiated in a flow closed circulation. The stadies have revealed that a single UV irradiation enhances red cell resistance to chemical hemolysis, helps them acquire normal shape; besides, it improves leykocytic functional activity, that manifests by enhanced phosphatase activity and augmentation of the ganulicyte phagocytic activity.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОИЗВОДНЫХ Д – (+) – ГЛЮКОЗАМИНА ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

И. И. Капурный

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии
Харьков

Согласно существующим представлениям, в генезе артериальной гипертензии важное значение принадлежит эмоциональному стрессу [1, 2, 3, 4]. Экспериментальное доказательство ведущей роли эмоционального стресса в возникновении артериальной гипертензии и изучении механизмов реализации гипертензивного ответа были получены К. В. Судаковым и его учениками [5, 6].

Артериальная гипертензия у собак получена при многодневной стимуляции отрицательных эмоциональных зон гипоталамуса. Развитие артериальной гипертензии было отмечено и в условиях естественного хронического стресса [7].

Механизм формирования устойчивой артериальной гипертензии представляется как "застойное возбуждение", складывающееся в условиях многочасовой стимуляции вентромедиальных ядер гипоталамуса, включающих "три порочных круга": циркуляция возбуждений, идущих из гипоталамуса, через гипофизарный аппарат и вегетативную систему к надпочечникам и от последних посредством гормональных механизмов к ретикулярной фармации среднего мозга [6].

Ряд экспериментов показали, что устойчивая артериальная гипертензия при эмоциональных стрессах может быть следствием суммации отрицательных эмоциональных возбуждений, в результате чего в механизмах саморегуляции артериального давления создается устойчивый перевес стрессорных влияний [8, 9].

Экспериментальное подтверждение роли эмоционального стресса как одного из этиопатогенетического факторов в развитии гипертонической болезни в настоящее время идет параллельно с поиском новых фармакологических способов коррекции данной патологии. Перспективным и малоизученным в этом отношении является группа аминосахаров, основным представителем которой является глюкозамин (ГА).

В литературе имеется небольшое количество работ, посвященных фармакологическому изучению ГА и его производных.

Наличие ГА в биологических мембранах, регуляция им осмотического давления в клетке, участие в транспорте полианионов, повышение устойчивости к лизисным процессам позволяет использовать его в качестве противовоспалительного средства. [10].

ГА имеет широкий фармакологический эффект на моделях терминальных состояний: антигипоксический, антиоксидантный, антиишемический, мембраностабилизирующий, сурфактансберегающий и антитоксический [11].

Имеются данные о перспективности использования ГА в качестве гипотензивного средства [12]. Вместе с тем, возможности ГА и его производных при эмоциональной гипертензии остаются до настоящего времени неизученными.

Исследования выполнены на нелинейных половозрелых белых крысах-самцах в возрасте 10—12 мес., весом 250—300 г в условиях хронического эксперимента.

В сериях экспериментов применял эмоциональный стресс, активируя оборонительное поведение животных в условиях "конфликтных ситуаций". Группа подопытных животных помещалась в камеру, к металлической решетке пола которой был подведен электрический ток. Длительность одного электрокожного раздражения составляла 10 *с* с интервалом 15 *с*. Воздействия осуществляли на протяжении часа 5 раз в неделю в течение 30 дней. Величина напряжения электрического тока 1—100 В подбиралась для животных в каждом эксперименте индивидуально с учетом поведенческих реакций на раздражитель. [3]

В настоящей работе представлены результаты скрининга 4-х производных Д – (+) – глюкозамина (Д – (+) – ГА) в условиях экспериментальной эмоциональной гипертензии. Результаты исследований 4-х различных производных Д – (+) – ГА представлены в четырех последующих таблицах и графиках, отражающих особенности изменения АД в каждой из исследуемых групп.

Таблица 1

Динамика АД под влиянием 1-го производного Д – (+) – ГА в эксперименте

№	АД после стресса (до введения производного)	АД после введения производного	Вещество	Дозировка	Путь введения	Кратн.	Наблюдения
1	100—110	90, след. утром 90	206 - ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 20 через 1 ч. 30 мин.
2	150	120	206 - ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 30 через 1 ч. 40 мин.
3	150	125, след. утром 115	206 - ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 2 ч. 12 мин. на 25
4	145	110	206 - ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 2 ч. 10 мин. на 35

График 1

Особенности динамики АД под влиянием 1-го производного Д - (+) - ГА

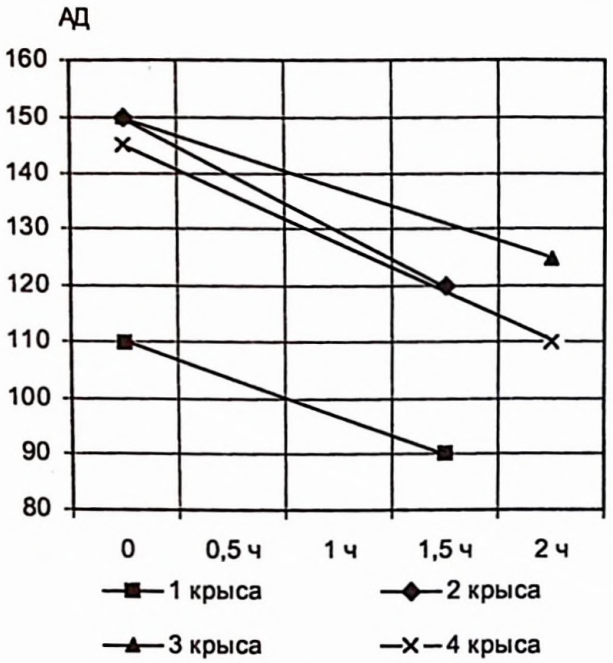


График 2

Особенности динамики АД под влиянием 2-го производного Д - (+) - ГА

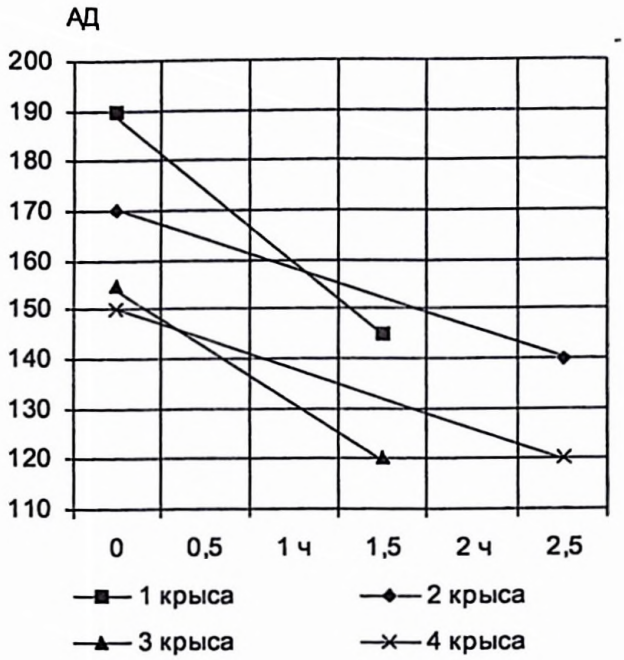


Таблица 2

Динамика АД под влиянием 2-го производного Д – (+) – ГА в эксперименте

№	АД после стресса (до введения производного)	АД после введения производного	Вещество	Дозировка	Путь введения	Кратн.	Наблюдения
1	185—190	145	214-ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 35—45 через 1 ч. 30 мин.
2	170	140, след. утро 150	214—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 30 через 2 ч.
3	155	120, след. утро 110	214—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 1 ч. 30 мин. на 35
4	150	120, след. утро 110—115	214—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 2 ч. 30 мин. на 30

Таблица 3

Динамика АД под влиянием 3-го производного Д – (+) – ГА в эксперименте .

№	АД после стресса (до введения производного)	АД после введения производного	Вещество	Дозировка	Путь введения	Кратн.	Наблюдения
1	140	110, след. утро 110—120	114—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 30 через 4 ч. 30 мин.
2	145—150	120, след утро 105—110	114—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 30 через 3 ч.
3	180—185	140, след. утро 135	114—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 3 ч. на 40
4	150	125, след. утро 125—130	114—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 3 ч. на 25
5	150	120	114—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 20
6	150	120, след. утро 130	114—ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 30

График 3

Особенности динамики АД под влиянием 3-го производного Д - (+) - ГА

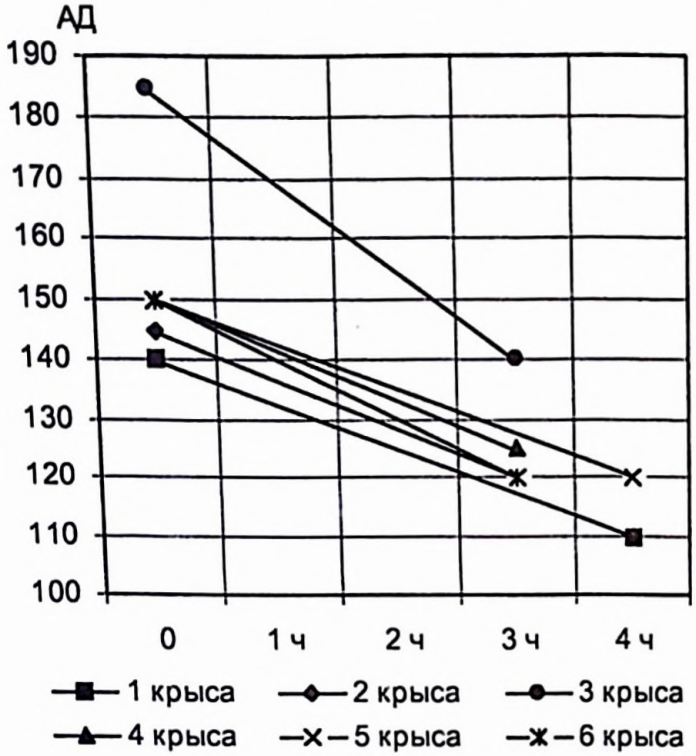


График 4

Особенности динамики АД под влиянием 4-го производного Д - (+) - ГА

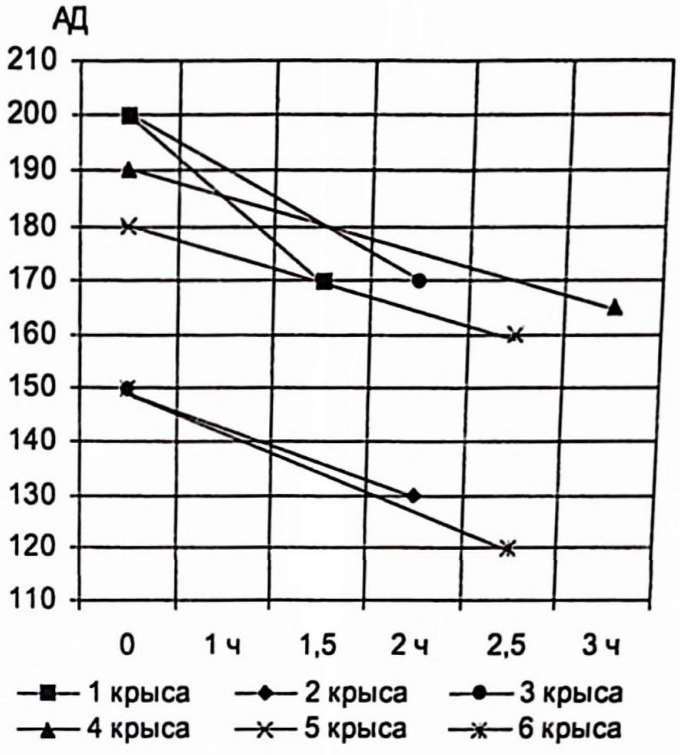


Таблица 4

Динамика АД под влиянием 4-го производного Д – (+) – ГА в эксперименте

№	АД после стресса (до введения производного)	АД после введения производного	Вещество	Дозировка	Путь введения	Кратн.	Наблюдения
1	200	170	106–ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 30 через 1 ч. 30 мин.
2	150	130	106–ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 30 через 2 ч.
3	200	170	106–ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 2 ч. на 30
4	190	165	106–ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 3 ч. на 25
5	180	160	106–ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД на 20
6	150	120	106–ИП	20 мг/кг	перорально	1 р/д	Снижение АД через 2 ч. 30 мин. на 30

Как свидетельствуют представленные данные, во всех 4-х группах отмечалось снижение АД под влиянием производных Д – (+) – глюкозамина. В первой группе среднее значение такого снижения составляло 27,5 ± 3,5 мм рт. ст., во второй — 32,5 ± 4,0 мм рт. ст., в третьей — 29,0 ± 3,3 мм рт. ст. и в четвертой — 27,5 ± 3,9 мм рт. ст.

Несмотря на выраженную динамику, достоверными изменения оказались во 2-ой и 3-ей группах животных ($p < 0.001$).

Вместе с тем, представленные данные свидетельствуют о возможностях купирования производными Д – (+) – ГА проявлений эмоциональной артериальной гипертензии.

Литература:

1. *Анохин П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 447 с.

2. *Судаков К. В.* Эмоциональный стресс и артериальная гипертензия (обзор экспериментальных данных) Обзорная информация ВНИИМИ. Серия "Терапия" — М., 1976. — 116 с.

3. *Ведяев Ф. П., Воробьева Т. М.* Модели и механизмы эмоциональных стрессов.— К.: Здоров'я, 1983.— 136 с.

4. *Волошин П. В., Воробьева Т. М., Медведева Т. Е.* Значение системы позитивного подкрепления ствола мозга в механизмах саморегуляции сосудистых реакций. — В кн.: Тез. докл. XVII Дунайского симпозиума по неврологическим наукам. — М., 1984. — С. 148.

5. *Судаков К. В., Бакулин В. С.* Нейрогуморальные механизмы артериальной гипертензии в условиях эмоционального стресса. В кн.: Актуальные проблемы стресса. — Кишинев: Штиинца, 1976. — С. 229 — 243.

6. *Судаков К. В.* Системные механизмы эмоционального стресса — М.: Медицина, 1981. — 232 с.

7. *Козловская М. М.* Изучение психофизиологической структуры эмоционального поведения животных в условиях группового взаимодействия — В кн.: Психофар-

макология эмоционального стресса и зоосоциального взаимодействия. / Под ред. А. В. Вальдмана. — Л., 1975. — С. 98 — 107.

8. *Вальдман А. В., Козловская М. М, Медведев О. С.* Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. — М.: Медицина, 1979. — 359 с.

9. *Вартанян Г. А., Петров Е. С.* Эмоции и поведение. — Л.: Наука, 1989. — 144 с.

10. *Зупанец И. А., Яковлева Л. В., Дроговоз С. М.* Ненаркотические аналгетики среди производных N – R – оксанилоил – D – глюкозамина // Фармакология и токсикология. — 1987. — Т. 50, № 4. — С. 36—38.

11. *Зупанець І. А., Плющ С. І., Дроговоз С. М., Загребельний Д. Ю.* Перспективи використання глюкозаміну при гострих гіпоксичних станах // Фізіологічний журнал. — 1992. — № 5. — С. 88—90.

12. *Семенов А. Н., Речкиман И. Э., Плющ С. И.* Создание эффективных кардиопротекторов на основе производных глюкозамина // Состояние и перспективы создания новых готовых лекарственных средств и фитохимических препаратов: Тез. докл. Всесоюз. науч-технич. конф. — Харьков, 1990. — С. 226—227.

SCREENING OUTPUT INVESTIGATION OF D – (+) – GLUCOSAMINE AND ITS DERIVATIVE IN EMOTIONAL HYPERTENSION EXPERIMENT

I. I. Kanurny

Ukrainian SRI of a Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The experimental confirmation of the role of emotional stress as one of the etiopathogenetic factors in development of idiopathic hypertension now goes in parallel with the search of new pharmacological ways of correction of this pathology. Perspective and out of the way are group of amino sugars. The main representative of them is the glucosamine (GA). The introduced data is testify about capabilities of cupping by D - (+) - GA and its derivative of developments of emotional arterial hypertension.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПЕРСИСТУЮЧОГО СОМАТОФОРМНОГО БОЛЬОВОГО РОЗЛАДУ

Р. В. Кечур

Львівський державний медичний університет
м. Львів

При вивченні питань діагностики хронічних психічних болів (ХПБ) нами виділено дві чітко розмежовані групи: конверсійні (соматизовані = істеричні) і персистуючі соматоформні (ідіопатичні = настирливі). 32 пацієнти з ідіопатичними, тобто настирливими болями, віднесені нами до групи хворих з обсесивно-компульсивним синдромом. Для лікування таких хворих досі не опрацьовано однозначної терапевтичної тактики. В зв'язку з цим запропоновано трьохетапну стратегію психофармакологічного лікування настирливих болів, кожен із них в комбінації із психодинамічно орієнтованою психотерапією. Перший етап ефективний у 43,7 % випадків (14 пацієнтів); позитивний ефект послідовного застосування першого і другого етапів становив 34,4 % випадків (11 пацієнтів); застосування всіх трьох етапів вимагалось у 7 випадках, з них позитивний ефект спостерігався ще у 6 пацієнтів (18,7 %). В одному випадку позитивного ефекту не відмічено. Тривалість кожного етапу психофармакологічної терапії — від 3 до 6 тижнів.

Лікування хронічних психічних болів (психалгій) — одна із найактуальніших, якщо не центральних, проблем терапії соматоформних розладів (СфР). Відомо, що ХПБ є однією із найчисленніших підгруп СфР [1]. Окрім того, в більшості випадків їх відносять до найбільш терапевтично резистентних форм СфР.

Найперші спроби лікування цього типу алгій базувались на застосуванні різних груп аналгетиків, включно із наркотичними. Ці спроби були визнані невдалими в силу очевидної резистентності хронічних психічних болів до аналгезуючих препаратів, а також у зв'язку з виявленим високим ризиком узалежнення [2].

В історичному розрізі етіопатогенетичні підходи до психофармакотерапії психалгій беруть свій початок із розуміння ХПБ як соматичного еквіваленту депресивного афекту в рамках концепції соматизованої депресії [3, 4, 5]. Однак за даними різних авторів ефективність психофармакотерапії ХПБ за аналогіями лікування депресій сягала від 0 до 80 % [6]. Окрім того, катамнестичні дослідження показали, що динаміка психалгічних розладів суттєво відрізняється від закономірностей розвитку депресивних епізодів (фаз). Вказані аргументи, що суперечать афективній природі психалгій, з 1980 року закріплені у систематиці DSM та з 1993 року — в МКХ-10 [7, 8] шляхом виокремлення ХПБ в рамках спеціального класу невротичних станів — со-

матоформних розладів (СфР). Така кваліфікація хоча і внесла систематизацію в уявлення про природу психалгій, але залишила без відповіді питання про синдромальну приналежність обширної і самостійної групи патологічних станів — персистуючого соматоформного больового розладу (ПСфБР), часто означуваного також як ідіопатичний больовий розлад (ІБР). Іншими словами, одна велика група ХПБ — соматизовані болі — переважною більшістю авторів розглядалась як споріднена до конверсійно-істеричних розладів (концепція полісимптоматичної істерії Briquet-Guse [9, 10]). Другу обширну групу становили згадані нами вище ідіопатичні болі, саме термінологічне означення яких вказувало на невизначеність їх природи.

Класифікаційні уточнення, наведені в DSM та МКХ щодо місця психалгій в цих систематиках, не покращили, однак, ситуацію в їх лікуванні. З огляду на приналежність ХПБ до класу невротичних розладів намагання їх монотерапії транквілізаторами також виявились недостатньо ефективними [6]. В цьому аспекті слід відмітити відносно високі показники ефективності лікування психалгій ксанаксом в середньотерапевтичних дозах (*цит. за* [6]). В більшості випадків це стосується соматизованих (конверсійних) болів, тоді як для лікування ідіопатичних болів рекомендації досі залишаються не розробленими.

В дану роботу включено 32 пацієнти із персистуючим соматоформним больовим розладом (ПСфБР). При відборі пацієнтів у дослідження застосовувались відповідні діагностичні критерії DSM-IV (шифр 307.8) і МКХ-10 (F45.4). Всі хворі обстежені клініко-психопатологічним методом. Структура особистості визначена за допомогою MMPI, а в сумнівних випадках — на основі стандартного опитувальника ВООЗ — IPDE (*International Personality Disorders Examination*). Всім хворим за їх згодою призначалась психофармакотерапія за схемою, розробленою нами (*див.* нижче). Паралельно проводилась психодинамічно орієнтована індивідуальна психотерапія, в поєднанні з груповою аналітичною терапією. Умови індивідуального сетінгу наступні: тривалість сесії — 50 хвилин, частота — 2 рази на тиждень, загальна тривалість — 3–6 місяців. Для більшості пацієнтів показана групова психоаналітична психотерапія один раз на тиждень стандартною тривалістю 1,5 години. Мета індивідуальної терапії полягає у фокусуванні на базовій проблематиці пацієнтів. Завданням групової терапії є опрацювання комунікативних проблем. В трьох випадках індивідуальна проблемно-фокусована терапія перейшла в тривалу (більше 2 років) психоаналітичну психотерапію. Необхідно зазначити, що ці 3 пацієнти перебувають без підтримуючої психофармакотерапії із зміщенням акцентів лікування від алгічної симптоматики до особистісної корекції.

Результати клінічного вивчення всіх 32 пацієнтів виявили їх приналежність до обсесивно-компульсивного розладу [11]. Важливо, що ХПБ у них виступають у єдиному співдружному контексті з невротичною настирливою симптоматикою (обсесії, фобії, ритуали) та в переважній більшості випадків на фоні обсесивно-компульсивних та сензитивно-шизоїдних розладів особистості. Отримані результати дозволили кваліфікувати ідіопатичні алгії у якості больових тілесних настирливостей.

Спираючись на таке розуміння ідіопатичних болів та в зв'язку з необхідністю кваліфікувати їх в рамках синдрому настирливостей, нами запропоновано наступну трьохетапну комплексну схему психофармакотерапії ідіопатичних болів (тобто ПСфБР). Кожен наступний етап цієї схеми призначають при відсутності суб'єктивного ефекту після проведення попереднього.

Перший етап: іміпрамін в дозі 200—300 мг на добу, альпразолам в дозі 0,25—0,5 мг на добу та галоперидол в дозі 0,5—1 мг на добу. Тривалість першого етапу — 3—6 тижнів.

Другий етап: після тижневої перерви пацієнтам, у яких больовий синдром не редукувався, призначають кломіпрамін в дозі 200—300 мг, залишаючи альпразолам та галоперидол в тих же дозах, що й на першому етапі. Тривалість другого етапу також становить 3—6 тижнів.

Третій етап лікування пропонують пацієнтам, у яких болі виявились резистентними до дії попередніх терапевтичних схем, або больовий синдром редукувався не повністю. Після тижневої перерви хворому призначають флюоксетин в дозі 20—40 мг (або інші інгібітори зворотного захоплення серотоніну, в дозах, що застосовуються для лікування обсесивно-компульсивного синдрому) в поєднанні з галоперидолом в дозі 0,5—1,0 мг на добу. Всі препарати застосовуються перорально (за винятком нечислених випадків із протипоказами до перорального застосування). Вибір індивідуальних доз в межах пропонованих рамок здійснюється не в залежності від суб'єктивної вираженості (інтенсивності) больового страждання, а в залежності від індивідуальних особливостей пацієнтів (вік, стать, вага, загальний стан здоров'я і т. д.).

Оцінка ефективності терапевтичної схеми, що застосовується на кожному з етапів, проводиться після трьох тижнів лікування. Прийом препаратів продовжується до 6 тижнів лише у випадках, коли терапевтична схема визнається ефективною.

Застосування пропонованої нами терапевтичної схеми дало можливість отримати терапевтичний ефект значно вищий, ніж відомий з даних літератури.

Повної редукції больового страждання вдалось досягнути в 25 випадках із 32 (78,1 %). У 6-ти випадках із 32 (18,7 %) в результаті проведеного лікування больовий синдром значно редукувався. Лише в одному випадку (3,2 %) не вдалось досягнути жодних терапевтичних змін.

Редукція больової симптоматики наступила у 14 пацієнтів із 32 після першого етапу лікування (43,7 %), у 11-ти пацієнтів — після другого етапу (34,4 %), і лише для 7-ти пацієнтів була необхідність у проведенні всіх трьох етапів лікування (21,9 %).

Запропонована трьохетапна терапевтична схема комбінованого (психотерапевтичного та психофармакологічного) лікування, яка враховує синдромальну приналежність ідіопатичних алгій (ПСфБР) до синдрому настирливих станів, дає можливість досягати стійких ремісій у 96,8 %. Цей висновок, однак,

має два наступних обмеження. По-перше, вживаючи термін "ремісія", ми маємо на увазі не лише повне зникнення больової симптоматики, але й таку її редукцію, яка позитивно відмічається пацієнтами на суб'єктивному рівні та об'єктивно підтверджується покращанням їх адаптації (в т. ч. і до самих больових переживань). По-друге, враховуючи обмеженість дослідження в часі, ми не можемо навести дані про тривалість вказаних ремісій більше двох років, хоча оптимально бажаним катамнезом слід було би вважати підтвердження ремісії щонайменше протягом 5 років.

Література:

1. *Фильц А. О.* Проблема небредовой ипохондрии // Диссертация на соискание ученой степени д. м. н. — Москва, 1992.

2. *Arner S., Meyerson B. A.* Lack of analgesic effects of opioids on neuropathic and idiopathic forms of pain. — Pain 1988. — № 33. P. 11—23.

3. *Blumer D., Heilbronn M.* Chronic pain as a variant of depressive disease (the pain prone disorder) // J. Nerv. Ment. Dis. — 1982. — №. 170. — P. 381—405.

4. *Forrest A. J., Workind S. N.* Masked depression in man with low back pain // Rheumat. rehabilit. — 1974. — № 13. — P. 148—153.

5. *Knorring A.-L. von, Perris C., Eisemann M. et al.* Pain as a symptom in depressive disorders. I. Relationship to diagnostic subgroup and depressive symptomatology // Pain. — 1983. — №. 15. — P. 19—26.

6. *Мосолов С. Н.* Клиническое применение современных антидепрессантов. — Санкт-Петербург: Медицинское информационное агентство, 1995.

7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition. — APA Publ., Washington DC, 1994.

8. ICD-10: Classification of Mental and Behavioral Disorders. — World Health Organization, Geneva, Oxford Univ. Press, — 1992.

9. *Briquet P.* Traite clinique et therapeutique de l'hysteric. — Paris, Baillier et Fils. — 1859.

10. *Guze S. B.* The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome) // Am J. Psychiat. — 1975. — №. 132. — P. 138—141.

11. *Фільц О. О., Кечур Р. В.* До питання про особливі варіанти соматоформних розладів / Укр. вісник психоневрології, т. 3, вип. 2(6).— Харків. — 1995.— С. 217.

TACTICS OF TREATMENT PERSISTENT SOMATOFORMIC ALGESIC DISORDERS

R. V. Kechur

Lviv State Medical University

Lviv

The diagnostical classification of chronic pain disorder (ChPD) allow to distinguish two separate groups: conversional pain (i. e. somatization=hysteric) and persistent somatoform pain (i. e. idiopathic="obsessive"). 32 patients with idiopathic pain have been qualified within the frame of obsessive-compulsive syndrome. The therapeutic strategy for the treatment of this kind of pain disorder is up to now not yet satisfying. Therefore we propose the following three-step therapy for the treatment of idiopathic ("obsessive") pains. Each of these steps combines the psychopharmacologic and psychodynamic oriented approach. The first step shows it's efficiency in 14 patients (43,7 %); positive response to the treatment has been achieved by consequential application of the first and the second steps and been observed in another 11 patients (34,4 %). Only 7 patients needed the complete three-step psychopharmacological therapy, 6 of them — with positive response, and one of them — without satisfactory effect. The proposed duration of each step makes 3—6 weeks.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИПСИХОТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ РИСПОЛЕПТА И ТРАДИЦИОННЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ОСТРОЙ ЭКЗАЦЕРБАЦИЕЙ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВОЙ СИМПТОМАТИКИ

И. А. Марценковский, А. Н. Линев Я. Б. Бикшаева, А. Л. Белявцев, И. И. Марценковская, И. А. Семенова

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика
Луганский государственный медицинский университет
Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии

Новый антипсихотический препарат рисперидон (риспердал, рисполепт) является производным бензоксазола с более выраженным антагонизмом к центральным серотониновым 5-HT_{2A}-рецепторам, чем к D_2-рецепторам [7]. Соотношение потентности 5-HT_{2A}/D_2 у рисперидона и его активного метаболита 9-ОН-рисперидона равно 20. Положительное влияние рисперидона на негативную симптоматику шизофрении, вероятно, можно отнести за счет его свойства преимущественно связывать 5-HT_{2A}-рецепторы. Запаздывающая редукция галлюцинаторно-бредовой симптоматики может быть объяснена более постепенным связыванием D_2-рецепторов [5, 11]. Основной особенностью клинического действия препарата ряд авторов считает способность вызывать редукцию негативных симптомов хронической шизофрении [6, 9]. Устранение аутизации (дезингибирующее действие рисперидона) делает больного способным воспринимать реалистическую информацию из окружающей среды, приводит к созданию конкурентных отношений между патологическими переживаниями и реальными оценками, вытекающими из существующих ситуаций, дезактуализации, коррекции содержания, редукции патологических идей [4]. Установлено, что однократная пероральная дозировка в 1 мг вызвала связывание 45—68 % 5-HT_2-рецепторов во фронтальных участках коры и 40—64 % D_2-рецепторов в стриатуме. При суточных дозировках рисперидона в 4—6 мг связывание D_2-рецепторов достигает такого же уровня, как и у традиционных нейролептиков. Повышение уровня связывания D_2-рецепторов приводит к ускорению редукции продуктивных психопатологических расстройств, но сопровождается повышением риска развития экстрапирамидных симптомов [4, 5].

Клинические исследования проводились у 62 больных хронической шизофренией. В соответствии с диагностическими критериями МКПБ-10 для участия в программных психофармакологических исследованиях были отобраны пациенты с шубообразной параноидной шизофренией (F.20.01; F.20.02; F.20.03).

Синдромологическую систематизацию психических расстройств проводили с использованием глоссария психопатологических синдромов и состояний [2]. Три типа течения шизофрении: эпизодическую с нарастающим дефектом, эпизодическую со стабильным дефектом и с эпизодическим ремитирующим течением мы дифференцировали в соответствии с критериями Р. А. Наджарова (1983) [1].

Пациенты I группы (20 человек) получали рисполепт в дозе 4 мг в сутки, пациенты II-й группы (21 человек) получали галоперидол в дозе 20 мг в сутки. Пациенты Ш-ей группы получали клозапин в дозе 150 мг в сутки. Продолжительность контролируемых клинических исследований составила 3 месяца.

Состав всех групп был подобным по четырем критериям стандартизации: ведущему психопатологическому синдрому, типу течения заболевания, полу, возрасту пациента.

В течение курса контролируемых исследований пациенты наблюдались авторами статьи. Фиксацию качественных и количественных изменений состояния больных проводили трижды: для учета продуктивных симптомов — перед лечением, через 10 и 30 дней терапии; для учета динамики негативных нарушений — перед лечением, через 1 и 3 месяца терапии.

Динамику клинического состояния пациентов изучали при помощи двух методов: 1) клинико-психопатологического — детального описания качественных изменений психического состояния и психопатологической симптоматики; 2) психофармакотерапевтического, клинико-статистичекого исследования с оценкой выраженности симптоматики в динамике по шкалам PANS [5, 9], ESRS [5, 9].

Статистическую обработку результатов психофармакотерапевтических исследований проводили с использованием непараметрических критериев оценки: Уайта для независимых выборок, Вилкоксона для сопряженных пар (Лакин Г. Ф., 1990) [3].

У пациентов основной группы с острой экзацербацией галлюцинаторно-бредовой симптоматики в первой серии контролируемых исследований монотерапия рисполептом в суточной дозе 4 мг к 10 дню лечения обеспечивала достоверную редукцию большинства признаков шкалы позитивных симптомов PANS.

При монотерапии галоперидолом во II-й контрольной группе наблюдалось более значительное снижение общей выраженности продуктивных расстройств как через 10 ($p<0,05$), так и через 30 ($p<0,05$) дней лечения. Терапия галоперидолом вызывала более быструю редукцию галлюцинаторно-бредовых расстройств, но уступала по эффективности монотерапии рисполептом при купировании инкогерентности мышления. Не были выявлены достоверные различия при сравнительной характеристике психотропной активности рисполепта и галоперидола по отношению к психомоторным расстройствам.

При монотерапии клозапином также наблюдалось более значительное, чем при терапии рисполептом снижение общей выраженности продуктивных расстройств ($p<0,01$) и более быстрая редукция галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Высокая общая антипсихотическая активность клозапина сопровождалась сильным психолептическим действием

и замедленной, по сравнению с основной группой, редукцией формальных расстройств мышления. Динамика выраженности симптоматики у пациентов в первой серии исследований представлена в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика терапевтической эффективности рисполепта, галоперидола и клозапина при купировании позитивных симптомов у больных параноидной шизофренией с острой экзацербацией галлюцинаторно-бредовой симптоматики

Признак по шкале PANS (позитивные симптомы)	Рисполепт 4 мг/сут			Галоперидол 20 мг/сут		Клозапин 150 мг/сут	
	Выраженность признака, баллы (х)			Сдвиг выраженности признака, баллы (х)		Сдвиг выраженности признака, баллы (х)	
	До начала терапии	Через 10 дней терапии	Через 30 дней терапии	Через 10 дней терапии	Через 30 дней терапии	Через 10 дней терапии	Через 30 дней терапии
Бредовые расстройства	5,9	4,9°°	4,4°°	3,2**	2,6	1,4	3,2**
Когнитивные расстройства (инкогерентность мышления)	5,8	2,2°°	1,9°°	2,8*	1,6*	1,5**	1,8**
Галлюцинаторное поведение	6,2	4,5°°	4,3°°	3,6*	3,8**	2,5*	2,9**
Психомоторное возбуждение	6,1	2,7°°	1,9°°	3,8*	4,8	3,9*	4,6*
Бред величия	6,6	6,0°°	4,7°°	1,2**	1,8	1.2**	2,5**

Примечание:
* — значимое ($p<0,05$) различие сдвига выраженности признака по сравнению с выборкой, получавшей рисполепт;
** — значимое ($p<0,01$) различие сдвига выраженности признака по сравнению с выборкой, получавшей рисполепт;
° — значимое ($p<0,05$) изменение признака по сравнению с исходным состоянием при монотерапии рисполептом;
°° — значимое ($p<0,001$) изменение признака по сравнению с исходным состоянием при монотерапии рисполептом.

Обобщая приведенные данные, можно отметить принципиальные различия в структуре психотропного действия рисполепта и традиционных нейролептиков.

Галоперидол и клозапин обеспечивают редукцию галлюцинаторно-бредовой симптоматики за счет психолептического действия и первичного устранения нарушений восприятия, являющихся для данных нейролептиков своеобразными "симптомами-мишенями" в понимании Г. Я. Авруцкого [1].

Структуру психотропного действия рисполепта, на наш взгляд, определяет опережающая редукция формальных расстройств мышления на фоне относительно слабого психолептического действия препарата [4—5]. Устранение инкогерентности мышления и аутизации (дезингибирующее действие рисполепта) обеспечивает восприятие реалистической информации из окружающей среды, приводит к вторичной коррекции и дезактуализации патологических переживаний.

Монотерапия рисполептом позволяет избежать психолептических эффектов типичных нейролептиков, обеспечиваст лучшие возможности для социальной реабилитации.

При монотерапии рисполептом полная редукция галлюцинаторно-бредовой симптоматики к 10 дню лечения наблюдалась у 5 (25,0 %), к 30 дню — у 7 (35,0 %) пациентов, что было на 5—7 % меньше, чем в контрольных группах, получавших галоперидол и клозапин. В то же время пациенты основной группы, у которых редукция галлюцинаторных расстройств была неполной, обнаруживали качественно лучшие, чем аналогичные больные контрольных групп, тенденции социального статуса: более высокий уровень социальной активности, семейной и производственной адаптации, эмоциональной и поведенческой адекватности в фрустирующих ситуациях.

По-видимому, заслуживает внимания и наш опыт сочетанного применения рисполепта и клозапина. Комбинация этих препаратов хорошо переносилась больными и приводила к более быстрому и полному купированию продуктивной психопатологической симптоматики при сохранении описанных выше преимуществ лечения рисполептом. Комбинированная терапия сопровождалась существенно более низкими значениями показателей как по общей шкале BPRS, так и по подшкалам психотических, негативных симптомов и депрессии. При подборе доз препаратов для комбинированной терапии необходимо учитывать данные о возможном фармакокинетическом взаимодействии рисперидона и клозапина, приводящем к повышению их содержания в крови.

Анализ влияния рисполепта на негативные симптомы шизофрении свидетельствует, что рисполепт вызывает достоверное ($p<0,001$) снижение выраженности всех признаков шкалы негативных симптомов PANS. Галоперидол практически не влиял на динамику анализируемых симптомов, вызывая только достоверное ($p<0,05$) уменьшение аконтактности и затрудненности абстрактного мышления, обусловленные общим антипсихотическим действием препарата и уменьшением загруженности больных галлюцинаторно-бредовыми переживаниями.

Таблица 2

Сравнительная характеристика терапевтической эффективности рисполепта, галоперидола и клозапина при купировании негативных симптомов у больных параноидной шизофренией с острой экзацербацией галлюцинаторно-бредовой симптоматики

Признак по шкале PANS (негативные симптомы)	Рисполепт 4 мг/сут					Галоперидол 20 мг/сут		Клозапин 150 мг/сут	
	Выраженность признака, баллы (x)			Сдвиг выраженности признака, баллы (x)		Сдвиг выраженности признака, баллы (x)		Сдвиг выраженности признака, баллы (x)	
	До начала терапии	Через 1 месяц терапии	Через 3 месяца терапии	Через 1 месяц терапии	Через 3 месяца терапии	Через 1 месяц терапии	Через 3 месяца терапии	Через 1 месяц терапии	Через 3 месяца терапии
Притупленный аффект	5,7	3,8°°	2,0°°	1,9	3,7	0,4**	0,7**	0,8**	1,8**
Когнитивные расстройства (инкогерентность мышления)	5,8	3,7°°	2,9°°	2,1	2,9	0,9**	0,5**	1,0**	1,1**
Аконтактность	5,5	3,5°°	2,9°°	2,0	2,6	1,9	2,0**	1,5**	1,9**
Пассивно-апатическая социальная отгороженность	5,4	3,8°°	3,0°°	1,6	2,4	0,4**	0,7**	0,8**	1,5**
Затрудненность абстрактного мышления	5,6	4,2°°	3,1°°	1,4	2,5	1,0*	1,8**	1,3	2,0**
Нарушение спонтанности и плавности речи	5,6	3,9°°	2,8°°	1,7	2,8	0,8**	1,2**	1,0**	1,7**
Стереотипность мышления	5,7	3,7°°	2,5°°	2,0	3,2	0,5**	1,2**	1,0**	1,6**
Общая выраженность негативных расстройств	39,3	26,6°°	19,2°°	12,7	20,1	5,9**	8,1**	7,4**	11,6**

Для определения удельного веса прямого и опосредованного влияния рисполепта и клозапина на негативную симптоматику было проанализировано наличие корреляционной связи между редукцией отдельных негативных расстройств и динамикой показателей по шкале позитивных симптомов PANS и шкале EPRS. Полученные данные свидетельствуют, что рисполепт в суточной дозе 2 мг при монотерапии в течение 3-х месяцев обладает достоверным ($p<0,001$) непосредственным действием на негативную симптоматику, обуславливающим 41 % вариативности показателей негативной шкалы PANS. 35 % вариативности шкалы обеспечивается малой выраженностью побочных эффектов препарата. Клозапин в суточной дозе 150 мг при монотерапии в течение 3-х месяцев обладает менее выраженным непосредственным действием на негативную симптоматику, обуславливающим 21 % вариативности. 46 % вариативности показателей негативной шкалы PANS можно было объяснить редукцией продуктивных психопатологических нарушений.

Таким образом, рисполепт можно рассматривать как нейролептик с сильным непосредственным действием на негативные симптомы параноидной шизофрении.

Антипсихотические препараты, являющиеся избирательными антагонистами дофамина, например, галоперидол, трифтазин, мажептил, как правило, вызывают экстрапирамидные симптомы, включающие паркинсонический синдром, акатазию, дистонию и дискинезию при назначении в терапевтически эффективных дозах в течение продолжительного времени. При этом возникновение экстрапирамидной симптоматики является главной причиной несоблюдения терапевтического режима.

Таблица 3

Сравнительная характеристика выраженности побочных эффектов рисполепта, галоперидола, клозапина при лечении шизофрении

Признак по шкале ESRS	Выраженность признака в баллах (x)		
	Рисполепт 4 мг/сут	Галоперидол 20 мг/сут	Клозапин 150 мг/сут
Симптомы паркинсонизма	1,2	3,4**	1,3
Гипокинетические симптомы	1,5	5,0**	1,6
Гиперкинетические симптомы	0,7	1,9**	0,6
Дистония	0,1	0,3	0,1
Дискинезия движения	1,4	2,5**	1,4
Оральный гиперкинез	1,3	1,9	1,3
Хореоатетозные движения	0,5	0,6	0,5
Тяжесть паркинсонизма	0,5	1,8**	0,6
Тяжесть дискинезии	0,6	0,8	0,6
Тяжесть паркинсонизма и дистонии	1,9	5,8**	1,9
Выраженность паркинсонизма, дистонии и дискинетических движений	2,6	5,8**	2,4

Примечание:
* — значимо большая ($p<0,05$) тяжесть побочных эффектов по сравнению с терапией рисполептом в дозе 2 мг/сут.
** — значимо большая ($p<0,001$) тяжесть побочных эффектов по сравнению с терапией рисполептом в дозе 2 мг/сут.

Данные, представленные в таблице 3, свидетельствуют о практически полном отсутствии экстрапирамидных симптомов у пациентов, принимавших рисполепт в дозе 4 мг в сутки по сравнению с больными, лечившимися галоперидолом в дозе 20 мг в сутки и малой выраженности экстрапирамидных симптомов в группе больных, получавших клозапин в дозе 150 мг в сутки.

Выводы

1. При лечении пациентов с параноидной шизофренией рисполепт в дозе 4 мг в сутки, по сравнению с галоперидолом и клозапином в среднетерапевтических дозах, обладает значительно более высокой способностью вызывать непосредственную редукцию негативных симптомов.

2. При параноидной шизофрении с острой экзацербацией галлюцинаторно-бредовой симптоматики рисполепт в дозе 4 мг в сутки вызывает значительную опосредованную редукцию позитивных симптомов за счет устранения инкогерентности мышления и аутизации на фоне относительно слабого психолептического действия препарата.

3. Терапия рисполептом, по сравнению с обычными нейролептиками, вызывает гораздо меньше экстрапирамидных побочных эффектов.

Литература:

1. *Авруцкий Г. Я., Зайцев С. Г.* Стандартная регистрация клинических данных в течении эндогенных психозов и пограничных состояний под влиянием фармакологической терапии: Метод. рекомендации МЗ СССР. — М., 1975. — 69 с.

2. *Ануфриев А. К., Либерман Ю. И., Остроглазов В. Г.* Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: Метод. пособие для унифицированной клин. оценки психопатол. состояний.— М.: ВНИЦПЗ АМН СССР, 1990. — 112 с.

3. *Лакин Г. Ф.* Биометрия: Учеб. пособие для биол. спец. вузов. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Высш. шк., 1990. — 352 с.

4. *Мосолов С. Н.* Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 228 с.

5. Принципы и практика психофармакотерапии / Ф. Дж. Янигак, Дж. М. Дэвис, Ш. Х. Прескори, Ф. Дж. Айд: Пер. с англ. С. А. Малярова. — К.: Ника-Центр, 1999. — 728 с.

6. *Choninard G., Jones B., Remington G. ey al.* A Canadian multicenter placebo-controlled study of fixed doses of risperidone and haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic patients // J. Clin. Psychopharmacol. — 1993. — V. 13. — P. 25—40.

7. *Davis T. M., Tanicak P. G.* Risperidone: a new, novel antipsychotic // Psychiatric Ann. — 1996. — V. 26(2). — P. 78—87.

8. *Koreen A. R., Lieberman T. A., Kronig M., Cooper T. B.* Cross-tapering clozapine and risperidone [Letter] // Ann. J. Psychiatry. — 1995. — V. 152. — P. 1690—1695.

9. *Marder S. R., Meibach R. C.* Risperidone in the treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 1994. — V. 151. — P. 825—835.

10. *McCorthy R. H., Terkelson K. G.* Risperidone augmentation of clozapine // Pharmacotherapy. — 1995. — V. 28. — P. 61—63.

11. *Schotte A., Janssen P. F. M., Commezen W., et al.* Risperidone compared with view and reference antipsychotic drugs: in vitro and in vivo receptor binding // Psychopharmacology. — 1996. — V. 124. — P. 57—73.

12. *Small T. G., Miller M. T., Klapper M. H. et al.* Risperidone versus clozapine in resistant schizophrenia. Poster presentation at the 146th Annual Meeting of the American Psychiatric Association.— San Francisco, 1993.— 36 p.

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF ANTIPSYCHOTIC ACTION RISPOLENT AND TRADITIONAL NEUROLEPTICS AT A PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH ACUTE EXACERBATION OF HALLUCINATIVE-DELIRIOSUM SYMPTOMATOLOGY

I. A. Marcenkovskiy, A. N. Linev Ja. B. Bikshaeva, A. L. Beljavcev, I. I. Marcenkovskaja, I. A. Semenova

Kyiv Medical Academy of the Postgraduate Education
Lugansk State Medical University
Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry

62 patients with chronic schizophrenia were observed. Control clinical trials to compare therapeutic efficacy of rispolept, haloperidol, closapine monotherapy with statistical estimation of symptomatology expressiveness by PANS and ESRS scales were performed. It was improved, that Rispolept has an unprecedented high ability to reduce negative symptoms, stopped hallucinatory-dilision infringements and practically not calling side effects.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА БОЛЬНЫМ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТАЦИОНАРЕ И ОЦЕНКА ЕГО КАЧЕСТВА

В. Д. Мишиев

**Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1
г. Киев**

Деятельность психиатрической больницы (ее производственный процесс) формируется в соответствии с организационной структурой, нагрузкой, функциями учреждения, определяющими иерархический уровень, специализированность и интегративность отдельных его подразделений, уровнем развития материально-технической базы основных, лечебно-диагностических и вспомогательных служб, обеспеченностью медицинскими кадрами и их квалификацией [1, 5]. Ведущим принципом организации лечебно-диагностического процесса в стационаре является последовательность и непрерывность составляющих элементов, его дифференциация по степени интенсивности лечения и ухода в зависимости от степени выраженности психического заболевания и сопутствующего соматического расстройства [3]. Система управления лечебно-диагностическим процессом основана на общих и индивидуальных алгоритмах действий лечащего врача с другими участниками лечебно-диагностического процесса. Индивидуальный алгоритм определяется (в зависимости от конкретной ситуации) последовательными решениями лечащего врача по обследованию, диагностике, лечению и реабилитации больного [2].

С целью выявления путей повышения эффективности оказания специализированной помощи психически больным нами были изучены особенности организации лечебно-диагностического процесса больным с аффективными расстройствами депрессивного спектра. Депрессии, как модель алгоритмизации лечебных действий в отношении больных с психическими расстройствами, были выбраны нами ввиду значительной распространенности данной группы расстройств, их существенного экономического ущерба, относительной сохранности больных этого типа, а также в силу их наибольшей курабельности по сравнению с большинством других психических заболеваний. Исследование проводилось на базе Киевской городской клинической психоневрологической больницы № 1. Анализ организации лечебно-диагностического процесса больным с депрессивными расстройствами выявил существенные резервы рационального использования коечного фонда и, соответственно, повышения эффективности предоставляемой помощи. Так, на этапе направления больных в стационар (этап взаимодействия амбулатории и стационара) выявлено отсутствие более чем в 68 % случаев своевременного и полного обследования больных в межрайонных психоневрологических диспансерах, что, естественно, снижало эффективность лечения и в значительной степени определяло уровень и качество стационарной медицинской помощи в целом. Отсутствие обоснованной и адекватной диагнозу амбулаторной подготовки больных к стационарному лечению является свидетельством недостаточности взаимодействий между внебольничными учреждениями (диспансерами) и стационаром. В предварительной стадии лечебно-диагностического процесса, как известно, наиболее полно проявляется важный элемент системы рационального использования коечного фонда — преемственность в работе внебольничных и больничных учреждений [4].

На этапе непосредственного поступления больного в стационар и пребывания в приемном отделении оценивалась правильность действий дежурного врача по следующим параметрам: целесообразность и необходимость госпитализации, процент совпадения диагнозов приемного отделения с клиническими, профильность госпитализации, а также оперативность принятия решения [6]. Об оперативности обслуживания больных при приеме в психиатрическую больницу можно судить по средней длительности пребывания больных в приемном отделении. По нашим данным среднее пребывание больного в приемном отделении составило 140.0+9.0 минут, что следует рассматривать в качестве аргумента доорганизации системы приема депрессивных больных в стационары.

В начальной стадии лечения важно обращать внимание на продолжительность пребывания больного в клиническом отделении до осмотра лечащим врачом (или дежурным на правах лечащего врача). Особого внимания в наших исследованиях заслуживало поступление больных в пятницу, субботу и воскресенье, так как общим требованием является обеспечение врачебного осмотра, обследования и лечения, начиная с первых дней пребывания больного в отделении. Первичный осмотр больного лечащим врачом является ведущим элементом организации лечебно-диагностического процесса в стационарах для депрессивных больных и при правильной организации труда должен проводится в день поступления больного на лечение.

Следующим важным элементом организации помощи больным с аффективными расстройствами в отделении является формирование плана-программы комплексного, системогенезного обследования. Мы исходили из существующих, но не учитываемых негативных тенденций многофакторных зависимостей развития и течения депрессивных расстройств, от риск-факторов внешнего и внутреннего порядка (характеризующихся весьма тяжелыми межорганными и межсистемными поражениями, т. е. системогенезом, существенно усложняющим их диагностику, лечение и вторичную профилактику). В рамках на-

ших исследований выявлено фактически полное отсутствие у лечащих врачей нацеленности на системогенезное построение лечебно-диагностических программ. Здесь же следует отметить факт частичного игнорирования использования результатов исследования во внебольничных условиях. Более чем в трети случаев проводилось необоснованное дублирование уже проведенных на догоспитальном этапе обследований. На основе тщательной независимой экспертизы мы пришли к выводу, что указанное дублирование не объяснялось характером заболевания, необходимостью динамического наблюдения за больными, ни даже тем, что поликлинические исследования устарели. Такой "феномен" мы рассматриваем в плоскости лишь устоявшихся стереотипов мышления и имеющих место в рамках бюджетной медицины инертности мышления, отсутствием мотивационных предпосылок к их ускорению.

В то же время установлено, что в 20,9 % случаев параклинические обследования в стационарах проводились неполноценно, а в 6,2 % — неполноценно и несвоевременно. По нашим данным план обследования "рассосредоточенных" по различным отделениям больных с различными депрессивными расстройствами выполнялся в течении 3-х дней после поступления в стационар в 32,3 % случаев, на 4—6 день — 32,3 %, на 7—11 день в 16,2 %, а после 12 дней пребывания в стационаре оставались на дообследовании 17,7 %.

Повсеместно имеются резервы совершенствования консультативной помощи в стационарах. По заключению экспертов в консультациях различных смежных специалистов (даже в условиях игнорирования системогенезного подхода) нуждались 38,6 % ольных, в то время как назначались консультации ишь в 15,5 %, а фактически выполнялись в 13,7 %. ри этом эффективность и качество консультаций в их организации и проведении не содержала принципов системности. Не осуществлялась предконсультативная подготовка больных, отсутствовали согласованные и обоснованные с заведующими отделениями медицинские аспекты консультирования и конкретизированные целевые установки. В процессе проведения консультаций в 70 % случаев отсутствовали лечащие врачи и заведующие отделениями. Что же касается плановых консультаций, то в рамках временной технологии они должны осуществляться в 1-й или во 2-й день назначения, а экстренные — в час назначения. У нас создается обоснованное впечатление целесообразности организации централизованной системы консультативного обеспечения и, возможно, соответствующих оперативных отделов.

Таким образом, учет указанных особенностей в организации стационарной помощи депрессивным больным должен способствовать своевременности диагностики, консультирования, лечения и реабилитации основного и сопутствующих расстройств и является существенным резервом в повышении эффективности оказания специализированной помощи депрессивным больным.

Литература:

1. *Гаджиев Р. С.* Основы управления и организации труда в центральной районной больнице. — М.: Медицина, 1983. — 182 с.

2. *Кучеренко В. З.* // Роль заведующего отделением стационара в управлении коечным фондом больницы. — В кн.: Актуальные проблемы подготовки руководящих кадров здравоохранения.— Л.: ГИДУВ, 1983. — С. 30—34.

3. *Слученко И. С., Логинова Е. А.* Анализ деятельности стационара и управление больницей. — М.: ЦОЛИУВ, 1979. — 211 с.

4. *Эльштейн Н. В.* Терапевты и специалисты медицине. — Таллинн: ВАЛГУЭ, 1973. — 176 с.

5. *Crombie I. K., Davies H. O.* Missing link in the audit cycle. Quality in Health Care 1993; 2:47—8.

6. *Wentworth D. A., Atkinson R. P.* Implementation of an acute stroke program decreases hospitalization costs and length of stay. Stroke 1996; 27: 1040—3.

PECULIARITIES OF A TREATING-DIAGNOSTICAL PROCESS ORGANIZATION AT THE DEPRESSIVE PATIENT AND ESTIMATION OF IT'S QUALITY

V. D. Mishyev

Kiev urban clinical psychoneurological hospital № 1
Kyiv

Analyses of organisation special stationary help to the depressive patient is given. Line of defects at different stages of patient carrying is shown: stage of patients direction from a dispensary, patient's stay at a reception room, his entry to a stationary compartment. Given analyses of compartment head and doctor's activities above investigations prescription author is making a conclusion about cessation defects registration at the stationary works, what should be promoting essential rise of efficacy at the treating of depressive patients.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ

А. Е. Табачников

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Большинство авторов ведущее место в лечении пограничных психических расстройств (ППР) у подростков отводит психотерапевтическим мероприятиям [3—5]. По данным М. И. Буянова [2], в настоящее время можно выделить более 250 приемов психотерапии, из которых в работе с детьми и подростками наиболее часто применяется примерно треть. Квалифицированное использование любого метода лечения требует осознания врачом механизмов его действия. Однако различные научные школы по разному трактуют психотерапевтический процесс и даже, используя сходные техники, вкладывают в них различный смысл и оценивают их эффективность по разным критериям. Отмечая необходимость реформирования психотерапевтической помощи в Украине, многие авторы указывают на необходимость адаптации и внедрения в практику ранее не использовавшихся в нашей стране методов [1, 7, 8].

В ходе создания системы комплексных психопрофилактических мероприятий для старшеклассников мы предложили и использовали схему психотерапевтического процесса, предусматривающую сочетание индивидуальной и групповой терапии. Выбор между ними или решение использовать их в сочетании основывались на полученной в ходе диагностической работы (которая проводилась только в индивидуальной форме) информации об этиологии заболевания, в частности, об источниках психической травмы и характере имеющихся у пациента проблем. В том случае, если они обнаруживались в сфере межличностного общения со сверстниками, в школьной жизни в целом, либо касались таких типично подростковых проблем, как жизненный выбор, отношения с родителями и т. д., это служило обычно прямым показанием для групповой психотерапии. Если же эти проблемы носили более "интимный", с точки зрения пациента, характер, и он не был готов обсуждать их в группе, продолжали использовать лишь индивидуальную терапию. Психотерапевтическая работа проводилась, в основном, на базе кабинета медико-психологической службы по окончании занятий.

Предложенная нами схема психотерапевтического процесса представлена на рисунке (курсивом выделены элементы и механизмы, релевантные групповой психотерапии). В этом процессе традиционно выделяются три этапа. Поскольку сам "заказ" на взаимодействие пациента с психотерапевтом возник в связи с наличием определенной проблемы, центральным является этап работы с этой проблемой и ее разрешение. Однако он должен быть обеспечен предшествующим ему подготовительным этапом. Мы согласны с тем, что психологическая эффективность первых визитов пациента определяется степенью удовлетворения его значимых, часто неосознаваемых потребностей. Их перечень в нашем варианте представлен на рисунке.

Если психотерапевту это удавалось, то уровень доверия пациента к нему (или группе) возрастал, что вело к ослаблению механизмов психологической защиты и появлению готовности по-новому взглянуть на ситуацию. Значимость психотравмы и порожденных ею проблем снижалась благодаря феноменам, возникавшим в ходе психотерапевтического процесса (*см.* рис.).

Показателем успешности завершения первого этапа являлся достигнутый уровень готовности пациента к самоэксплорации, проникновению в сущность того, что стоит за его проблемами.

В когнитивной сфере этот процесс протекал в виде инсайтного осознания и вербализации психологических механизмов заболевания, изменения связанных с болезнью личностных конструктов. Это открывало дорогу эмоциональным и поведенческим реакциям, позволявшим пациенту "разрядиться", освободиться от фиксации на психотравмирующей ситуации, "закрыть гештальт". Значимость такого освобождения трудно переоценить. Понимание невроза как "стесненной в своей свободе жизни", патологической автоматизации реагирования, сосредоточения на проблеме и связывания с ней большей части психической активности индивида обусловливало необходимость освобождения от невротических повторений и ограничений. Эта дезавтоматизация когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернов открывала дорогу к более широким изменениям личности, тех ее особенностей, которые привели к данному заболеванию.

Здесь начинался третий этап психотерапии, обозначенный нами как "Интеграция и развитие". Лучшее самопонимание, отмечаемое пациентами, позволяло им переформулировать личностный опыт в более позитивных терминах и интернализировать локус контроля. Это порождало большее доверие к себе и, вместе с тем, — отказ от иррациональных убеждений, вызывавших необоснованные претензии. Интегрировались ранее разобщенные аспекты личности и пациент становился способным к постановке более реалистичных целей, основанных на новых отношениях к жизни.

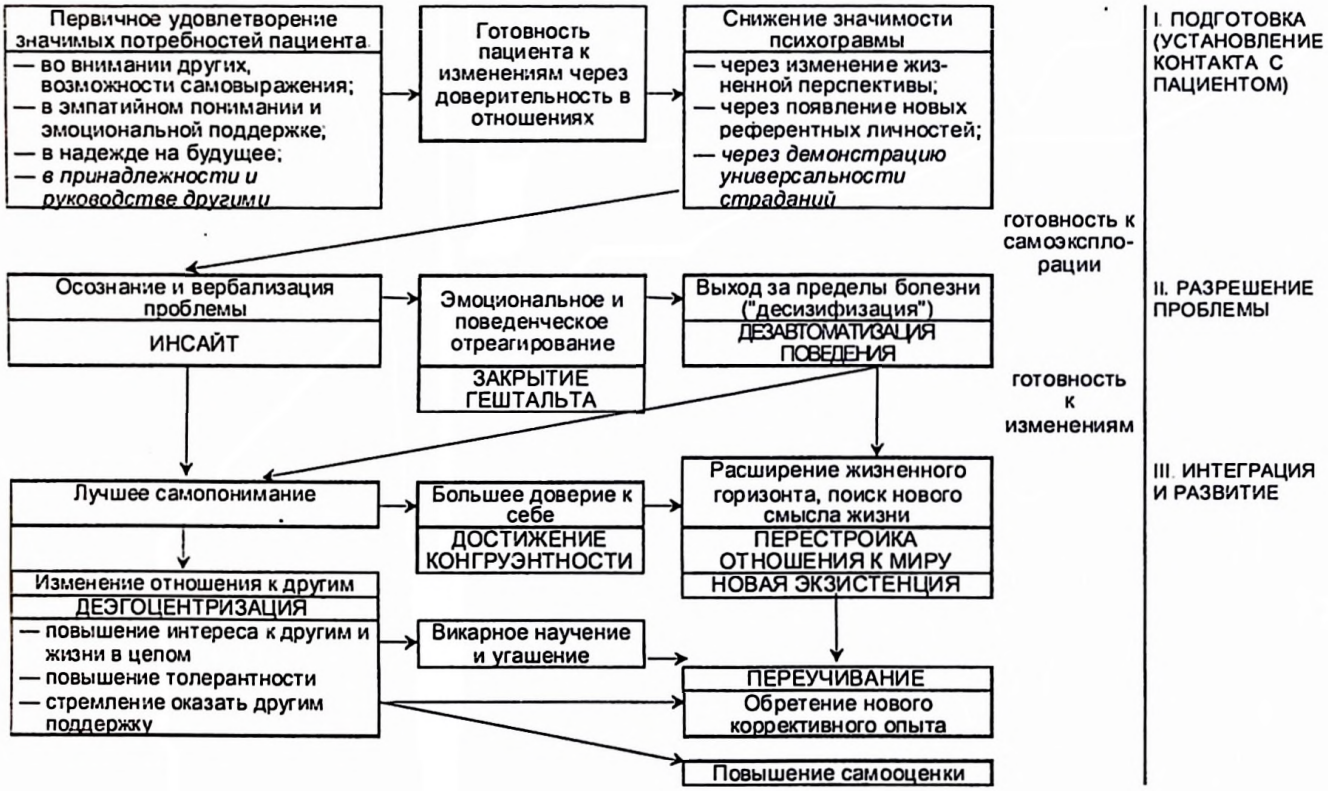
На этой стадии индивидуальной психотерапии активно шел процесс изменения отношений к другим людям (*см.* рис.). В групповой психотерапии он начинался раньше. Исследование и понимание про-

блем остальных членов группы часто предшествовало и катализировало осознание собственных проблем. Процессы разрушения невротического эгоцентризма нарастали, завершалась, в основном, перестройка всей системы отношений пациента. Позитивные изменения закреплялись в новом коррективном опыте, обретавшемся в группе или реальной жизни, что вело к повышению самооценки пациента, его уверенности в своих силах. Вследствие этого исчезала потребность в дальнейшей помощи психотерапевта или группы, индивид становился полноценно функционирующей личностью.

В зависимости от глубины и длительности имеющихся нарушений делался выбор между симптоматической и патогенетической, директивной и недирективной стратегиями. При неврозоподобных расстройствах психотерапия была направлена на коррекцию вторичных, личностных реакций на заболевание.

Рисунок

Концептуальная схема психотерапевтического процесса



Внедрение описанной модели психотерапевтического процесса позволило добиться выздоровления и значительного улучшения у 54,2 %, относительного улучшения — у 20,8 % и лишь у 25,0 % пациентов не было отмечено существенных изменений. В то же время в контрольной группе, где указанные мероприятия не проводились, у 25,0 % подростков отмечено выздоровление по клиническому критерию и значительное улучшение по критерию социального функционирования, у 6,2 % — относительное улучшение, у 43,7 % течение заболевания приняло затяжной характер, у 12,5 % наступило ухудшение, а 12,5 % (2 человека) исключены из наблюдения, поскольку они сменили учебное заведение.

Литература

1. *Ахмедов Т. І., Мартиненко А. О.* Теоретичне осмислення деяких сучасних закордонних методик психотерапії // Укр. вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 2 (6). — С. 289—291.

2. *Буянов М. И.* Основы психотерапии детей и подростков. — К.: Вища школа, 1990.—191 с.

3. *Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н.* Неврозы у детей и их лечение. — Л.: Медицина, 1987.

4. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — 607 с.

5. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.

6. *Марута Н. А., Краско Т. И.* Обоснование использования методических приемов психосинтеза в процессе психокоррекции больных неврозами // Укр. вісник психоневрології.— 1996.— Т. 4, вип. 1 (8).— С. 50—52.

7. *Михайлов Б. В.* Концептуальные направления развития психотерапии и психопрофилактики в Украине // Укр. вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 2 (6).— С. 320—323.

8. *Подкорытов В. С.* Основные направления работы по медико-социальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервно-психическими заболеваниями // Укр. вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 2 (6). — С. 368—369.

PSYCHOTHERAPY OF BORDERLINE PSYCHIC DISORDERS IN ADOLESCENTS AT SCHOOL

A. E. Tabachnikov

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

System of psychotherapeutic measures for senior pupils, that join individual and group therapy, has been elaborated. It was proposed a three-stages scheme of psychotherapeutic process. Cognitive, emotional and behavioral mechanisms, working at each stage, and factors, that testify completion of mentioned stages has been analyzed.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Е. Л. Чуманская

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского
г. Симферополь

В последние десятилетия проблема роста пограничных психических заболеваний привлекает все больше внимания со стороны психиатров [1, 2, 3]. Особенно актуальными становятся вопросы диагностики и лечения невротических расстройств [2], а также дифференциальной диагностики внутри данной нозологической группы.

В клиническом описании психических расстройств приоритет принадлежит клинической феноменологии, которая в значительной мере складывается из описания поведения человека [4]. Описание поведения известно в общей психологии, так называемой психологии намерений, однако они не могут использованы для сравнительных исследований в связи с их антропоцентризмом. Принципиально другие возможности и перспективы содержит общая этология и этология человека, в рамках которой в последние годы обнаруживаются перспективы объективной фиксации типологии поведения человека [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение общих этологических паттернов в зависимости от формы невротического расстройства, а так же их динамика в групповой психотерапии.

Нами было обследовано 170 человек с различными невротическими расстройствами в возрасте от 24 до 43 лет. Первую группу составили 70 пациентов с неврастенией (F 48.0), из них 38 женщин и 32 мужчины.

Во вторую группу вошли больные с обсессивно-компульсивными (F42) и тревожно-фобическими (F40) расстройствами в количестве 50 человек — 30 мужчин и 20 женщин в возрасте от 25 до 42 лет. Преимущественно обсессивные мысли и умственная жвачка (F42.0) отмечались у 27 пациентов, у 10 человек был диагноз агорафобии (F40.0), у 5 человек отмечались социальные фобии (F40.1), в 3 случаях были диагностированы смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2), 5 человек имели диагноз специфические фобии (F40.0).

Третья группа состояла из 50 человек с соматоформными расстройствами (F45). Из них 36 женщин и 14 мужчин в возрасте от 27 до 40 лет. Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) была диагностирована в 32 случаях, у 15 пациентов был диагноз соматизированное расстройство (F45.0), другие соматоформные расстройства (F45.8) отмечались в 3 случаях.

Описательное фиксирование НП проводилось по глоссарию исследования НП человека [4]. Стандартная матрица для фиксирования НП представлена на таблице 1. Количество наблюдений в течение занятия определялось активностью пациента в терапевтическом процессе. Длительность каждого занятия составляла три академических часа с двумя перерывами по 15 минут. Группы комплектовались по 8—10 человек, участники группы различались по возрасту, полу и форме заболевания. Курс лечения в группе составлял 12—15 занятий. Интенсивность проведения — 2—4 занятия в неделю. При описании поведения исследователь сидел вне круга и фиксировал НП каждого из участников в течение 15 минут (на каждого пациента).

Таблица 1

Стандартная матрица для фиксирования невербального поведения человека

Ф. И. О., возраст, пол, диагноз			
N п/п	Мимика	Поза	Жест
1	Улыбка	Плечи развернуты, паховый угол >90 °	
2	Флаш		Манипулирование

Для проведения групповой психотерапии нами был применен метод телесно-ориентированной терапии [6] в сочетании с классическим методом клиентцентрированной терапии К. Роджерса [7].

Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

ции мимических, позных и жестовых движений в процессе ГП мы анализировали с помощью количественного параметра относительной подвижности (лабильности) элементарных единиц поведения.

Относительная подвижность (ОП) равна:

$$ОП = \frac{\text{Отношение числа движений данной категории}}{\text{Общее количество движений}} \times 100\%$$

В таблице 2 показана динамика относительной подвижности НП у больных неврастенией. В начале лечения ОП двигательных жестовых компонентов значительно превышала ($p<0,01$) относительную подвижность позных и мимических компонентов, соответственно в соотношениях 60 %, 15 % и 25 %. В процессе ГП относительная подвижность жестовых движений достоверно снизилась до 38 % ($p<0,01$), относительная подвижность позных двигательных компонентов возросла до 40 %, что является достоверным показателем ($p<0,01$). ОП мимических движений возросла до 32 %, что не является достоверным результатом ($p>0,05$) в сравнении с началом работы. Внутри данной группы после ГП достоверных различий по каналам коммуникаций не определяется ($p>0,05$).

Таблица 2

Сравнительные значения показателя относительной подвижности НП у больных неврастенией

Неврастения	Мимика %	Поза %	Жест %
До лечения	25	15	60
После лечения	32	40	38

Таблица 3

Сравнительные значения показателя относительной подвижности НП у больных с тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами

Тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства	Мимика %	Поза %	Жест %
До лечения	37	28	35
После лечения	32	33	35

Относительная подвижность мимических двигательных компонентов у больных с тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами (таблица 3) достоверно превышала ОП позных движений ($p<0,05$), достоверных различий между показателем ОП мимических и жестовых ($p>0,05$), а также позных и жестовых двигательных компонентов ($p>0,05$) не выявлено. Соотношение показателя ОП между мимическими, позными и жестовыми двигательными компонентами соответственно 37 %, 28 % и 35 %. После окончания ГП показатели внутри данной клинической группы достоверного показателя соответственно 32 %, 33 % и 35 %. По сравнению с началом лечения достоверных различий между показателями ОП не выявлено ($p>0,05$).

В таблице 4 отражена динамика НП больных с соматоформными расстройствами.

Таблица 4

Сравнительные значения показателя относительной подвижности НП у больных с соматоформными расстройствами

Соматоформные расстройства	Мимика %	Поза %	Жест %
До лечения	40	31	29
После лечения	37	38	25

ОП мимических движений достоверно превышала аналогичные показатели позных и жестовых движений ($p<0,01$), при соотношениях 40 %, 31 % и 29 % соответственно. Отсутствует достоверное различие в ОП позных и жестовых движений ($p>0,05$). После окончания лечения ОП мимических компонентов снизилась до 37 %. По сравнению с началом работы этот показатель достоверно не изменился ($p>0,05$). ОП позных движений повысилась до 38 %, а ОП жестовых движений снизилась до 25 %, достоверных различий по данным характеристикам сравнительно с началом ГП не обнаружено ($p>0,05$). Внутри данной клинической группы после окончания лечения выявлено превышение показателя ОП мимических движений над жестовыми ($p<0,01$), а также ОП позных компонентов над жестовыми ($p<0,01$).

Как показывают полученные результаты, наибольшая динамика показателя относительной подвижности НП характерна для больных первой группы (неврастения), что дает нам право сделать предположение о более глубоких и стойких поведенческих изменениях, нежели в двух других клинических группах. Об этом свидетельствует и значительная динамика ОП в канале позы, который является самым архаичным этологическим маркером. После лечения наилучший терапевтический эффект был отмечен в группе больных неврастенией. Возможно, динамика НП непосредственно связана с клинической симптоматикой и объективно отражает ее изменения.

Говоря о тревоге, как о ведущем невротическом механизме, мы предположили, что основным каналом ее реализации в НП у больных неврастение является жестовый, так как его лабильность пр восходит показатели мимических и позных дви жений. Соответственно, у пациентов с соматофо мными расстройствами таким каналом являет мимический.

Относительная равномерность распределен показателей ОП по каналам коммуникаций у па циентов с тревожно-фобическими и обсессивно-к пульсивными расстройствами предположител говорит о равномерной реализации тревоги во в компонентах НП. Отсутствие достоверной разн в показателях ОП НП до и после лечения мето ГП может быть еще одним подтверждением ф резистентности таких состояний к психотерапи

Как видно из таблицы 5, после лечения достоверно ($p<0,05$) различаются показатели относительной подвижности жестовых движений пациентов с тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами с показателем ОП жеста у пациентов с соматоформными расстройствами. По остальным каналам коммуникаций во всех клинических группах различий не обнаружено ($p>0,05$). Это свидетельствует о том, что в процессе ГП произошло унифицирование невербального языка у больных с различными невротическими расстройствами благодаря имитативным механизмам внутригруппового взаимодействия.

Таблица 5

Показатель относительной подвижности НП после лечения по каналам коммуникации

Мимика %			Поза %			Жест %		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
32	32	37	40	32	38	32	35	25

Условные обозначения:
1 — группа больных неврастенией
2 — группа больных с тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами
3 — группа больных с соматоформными расстройствами

Таким образом, можно говорить о том, что НП является тем самым объективным критерием оценки эффективности группового общения, который отражает степень развития межличностных отношений, эмпатии и взаимопонимания, необходимых для терапевтического воздействия при проведении ГП.

Литература:

1. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства.— М.: Медицина, 1993. — 357 с.

2. *Марута Н. А., Терепковский Д. И., Явдак И. А., Семикина Е. Е., Колядко С. П.* Резистентность невротических расстройств.— В кн.: Материалы международной конференции психиатров. — М., 1998. — С. 365—366.

3. *Волошин П. В., Воробьева Т. М., Сухоруков В. И.* Роль биологических и социально-психологических факторов в происхождении истерического невроза // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1990. — Вып. 5. — С. 74—77.

4. *Самохвалов В. П.* Эволюционная психиатрия. — Симферополь: ИМИС Движение ЛТД. — 1993.— 286 с.

5. *Самохвалов В. П., Коробов А. А.* Диагностика невербального поведения больных эндогенными психозами: Метод. реком.— Симферополь, 1989. — 25 с.

6. *Никитин В. Н.* Телесно-ориентированная и арт-терапия в работе с детьми и подростками. — Киев, 1997. — 160 с.

7. *Рудестам К.* Групповая психотерапия.— М.: Прогресс, 1995. — 367 с.

COMPARATIVE RESEARCH OF NONVERBAL BEHAVIOR OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS IN GROUP PSYCHOTHERAPY

E. L. Chumanskaya

Crimea State Medical University
Simferopol

170 patients suffering from neurotic disorders were examined. The dynamics of nonverbal behavior was investigated by the exponent of relative mobility at the patients with neurasthenia, anxious-phobic, obsessive-compulsive and somaticformed disorders in the process of group psychotherapy. The results of the investigation give the picture of anxiety realization through the communication canals in listed clinical groups. The most bright clinical and ethological dynamics is observed at neurasthenia patients. The least changes of lability of movement components was registered at patients with anxious phobic and obsessive-compulsive disorders.

ЭВОЛЮЦИЯ СИСТЕМНОЙ КОНЦЕПЦИИ СЕКСОЛОГИИ В XIX—XX СТОЛЕТИЯХ

В. В. Чугунов

Харьковская медицинская академия последипломного образования г. Харьков

Системный подход остается ведущей методологией клинико-диагностического и лечебно-реабилитационного процессов в сексологии [1—3].

Сама суть системного подхода позволяет говорить о возможности существования определенной иерархии уровней системности. Эволюция системной концепции сексологии происходит через ряд подходов, отличающихся тем или иным уровнем системности: антропологический, судебно-медицинский, энциклопедический, феноменологический, социально-гигиенический, социально-педагогический, концепция теоретических исследований в сексологии и четырехфакторная концепция сексологии [4].

Эволюция уровней системности в сексологии может быть представлена следующим образом [5].

Так, если для энциклопедизма медико-биологического направления в сексологии *системным объектом* является *феномен полового расстройства* и *средой — отдельная система организма*, то для системной концепции сексопатологии *типичной системой* является *организм*, а системная концепция сексологии обращена уже к системе *сексуального здоровья* во всем многообразии факторов его обеспечения.

Все подходы, или практики, в рамках которых эволюционировала системность, представляют собой *системные срезы* историко-сексологического исследования. Понятие *системного среза* в данном случае означает, что каждый из подходов к изучению сексуальных проявлений обладает определенным уровнем системности вследствие обращения как к медико-психологическим, так и социокультурным аспектам сексуальности человека.

Системность в медико-биологическом понимании выражается в признании многофакторности обеспечения сексуальной функции и проявляется в практиках медико-ориентированных — они проблематизируют патологическую сексуальность, солитарное сексуальное поведение и т. п.

Так, интегральная концепция сексопатологии представляет путь своего формирования как процесс интеграции заимствованных из смежных дисциплин (психиатрии, эндокринологии, невропатологии, уро (гинеко)логии) традиционных диагностических и лечебных приемов, и в качестве своего специфического метода использует структурный анализ половых расстройств, учитывающий особенности состояния гормонального обеспечения, элементарных нервных регуляций, психики и урогенитального аппарата не в их противопоставлении, а в интегральном взаимодействии [6, с. 5—7, 189].

Психолого-педагогическое понимание системности проявляется в практиках изучения сексуальности в плане задач полового воспитания, в т. ч. связанных с маргинальными практиками сексуальности — психоаналитическими теориями сексуальности и половой идентификации; обращенные к социализации сексуальности (половая педагогика и пр.), эти психолого-педагогические практики сексуальности своеобразно проблематизируют солитарную сексуальность, вводя уставы и нотации, распорядок дня, процедуру отхода ко сну и дисциплину чистоты.

Так, подход, обозначенный как социально-педагогический, приобретает элементы системности вследствие комплексности самих задач воспитания, требующих учета физиологических, психологических и средовых факторов. М. М. Рубинштейн в "задаче полового воспитания" отмечает следующие моменты: 1) Половой фактор, как корень и источник живых человеческих сил, должен быть выращен полным и сильным, чтобы он мог неослабно питать творчество и углубление жизни; 2) Как фактор естественный, рано просыпающийся и лишенный в себе непосредственного контроля и задерживающих моментов, кроме своего истощения и упадка, он должен быть, как и всякое естество, подчинен культуре; 3) На пути воспитания его должна быть тщательно учтена его разлитость, всеохват, и возможность одухотворенного культурного усложнения [7, с. 24].

Антропологический подход, исходя из осознания необходимости достижения "гармоничности человеческой природы", изучает причины ее "дисгармоничности", главным доказательством которой становится "дисгармоничность" сексуальности человека; для подтверждения этих положений приводятся клинико-физиологические, этнографо-демографические и антропо-социологические аргументации [8].

Системность в социокультурном понимании связана с практикой массовых исследований и привносится в подходы уже на уровне постановки проблемы вследствие необходимости операций с системными понятиями, а также при формировании инструментального аппарата исследования.

Социокультурные практики имеют множество очагов взаимодействий с этнокультурными студиями (культуральное и этническое своеобразие половой морали) и выполняют функции разотождествления любви и сексуальности, выясняя правила их различения и перспективы возможного слияния; умножают денотаты сексуальной культуры, выкладывая мозаику обыденной эротики, вращая калейдоскоп стилей сексуально-матримониального поведения и строя произвольные историко-культурные типологии ценностей, запретов и правил, а также способствуют созданию идеальных практик сексуальности, выявляя актуальные императивы, особенности половой морали, на этот раз — повседнев-

ные, проводят историцистские обоснования технологий реальных практик и пр.

Так, разработка инструментария массовых опросов — анкеты, независимо от профессиональной принадлежности исследователя, неизбежно связана с использованием системных категорий, вследствие чего системность привносится в подход, названный социально-гигиеническим, уже на уровне постановки проблемы. Так, взятая в качестве примера анкета И. Гельмана, проведенная в 1922 году, содержит блоки вопросов, посвященных среде, в которой прошло детство и юность, социопрофессиональным характеристикам, семейно-демографическому статусу, тщательной ретроспективе сексуальной жизни и ее мотивам, "влиянию революции на силу полового чувства", удовлетворенности браком, источникам информации о половой жизни и др., для женщин — дополнительно — проблемам контрацепции и состоянию детородной функции [9, с. 145—149].

Судебно-медицинские исследования сектантства несут элементы системности, связанные с их характером социально-правового заказа, обязательным анализом социальных и психологических причин бытования и распространения феномена, в данном случае — скопчества, вынужденным использованием судебно-медицинских исследований и психофизиологических наблюдений, изучением "обрядовой стороны" радений и т. д. [10].

Далее — монотонная системность энциклопедизма, обладающая обаянием толкующих о культуре, естественная и непринужденная — результат воспоминаний об эротическом искусстве и поучительная — под влиянием этнологизма с его поражающим воображение смешением реальных практик сексуальности.

Энциклопедизм умножает денотаты сексуальной культуры — за счет эволюционирующего от клетки к культуре полового диморфизма и сексуальной этнологии, а также участвует в производстве идеальных практик сексуальности (половая этика и т. д.).

Так, энциклопедический подход заслужил почетный эпитет в своих же недрах — о книге Отто Штоля *"Половая жизнь в психологии народов"* Август Форель говорит: обширное, хорошо и добросовестно составленное произведение, которое содержит богатую коллекцию сексуальных нравов, господствующих у всех ныне на земном шаре живущих народов, их историческое и доисторическое прошлое. Этот труд представляет собой энциклопедию и критическую этнологию половой жизни [11, с. 520].

Целостные изучения феноменов сексуальности, не совсем удачно названные в *"Отечественной сексологии"* [4, с. 252—253] феноменологическим подходом, обладают, подобно энциклопедизму, системностью собирателей и коллекционируют мельчайшие детали по предмету исследования, в настоящем случае — касающиеся инсации (онанизма): распространенность инсации, ее виды и способы, причины, последствия и лечение [12].

Наконец, собственно системный уровень, имеющий два среза: концепцию теоретических исследований сексуальности и четырехфакторную концепцию медицинской сексологии.

Системные практики довольно активны в повседневности, влияя прежде всего на социализацию сексуальности (биологистские концепции сексуального онтогенеза и их патодиагностически-ориентированные производные) и занимаясь проблематизацией солитарной сексуальности, в основном — нозологическим отнесением *masturbatio*, выявлением ее семиологического значения, построением клинической типологии мастурбаций, интенсификацией умножающего учета ее патологических форм; наконец, информируя о ее последствиях — теперь уже онанофобии и поведенческой дезадаптации; новейшие тенденции — утверждение представлений о патогенности сексуальных абстиненций. Системные практики способствуют также возрастанию числа денотатов сексуальной культуры, главным образом за счет интеграции данных энциклопедизма и заимствований — от социокультурных практик — понятий традиций и обрядов, преследуя при этом цели экспансии влияния на интерпретации культуры, а также расширения своего диагностического аппарата — путем обоснования применения *диагноза социального*.

Так, И. С. Кон, обосновывая свои представления о теоретической сексологии, сравнивает ее с равносторонним треугольником, одну сторону которого образуют биолого-медицинские, вторую — социокультурные и третью — психологические исследования, причем все они взаимосвязаны и не могут друг без друга достичь полноты своих возможностей [13, с. 29].

По-иному выглядит сформулированная В. В. Кришталем системная концепция медицинской сексологии: сексология базируется на медицинских, психологических, социологических знаниях и соответственно этому связана как с медицинскими дисциплинами (психиатрией, неврологией, урологией, гинекологией, эндокринологией и др.), так и с медицинской, социальной психологией и социологией [1, с. 276].

Литература:

1. *Кришталь В. В.* Четырехфакторная концепция сексологии // Чугунов В. В. Система сексологии: В 4 т. Т. 1: Отечественная сексология в XIX—XX веках (Историко-теоретическое исследование).— Харьков: Основа, 1995. — С. 275 — 281.

2. *Кришталь В. В , Гульман Б. Л.* Сексология. Том I. Нормальная сексология. — Харьков: ЧП "Академия сексологических исследований", 1997. — 352 с.

3. *Кришталь В. В., Гульман Б. Л.* Сексология. Том II. Клиническая сексология. Часть 1. Общая сексопатология. — Харьков: ЧП "Академия сексологических исследований", 1997. — 272 с.

4. *Чугунов В. В.* Система сексологии: В 4 т. Т. 1: Отечественная сексология в XIX—XX веках (Историко-теоретическое исследование).— Харьков: Основа, 1995.— 346 с.

5. *Чугунов В. В.* Повседневные и интерпретирующие (системные и маргинальные) практики экологии сексуальности (Методология, эволюция, моделирование).— Харьков: Академия сексологических исследований, 1998. — 290 с.

6. Сексопатология: Справочник / Васильченко Г. С., Агаркова Т. Е., Агарков С. Т. и др.; Под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.

7. *Рубинштейн М. М.* Задачи, пути и средства полового воспитания // Половой вопрос в школе и в жизни / Под ред. И. С. Симонова. — Л.: Изд-во Брокгауз — Ефрон, 1925. — С. 23 — 48.

8. *Мечников И. И.* Сорок лет искания рационального мировоззрения. — М.: Научное слово, 1913. — 292 с.

9. *Гельман И.* Половая жизнь современной молодежи: (Опыт социально-биологического обследования). — М.—Пг.: Госиздат, 1923. — 150 с.

10. *Штольц В. И.* Скопчество // Eulenburg A. "Реальная энциклопедия медицинских наук": Медико-хирургический словарь. Т. 18. С.-Пб.: Изд-е В. С. Эттингера, 1896. — С. 334 — 343.

11. *(Forel A.) Форель А.* Половой вопрос. Естественно-научное, психологическое, гигиеническое и социологическое исследование: Пер. с нем. В 2 т. — С.-Пб.: Сотрудник, б. г. — 528 с.

12. *Присман М. Г.* Инсация (онанизм) в освещении современной науки. — Берлин: Мед. изд-во "Врач", 1922. — 135 с.

13. *Кон И. С.* О теоретической сексологии (постановка проблемы) // Семья и личность (психолого-педагогические, социологические и медико-психологические проблемы): Тез. докл. Всесоюзн. конф. в г. Гродно 28 — 30 сен. 1981 г. — М., 1981. — С. 29 — 37.

EVOLUTION OF THE SYSTEM CONCEPT OF SEXOLOGY IN XIX — XX CENTURIES

V. V. Chugunov

Kharkiv Medical Academy of the Postgraduate Education

Kharkiv

The system approach remains the leading methodology of clinic and diagnostics, medical and rehabilitation processes in sexology; its essence permits to speak about existence of a certain hierarchy of system levels. In the article the evolution of system concept of sexology is viewed through a series of system approaches: the anthropological, forensic medicine, encyclopaedic, phenomenological, social-hygienic, social-pedagogical; the concept of theoretical research in sexology and the four-factor concept of sexology.

РЕЦЕНЗІЯ НА МОНОГРАФІЮ

"ХРОНІЧНИЙ ВПЛИВ МАЛИХ ДОЗ ОПРОМІНЕННЯ НА НЕРВОВУ СИСТЕМУ"

За редакцією академіка АМН Ю. П. Зозулі

УДК 616.831-007:614.876/477

Хронічний вплив малих доз опромінення на нервову систему / За редакцією академіка АМН Ю. П. Зозулі. — Київ, 1998. — 481 с.

Нова робота за редакцією академіка АМН Ю. П. Зозулі написана за участю великого колективу авторів і присвячена вивченню хронічного впливу малих доз опромінення на нервову систему, що безперечно є однією з найактуальніших проблем сучасної невропатології.

Монографія складається з передмови і двох великих розділів. В передмові академік Ю. П. Зозуля обґрунтовує значну актуальність і необхідність вивчення патогенезу ураження головного мозку при зовнішньому і внутрішньому опроміненні.

Перший розділ — "Експериментальні дослідження" — містить 12 підрозділів, в яких особливу увагу приділено ультраструктурним та морфофункціональним змінам у головному мозку при хронічній дії малих доз опромінення, спрямованості та характеру компенсаторно-відновних процесів, які виникають в організмі.

Перший підрозділ "Загальні положення радіобіології малих доз та низьких інтенсивностей опромінення" є своєрідним скелетом книги і заслуговує особливої уваги. В ній автор (В. А. Барабой) вказує, що тривала дія малих доз радіації призводить до поступового поглиблення зрушень структурної організації та функції мембран. При цьому відновно-репаративні процеси не мають оптимальних умов для свого розвитку і виявляються недостатніми, неповноцінними. Саме такою є патологічна основа ушкоджуючої дії малих доз іонізуючої радіації на головний мозок.

Дуже цікавим є експериментальне моделювання внутрішнього опромінення і дослідження його показників, що наводиться в однойменному підрозділі. При цьому вивчено вміст ^{137}Cs у внутрішніх органах, тканинах і структурах головного мозку білих щурів в хронічному експерименті і встановлено зміни його розподілу, накопичення та виведення.

В підрозділі "Зміни прооксидантного та антиоксидантного гомеостазу в мозку та крові ссавців при дії малих доз радіації" детально розглядається активація перекисного окислення ліпідів як біохімічний механізм реалізації низькоінтенсивного променевого ураження ЦНС. Важливий той факт, що ці зміни складають основу прояву усіх компенсаторних та надкомпенсаторних ПОЛ-залежних реакцій, які відбуваються насамперед на мембранних комплексах клітин та субклітинних фракціях мозку.

Підрозділ "Вплив малих доз іонізуючого опромінення на метаболічний гомеостаз" містить цікаві для науковців результати про поєднання змін вмісту загальних і безбілкових сульфгідрильних груп, зміни гідратного оточення макромолекул, про пригнічення реплікативного синтезу у ядерному матриксі мітохондрій та індукцію репаративного синтезу в тканині мозку під впливом малих доз радіації.

Привертає особливу увагу підрозділ "Зміни вмісту нейромедіаторів у структурах головного мозку при дії малих доз іонізуючого опромінення". Виявлено, що виражені зміни вмісту нейромедіаторів відбуваються в гіпоталамусі, гіпокампі, хвостатих ядрах, середньому мозку, корі. Чутливими до дії опромінення нейромедіаторними системами виявилися як катехоламінергічні, так і ГАМК-ергічні системи мозку.

В підрозділі "Вплив внутрішнього опромінення на вміст катехоламінів та меланосом у культурі нервової тканини середнього мозку щурів" вказується на значне збільшення вмісту катехоламінів і нейромеланінових гранул, що розглядається авторами як прояв адаптаційних процесів, спрямованих на підвищення радіорезистентності.

Викликають інтерес результати експериментальних досліджень, наведених в підрозділі "Вплив малих доз інкорпорованого цезію-137 на нейроендокринну систему". Показана значна чутливість ендокринної системи до малих доз ізотопу цезію при тривалому їх введенні, що дозволяє розглядати цю підвищену чутливість насамперед як наслідок порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції.

Авторами також досить ґрунтовно висвітлена роль нейроімунних процесів у патогенезі змін у головному мозку під дією малих доз іонізуючого опромінення. Результатами багатьох досліджень, наведених в цьому підрозділі, встановлено, що загальні імунні зрушення випереджають розвиток аутоімунних реакцій організму.

В наступному підрозділі під назвою "Вплив хронічного внутрішнього опромінення малими дозами цезію-137 на функціональний стан ЦНС лабораторних тварин та їх нащадків" встановлені важливі для клініцистів істотні зміни функціонального стану ЦНС, що проявляється змінами адаптивної поведінки, зниженням вироблення та збереження умовних гальмівних рефлексів та підвищенням рівня судомної готовності.

В підрозділі "Ультраструктурні та морфологічні зміни головного мозку при хронічному впливі малих доз радіації" показано, що при внутрішньому опроміненні спостерігалися дистрофічно-деструктивні зміни нейронів, які закономірно розвивалися як в корі головного мозку, так і в ядрах гіпоталамуса на фоні порушеного мікроциркуляторного кровообігу. При загальному зовнішньому опроміненні тварин було виділено 4 основні стадії дистрофічно-деструктивних і репаративних процесів у тканині головного мозку, що безперечно заслуговує уваги.

Підрозділ "Моделювання малих доз радіації на клітини нервової тканини експериментальних тварин в умовах культивування" містить дані ґрунтовних експериментальних досліджень, в ході яких встановлено, що гідропічні зміни тканини культури мозку виражені достатньо різко і в подальшому вони призводять до повної деструкції клітин. Важливим є той факт, що індуковані малими дозами радіації структурні зміни клітин нервової тканини на ранніх етапах є оборотними.

Дослідження променевих ушкоджень периферичної нервової системи, результати яких наведені у наступному підрозділі, показали, що реакція на опромінення характеризується як функціональними, так і морфологічними порушеннями різного ступеня важкості. Процеси репаративного гістогенезу порушуються насамперед внаслідок розладу взаємодії між проростаючими нервовими волокнами, шванівськими клітинами та сполучнотканинним оточенням.

Другий розділ — "Клінічні спостереження" — містить 6 підрозділів, в яких особлива увага приділяється особливостям перебігу, клінічним проявам, діагностиці та лікуванню хронічної радіаційної енцефалопатії у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС.

В підрозділі "Особливості перебігу хронічної радіаційної енцефалопатії у ліквідаторів через 9—10 років після аварії на ЧАЕС" розкривається багатофакторність патогенезу хронічної радіаційної енцефалопатії. Наведені дані свідчать про складність і взаємозв'язки порушень в усіх уражених системах організму.

Особливого значення на сучасному етапі набуває обґрунтування необхідності доповнення до переліку діагнозів радіаційної енцефалопатії, наведеного в підрозділі "Діагностика гострої і хронічної радіаційної енцефалопатії у ліквідаторів аварії на ЧАЕС".

В підрозділі "Психічні розлади при хронічній радіаційній енцефалопатії" визначаються емоційно-вольові порушення у поєднанні з інтелектуально-мнестичними розладами, що формують різні варіанти психоорганічного синдрому.

При вивченні стану вегетативної нервової системи за показниками викликаних симпатичних шкірних потенціалів у ліквідаторів аварії на ЧАЕС визначені ознаки ураження як надсегментарних центрів головного мозку, так і сегментарного вегетативного апарату, які наведені в наступному підрозділі.

В підрозділі "Характеристика адаптаційних механізмів у ліквідаторів аварії на ЧАЕС" привертає увагу визначення характеристик 4 рівнів адаптаційних можливостей ліквідаторів, описано їх особливості залежно від ступеня хронічної радіаційної енцефалопатії.

В підсумовуючому підрозділі "Сучасне уявлення про хронічний вплив малих доз радіонуклідів на центральну нервову систему", що викладений українською, російською і англійською мовами академіком Ю. П. Зозулею, критично оцінюються дані літератури і наводяться основні висновки власних досліджень.

З урахуванням широти викладених питань монографія представляє неабиякий інтерес для невропатологів, радіологів і лікарів суміжних спеціальностей. Книга добре ілюстрована і відзначається гарним поліграфічним виконанням.

Зав. кафедри нервових хвороб і психіатрії
Буковинської державної медичної академії,
доктор медичних наук *В. М. Пашковський*

ANNOUNCEMENT

DANUBE SYMPOSION OF PSYCHIATRY

Will be held 15—17 June, 2000
LINZ AUSTRIA

For further information on the "DANUBE SYMPOSIUM 2000" please contact Congress Secretariat.

Address: Donausymposion 2000.
Congress Secretariat,
C/o pro mente Upper Austria,
Ms.MALLY
Figulystrasse 32,
A - 4020 Linz/ Austria
Tel.: 0043/732/65 61 03
Fax: 0043/732/ 65 13 21
E-mail: donausymposion @ prometeooe.at

Member of the Danube Curratorium of Psychiatry
Prof. Dr. M. Sc. *Iryna VLOKH*

ОГОЛОШЕННЯ

ДУНАЙСЬКИЙ СИМПОЗІУМ ПО ПСИХІАТРІЇ

Відбудеться 15—17 червня, 2000
Лінц, Австрія

Що до питань "DANUBE SYMPOSIUM 2000" — звертатися в секретаріат конгресу.

Адреса: Donausymposion 2000.
Congress Secretariat,
C/o pro mente Upper Austria,
Ms.MALLY
Figulystrasse 32,
A - 4020 Linz/ Austria
Tel.: 0043/732/65 61 03
Fax: 0043/732/ 65 13 21
E-mail: donausymposion @ prometeooe.at

Член Дунайського Кураторіуму Психіатрів
Проф. *Ірина Влох*

ИНФОРМАЦИЯ О XI ВСЕМИРНОМ КОНГРЕССЕ ПО ПСИХИАТРИИ

П. В. Волошин, Н. А. Марута

Общество неврологов, психиатров и наркологов Украины
г. Харьков

6—11 августа 1999 года в г. Гамбурге (Германия) проходил XI Всемирный Конгресс по психиатрии.

В работе Конгресса приняли участие 8 500 специалистов из 117 стран.

Конгресс был организован Всемирной психиатрической ассоциацией в тесном сотрудничестве с общественными фондами, организациями и фармацевтическими фирмами. В подготовке и проведении конгресса активное участие принимал международный фонд Женевская инициатива в психиатрии. Конгресс проходил под девизом "Психиатрия на рубеже тысячелетий".

В работе Конгресса активное участие принимали делегаты с Украины: П. В. Волошин, А. П. Чуприков, А. К. Напреенко, Н. А. Марута, Б. В. Михайлов, С. Ф. Глузман, В. Пристайко, Л. Н. Юрьева, И. И. Влох, О. А. Панченко и другие.

Понимая невозможность отражения в данной информации всех вопросов и тем, рассматриваемых на Конгрессе, считаем необходимым остановиться на тех, которые, на наш взгляд, наиболее актуальны в Украине.

Проблемы реформирования психиатрической службы очень широко обсуждались на Конгрессе, ибо процессы реорганизации проходят во всех странах мира без исключения. Однако, разные страны находятся на разных этапах процесса реформ. При этом в начале проведения реформы, как правило, ставятся задачи разработки законодательной и нормативной базы, смещение акцентов при оказании помощи со стационарного звена на амбулаторное, интегрирование психиатрии с общесоматической службой, гуманизация службы в целом, сохранение и расширение прав психически больных, активное участие психологов и социальных работников в оказании помощи, реформирование системы подготовки кадров. Эти задачи стоят в настоящее время очень остро перед психиатрами Восточной Европы, стран бывшего СНГ, в том числе и Украины (*П. В. Волошин, С. Ф. Глузман*, Украина; *T. Tomov*, Болгария; *V. Sologenkin*, Киргизия).

В экономически благополучных странах, где реформа службы проводится уже длительно, психиатры сталкиваются с иными проблемами, в частности, поддержание и повышение имиджа врача-психиатра среди других участников лечебно-диагностического процесса; соотношение психофармакологических методов, психотерапии и семейной терапии в лечении психически больных (*H. Heinz*, Германия; R. Darrel, США; F. Kigori, Уганда; *H. Katschnig*, Австрия; *D. Sowa*, Канада).

Необходимо отметить, что с данными проблемами сталкиваются и психиатры Украины.

Тема *взаимосвязи психиатрии с особенностями национальной ментальности* освещалась с позиций роли национальных особенностей в формировании и развитии психопатологии. При этом подчеркивалось, что модернизация и реформирование психиатрической помощи должны проводиться с учетом национальных и религиозных традиций данного региона (*A. Okasha*, Egypt; *J. Wolfgang G*, Canada; *H. Whithford*, USA; *R. Alonso Aquino* et al., Brazil).

Реформирование психиатрической службы в различных регионах Украины (Западном, Восточном, Южном) должно проводиться с учетом специфических особенностей исторического развития, жизненного уклада, вероисповедания .

Участие социума в оказании психиатрической помощи. Основными проблемами в данном контексте являются отношения пациента и общества, пациента и психиатра, психиатра и общества. От адекватности функционирования этой трехосевой системы зависит эффективность оказания помощи. Решающее значение в перестройке этих отношений принадлежит как психиатрам, так и организациям родственников больных, различным общественным (негосударственным) структурам (*M. Knapp*, Великобритания; *N. Schintuku*, Япония; *Haluk A. Savas* et al., Турция).

В Украине в условиях социально-экономических перемен острота этой проблемы определяется разрушением прошлых, социалистических общественных институтов с одной стороны и невозможностью "слепого" копирования западных моделей — с другой. В этой ситуации перспективным представляется активация социальной позиции пациентов и их родственников с созданием последними общественных организаций, представляющих интересы больных в различных инстанциях и помогающих обществу повернуться лицом к психически больным и психиатрии.

Данная проблема на Конгрессе рассматривалась и с позиции злоупотребления психиатрией в политических целях.

Представители Украины приняли самое активное участие в организации и проведении симпозиума "Психиатрия и злоупотребления ею при нацистском и коммунистических режимах". В докладе С. Глузмана и В. Пристайко показано как оккупационные власти Германии во время ВОВ уничтожали на Украине психически больных.

Профессиональная подготовка и переподготовка психиатров должна проводиться с учетом внедрения в условиях реформы психиатрической помощи мультидисциплинарной бригадной работы, повышающей уровень знаний и умений психиатров, сочетающейся со знаниями и умениями других профессионалов, занятых в сфере психического здоровья. Такая подготовка и переподготовка должна быть ориентирована на формирование вариантов помощи альтернативных госпитальной изоляции, например, центров дневной помощи, программ психосоциальной реабилитации, жилья под защитой и т. д. (*H. Walton*, Великобритания; *R. Beck*, Германия; *M. Munarrix* et al., Испания).

Описанная система подготовки начинает функционировать в Украине. В Киево-Могилянской ака-

демии готовятся кадры социальных работников. Определены ведущие учреждения по обучению и последипломному образованию психологов. Вместе с тем, успешность реализации данного процесса зависит от четкости обозначения статуса социальных работников и функций медицинских психологов в лечебно-диагностическом процессе. Эти задачи в Украине предстоит еще решать.

Диагностика и классификация психических расстройств в современных условиях должна проводиться с учетом критериев, отражающих динамику патологического процесса, его социально-психологические и биологические механизмы формирования. Отмечалось, что *существующие диагностические критерии должны быть дополнены категориями благосостояния и качества жизни.* Подчеркивалось, что специфические культуральные различия требуют дополнительных усилий по адаптации существующих классификаций, в частности МКБ-10 (*Lopez-Ibor, Ir. Juan J*, Испания; *Merrich Juan E.*, США; *Berganza Carlos E.*, Гватемала; *Mirthy R., Srinivasa*, Индия).

В этой связи следует отметить, что использование и адаптация современных и будущих классификаций в Украине неразрывно связана с соотнесением диагностических критериев с этическими нормами и требованиями, особенно в разделах эндогенной патологии.

Возрастной аспект психических расстройств. По проблемам детской и подростковой психиатрии было отмечено, что применение закона и этики в практике детской и подростковой психиатрии имеет свои сложности. Дети относятся к категории несовершеннолетних, поэтому для принятия основных решений, относящихся к области здоровья, необходимо участие их родителей. В связи с этим необходимо, с одной стороны, установить соответствующие правовые рамки, охраняющие права детей, а с другой — регулярно пересматривать правовые и этические нормы с учетом изменений, происшедших в обществе, а также достижений биологии и медицины (*Remschmidt Helmut*, Германия; *D. Holman*, Великобритания; *Yu. Bomba*, Польша; *Stanghellini Giovanni*, Италия).

Проблема психического здоровья детей в Украине набирает остроту звучания в связи с тем, что именно этот показатель в наибольшей степени влияет на психическое здоровье нации в целом. Участие экологических факторов в развитии психических расстройств у детей обуславливает необходимость проведения широкомасштабных лечебно-диагностических мероприятий.

В контексте проблемы гериатрической психиатрии подчеркивалась необходимость семейной терапии в сочетании с другими видами тренингов и психофармакотерапией (*Heike Dech* et al., Германия; *Jerzy Leszek* et al., Польша; *Roberto Gomez Fernander*, Аргентина).

Следует подчеркнуть, что проблемы гериатрической психиатрии более остро стоят для Западных стран, что обусловлено резким удлинением жизни и последующим за этим постарением населения.

Методология в психиатрии. При рассмотрении данной проблемы обращалось внимание на необходимость использования в психиатрии последних достижений нейронаук: молекулярной генетики, психонейроэндокринологии, нейрохимии и психонейрофармакологии (*Mendlewicr Julien Sonery Daniel*, Бельгия; *Abou-Saleh Monhammed T.*, Великобритания). Анализ терапевтической методологии в психиатрии обсуждался с позиций адекватного сочетания в каждом конкретном случае достижений психофармакологии и психотерапии (*Swinson Richard P.*, Канада; *Maj Mario*, Италия; *Kanio Tochiko, Kamo, Koji*, Япония).

Большое значение на Конгрессе уделялось проблемам *экологической психиатрии.* В связи с этим впервые в программу Конгресса по предложению нашей страны включен симпозиум "Психопатологические аспекты аварии на ЧАЭС", подготовленный психиатрами Украины. Симпозиум состоялся 9.08.99 года в главном корпусе Гамбургского университета — старейшего учебного заведения Германии. Работу симпозиума возглавил профессор П. В. Волошин. На симпозиуме были представлены следующие доклады:

1. *П. В. Волошин, Н. А. Марута* "Психопатологическая структура пограничных расстройств у ликвидаторов аварии на ЧАЭС".
2. *А. П. Чуприков, А. А. Ревенок* "Психические расстройства у лиц перенесших острые лучевые поражения".
3. *Б. В. Михайлов* "Принципы психотерапии у ликвидаторов аварии на ЧАЭС".
4. *Л. Н. Юрьева* "Техногенные катастрофы и жизненный путь личности".
5. *Г. Г. Шуренок* "Новые направления в терапии больных, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС".

Центральным событием Конгресса явились внеочередная и последовавшая за ней очередная Генеральная Ассамблея Всемирной психиатрической ассоциации (WPA), проходившая 8 августа 1999 года. В ассамблее принимали участие руководители 112 обществ-членов WPA из 90 стран мира. Украину на Ассамблее представляли проф. *П. В. Волошин* (Украинское общество неврологов, психиатров и наркологов Украины), д-р. *С. Ф. Глузман* (Ассоциация психиатров Украины).

Повестка дня Ассамблеи включала 18 пунктов, рассмотрение которых проходило в течение 15 часов.

Необходимо отметить, что в WPA на Ассамблее были приняты новые члены — психиатрические общества Армении, Азербайджана, Киргизстана, Кубы, Ирака, Боливии и Боснии.

Подали заявки на вступление в WPA и находятся в статусе *ad-hoc* Чеченская ассоциация психиатров и наркологов, психиатрическая ассоциация Санкт-Петербурга и другие.

Президентом WPA в течение следующих трех лет будет проф. *Х. Лопес-Ибор* (Испания), вице-президентом — проф. *А. Okasha* (Египет), генеральным секретарем — проф. *Х. Меззич* (США).

В связи с положением WPA о ротации Зональных представителей проф. *И. И. Кутько* (Украина, Харьков), выполнявший эти обязанности в прошлые годы, передал свои полномочия проф. *В. Н. Краснову* (Россия, Москва).

XI Всемирный Конгресс в Гамбурге является важным шагом в отношении интеграции Украины в мировую психиатрию.

Очередной XII Всемирный Конгресс состоится в 2002 году в г. Иокогама (Япония).