

Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

• Том 8, випуск 1 (23), 2000

• Volume 8, issue 1 (23), 2000

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., Козявкін В. І.,
Марута Н. О. (відповідальний секретар),
Мерцалов В. С., Михайлов Б. В.,
Мінко О. І., Міщенко Т. С.,
Напрєєнко О. К., Підкоритов В. С.,
Руденко А. Ю., Сухоруков В. І.,
Табачніков С. І., Тайцлін В. Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Абрамов В. А., Битенський В. С.,
Вієвський А. М., Влох І. Й.,
Волошина Н. П., Гіттік Л. С.,
Головач К. М., Голубков О. З.,
Грицай Н. М., Деркач Ю. К.,
Євтушенко С. К., Кришталь В. В.,
Кузнєцов В. М., Кутько І. І.,
Маньковський М. Б., Мартинюк В. Ю.,
Мачерет Є. Л., Миртовська В. М.,
Назаренко В. Г., Павлов В. О.,
Реміняк В. І., Скочій П. Г.,
Сосін І. К., Чуприков А. П.,
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 № 5 від 23.03.2000 р.)

Підписано до друку 24.03.2000. Формат 60x84/8. Друк офсетний. Ум.-друк. арк. 9,3. Обл.-вид арк. 9,5. Тир. 1000 прим. Зам. №
Надруковано з оригінал-макета, виготовленого
РВФ «Арсис, ЛТД», у друкарні видавництва «Харків»,
310037, м. Харків, пр. Московський, 247.

Том 8, випуск 1 (23)
Харків, 2000

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.

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

В. Ф. Москаленко, О. К. Напрєєнко, В. В. Домбровська (Київ)
СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ 4

П. В. Волошин, О. Є. Кутіков (Харків)
ВПЛИВ НА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ НАЦІОНАЛЬНИХ ТА РЕЛІГІЙНИХ ТРАДИЦІЙ БУТТЯ НАРОДІВ УКРАЇНИ 7

ЛІТЕРАТУРНІ ОГЛЯДИ

І. І. Старченко (Полтава)
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СПОСОБИ КОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ НЕРВОВИХ СТВОЛІВ 10

ПСИХІЧНІ ТА НАРКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ПІДЛІТКІВ

А. Ф. Артемчук (Харків)
ПАРОКСИЗМАЛЬНІ СТАНИ В КЛІНІЦІ ПІДЛІТКОВО-ЮНАЦЬКОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ: ГЕНЕТИЧНІ, ФЕНОТИПІЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ 13

В. С. Бітенський, Т. М. Чернова (Одеса)
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДІТЕЙ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ В ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ..... 17

А. М. Кожина (Харків)
ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ПІДЛІТКОВОЇ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ 19

В. М. Козідубова (Харків)
КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМУ ПСИХОЗІ У ПІДЛІТКІВ 22

В. М. Шпаченко (Харків)
ДОСЛІДЖЕННЯ ФРУСТРАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У СТАРШОКЛАСНИКІВ ЯК ЧАСТИНА ПРОГРАМИ ПЕРВИННОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ 24

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

А. І. Долганов (Харків)
ПЕРЕДХВОРОБНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ (прогноз формування, перебігу та клініки) 27

Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк (Харків)
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ 29

С. М. Мороз (Дніпропетровськ)
ОСНОВНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В СЕРЕДНЬОМУ ВІЦІ 31

В. В. Ніколаєв (Харків)
ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ТА МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН ПОДРУЖЖЯ ПРИ ПСИХОПАТІЇ У ЖІНОК 33

В. В. Огоренко (Дніпропетровськ)
КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЯКІ ПЕРЕБІГАЮТЬ НА ФОНІ ОРГАНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ 35

В. С. Рожков (Одеса)
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПОДРУЖЖЯ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У ЧОЛОВІКІВ 37

НОВІ ЗАСОБИ ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ НЕРВОВИХ, ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

В. С. Генес, О. І. Лобойко, В. І. Тайцлін (Харків)
ВПЛИВ МІКРОВОЛНОВОЇ РЕЗОНАНСНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЗАКРИТИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ, СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ЇХ КОМБІНАЦІЄЮ .. 40

CONTENTS

PROBLEM ARTICLES

V. F. Moskalenko, A. K. Napryeyenko, V. V. Dombrovska (Kyiv)
THE STATE AND PROSPECTS OF THE REFORMS OF MENTAL HEALTH CARE IN THE UKRAINE 4

P. V. Voloshyn, O. Ye. Kutikov (Kharkiv)
INFLUENCE OF ETHNIC AND RELIGIOUS TRADITIONS OF NATIONS OF UKRAINE ON REGIONAL FEATURES OF ALCOHOLIC DEPENDENCE SPREAD 7

LITERATURE REVIEWS

L. L. Starchenko (Poltava)
MODERNCONCEPTIONS ABOUT METHODS OF POST-TRAUMATIC REGENERATION CORRECTION OF NERVE TUBES 10

MENTAL AND NARCOLOGIC DISORDERS AMONG ADOLESCENTS

A. Ph. Artemchuk (Kharkiv)
PAROXYSMAL STATES IN THE CLINIC OF ADOLESCENT AND YOUTH ALCOHOLIC DEPENDENCE: GENOTYPIC, PHENOTYPIC, AND THERAPEUTIC ASPECTS 13

V. S. Bitenskiy, T. M. Chernova (Odessa)
THE FEATURES OF THE MENTAL DESADAPTATION AT CHILDREN HOSPITALISED IN SOMATIC HOSPITAL 17

V. M. Kozidubova (Kharkiv)
CLINICAL FEATURE OF DEPRESSIVE DISORDERS AT CIRCULAR PSYCHOSIS BESIDE ADOLESCENTS 19

A. M. Kozhina (Kharkiv)
PRINCIPLES OF RENDERING OF THE PSYCHIATRIC HELP IN CONDITIONS OF THE ADOLESCENTS PENITENTIARY SYSTEM 22

V. M. Shpatchenko (Kharkiv)
THE ADOLESCENTS FRUSTRATION REACTIONS INVESTIGATION AS A PART OF THE ALCOHOLIC DEPENDENCE PRIMERY PREVENTION PROGRAM 24

ACTUAL POINTS OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS RESEARCHING

A. I. Dolganov (Kharkiv)
PRE-DISEASE MENTAL DISORDERS (forecast of shaping, currents and clinics) 27

B. V. Mikhailov, O. I. Serdyuk (Kharkiv)
SOME PEQULIARITIES OF THE DIFFERENTIAL PSYCHOTHERAPY ON SOMATIC PATIENTS 29

S. M. Moroz (Dniepropetrovsk)
CHIEF PSYCHOLOGICAL SIGNS IN PATIENTS AT MIDDLE AGE WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS 31

V. V. Nikolaev (Kharkiv)
PECULIARITIES OF PERSONALITY AND INTERPERSONAL RELATIONS OF SPOUSES AT PSYCHOPATHY IN WOMEN 33

V. V. Ogorenko (Dniepropetrovsk)
CT-SCAN PECULIARITIES OF NEUROTIC PATIENTS WITH ORGANIC PATHOLOGY 35

V. S. Rozhkov (Odessa)
CLINICAL-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PRIMARY SEXUAL DESADAPTATION OF SPOUSES AT NEUROTIC DISORDERS IN HUSBAND 37

NEW TRENDS OF TREATMENT AND PROPHYLACTICS OF NERVOUS, MENTAL AND NARCOLOGICAL DISEASES

V. S. Genes, O. I. Lobojko, V. I. Tajtslin (Kharkiv)
THE INFLUENCE OF MICROWAVE RESONANCE THERAPY ON THE VEGETATIVE REGULATION IN PATIENTS WITH REMOTE AFTEREFFECTS OF CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURIES, CARDIOVASCULAR PATHOLOGY AND THEIR COMBINATIONS 40

В. С. Гічун (Харків)
ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК МВС УКРАЇНИ ПО ФОРМУВАННЮ У НИХ АНТИСУЇЦІДАЛЬНИХ МОТИВІВ 42

В. О. Коршняк (Харків)
ЦИТО-БІОФІЗИЧНИЙ ПОКАЗНИК БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ ТА ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ ДО І ПІСЛЯ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОАНАЛГЕЗІЇ 44

В. С. Мерцалов, В. Г. Черненков, Н. П. Волошина, В. В. Задорожний, А. В. Шатілло (Харків)
КЛІНІЧНІ ТА НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЕМБРІОНАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ ТКАНИНИ ХВОРИМ НА ЕПІЛЕПСІЮ 47

А. Н. Скрипніков (Полтава)
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПОДРУЖЖЯ ПРИ ПСИХОПАТІЇ У ЧОЛОВІКА 49

І. В. Циба (Донецьк)
ВИКОРИСТАННЯ ГІПОХЛОРІТУ НАТРІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТІНЕНТНОГО СИНДРОМУ 51

Ю. Ф. Чуєв (Харків)
МЕТОДИ ІНТЕНСИВНОЇ ЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В КЛІНІЧНІЙ НАРКОЛОГІЇ 54

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НЕРВОВИХ, ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Л. П. Бедненко (Харків)
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ НЕЙРОСОНОГРАФІЇ У ДІТЕЙ З ПРЕ- ТА ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ 57

В. І. Дарій (Запоріжжя)
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ВТОРИННОГО СТВОЛОВОГО СИНДРОМУ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ПОЛУШАРНОМУ МОЗКОВОМУ ІНСУЛЬТІ 58

І. В. Лінський (Харків)
МЕТОД ОЦІНКИ ПРЕДИСПОЗИЦІЇ ДО ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН 60

П. А. Павлюк (Харків)
ПРО МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ 64

В. І. Реміняк, І. В. Реміняк (Харків)
КРИТЕРІЇ ПЕРЕБОРЮВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗІВ 66

В. В. Цыганенко (Харків)
СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ І НАСЛЕДСТВЕННО-КОНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ЧИННИКИ У ПІДЛІТКІВ 68

НОВИНИ ФАРМАЦІЇ

В. А. Мангубі (Харків)
ВПЛИВ РІСПОЛЕПТУ НА СУЇЦІДАЛЬНУ ПОВЕДІНКУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ 71

С. В. Тітієвський, А. С. Сницаренко, С. І. Табачніков, Б. В. Переверзєв, А. В. Кравчук (Донецьк)
ЗАСТОСУВАННЯ ОРФІРІЛА ТА ВЕГЕТОТРОПНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ З ЕМОЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ 74

В. О. Шаповалова, В. С. Михайлов, В. В. Шаповалов, І. І. Кутько, Ю. В. Васина, Н. М. Ситченко (Харків)
АСПЕКТИ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІТЧИЗНЯНОГО НЕЙРОЛЕПТИКА «ГАЛОПРІЛ» 76

V. S. Gitchun (Kharkiv)
SPECIFICS OF THE PROPHYLACTIC BUILDING OF ANTISUICIDAL MOTIVES AMONG PERSONS IN MILITARY SERVICE IN INNER TROOPS OF UKRAINE 42

V. O. Korshnyak (Kharkiv)
CYTO-BIOPHYSICAL INDEX OF THE BIOLOGICAL AGE AND A PHYSIOLOGICAL ORGANISM STATE IN PATIENTS WITH THE VEGETATIVE DYSTONIA SYNDROME BEFORE AND AFTER TRANCSCRANIAL ELECTROANALGESIA 44

V. S.Mertzalov, V. G. Chernenkov, N. P. Voloshina, V. V. Zadorojnij, A. V. Shatillo (Kharkiv)
CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL EFFECTS OF FETAL NERVOUS TISSUE TRANSPLANTATION TO EPILEPTIC PATIENTS 47

A. M. Skrypnikov (Poltava)
PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SEXUAL DESADAPTATION OF MARITAL COUPLE AT PSYCHOPATHY IN HUSBAND 49

I. V. Tsyba (Donetsk)
USING OF NATRIUMHYPOCHLORIDUM IN ALCOHOL ABSTINENT SYNDROME COMPLEX TREATMENT 51

Y. F. Chuev (Kharkiv)
METHODS OF INTENSIVE LASER THERAPY IN CLINICAL NARCOLOGY 54

PATHOGENIC MECHANISMS OF NERVOUS, MENTAL AND NARCOLOGICAL DISORDERS

L. P. Bednenko (Kharkiv)
DYNAMICS OF CHARACTERS OF NEUROSONOGRAPHY IN CHILDREN WITH PRE- AND PERINATAL PATHOLOGY OF THE NERVOUS SYSTEM 57

V. I. Dariy (Zaporizhzhya)
PATHOGENESIS FEATURES OF SECONDARY BRAINSTEM SYNDROME IN PATIENTS WITH COMPLICATED HEMISPHERAL STROKE 58

I. V. Linsky (Kharkiv)
THE METHOD OF ESTIMATION OF PREDISPOSITION TO MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS OWING TO THE USE OF PSYCHOTROPIC SUBSTANCES 60

P. A. Pavlyuk
ON FORMING MECHANISMS OF NEUROTIC DISORDERS AND PSYCHOSOMATIC DISEASE 64

V. I. Reminyak, I. V. Reminyak (Kharkiv)
CRITERIA OF OVERCOMING OE THERAPEUTIC RESISTANCE OF ENDOGENIC PSYCHOSES 66

V. V. Tsyganenko (Kharkiv)
VEGETATIVE DYSTONIA SYNDROME AND HEREDITARY-CONSTITUTIONAL FACTORS IN ADOLESCENTS 68

PHARMACY NEWS

V. A. Mangubi (Kharkiv)
INFLUENCE OF RISPOLEPTY ON SUICIDAL BEHAVIOUR AT THE PATIENTS WITH SHIZOPRENIA 71

S. V. Titievsky, A. S. Snitsarenko, S. I. Tabachnikov, Y. V. Pereverzev, A. V. Kravchuk (Donetsk)
THE USE OF ORFIRIL AND VEGETOTROPIC DRUG THERAPY IN EPILEPSY WITH EMOTIONAL DISORDERS 74

V. A. Shapovalova, V. S. Mykhailov, V. V. Shapovalov, I. I. Kutko, U. V. Vasina, N. M. Sytchenko (Kharkiv)
ASPECTS OF MEDICO-PHARMACEUTICAL INTRODUCTION IN CLINICAL PRACTICE OF PUBLIC HEALTH SERVICES OF DOMESTIC NEUROLEPTIC HALOPRIL 76

СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

В. Ф. Москаленко[1], О. К. Напрєєнко[2], В. В. Домбровська[3]

І. Епідеміологічна ситуація

За даними статистичних досліджень на кінець 1998 року число психічно хворих у диспансерній та консультативній групах в Україні складало 1.206.109 осіб. Поширеність психічних хвороб — 240,0 на 10.000 населення. При порівнянні цих показників з 1994 роком слід констатувати їхнє зростання (відповідно: 1.160.812 та 223,6 на 10.000 населення). При цьому поширеність психотичних розладів змінилась не суттєво (відповідно: 68,8 та 67,4 на 10.000 населення), в той час як непсихотичних розладів — більш помітно (відповідно: 117,4 та 107,7 на 10.000 населення). Природно, що й показник захворюваності на психічні розлади теж змінився не на краще. По Україні в цілому він становив 31,05 на 10.000 міського населення і 24.40 на 10.000 сільського населення. Причому подібні негативні зрушення набули стабільного і навіть зростаючого характеру, оскільки, наприклад, в 1991 році поширеність психічних захворювань була ще меншою — 96.1 на 10.000.

Теж саме стосується динаміки основних груп психічних захворювань серед дітей. З розрахунку на 10.000 дитячого населення цей показник зріс з 225,1 у 1994 році до 243,9 у 1998. Загальна кількість психічно хворих дітей в Україні на кінець 1998 р. — 235.223. Вказане зростання в першу чергу знову ж стосується непсихотичних психічних розладів (відповідно: 171,0 та 185,3 на 10.000 дитячого населення). При цьому розповсюдженість розумової відсталості в цілому практично не змінилась (15,4 на 10.000 у 1994 році та 15,5 на 10.000 у 1998), хоча рівень дебільності зріс більш помітно (з 34,9 до 39,7 на 10.000 дитячого населення). Не може задовольнити й динаміка показників, пов'язаних з інвалідністю серед психічно хворих, оскільки в 1994 році інвалідів по психічному захворюванню було 44,42 на 10.000 населення, а в 1998 році їх стало 47,4. Абсолютна кількість таких осіб в Україні на кінець 1998 року — 238.166. При цьому первинно визнаних інвалідами — 13.470. Треба звернути увагу на те, що показник первинного виходу на інвалідність серед цього контингенту на 10.000 працездатного населення з 1992 року до 1995 рік зріс майже удвоє (з 4,5 до 8,0), а у 1998 році він становив 2,7, тобто за останнє чотиріччя знизився майже у три рази. Але, все рівно, інвалідізація по психічному захворюванню займає одне з найважливіших місць у загальній структурі інвалідності. Серед психічно хворих відсоток інвалідів дорівнює 19,7.

На протязі 1998 року було госпіталізовано 246.419 психічно хворих, що трохи менше ніж у 1995 році, в якому стаціонарна допомога була надана 264.415 хворим. Відтак знизився і показник госпіталізації на 10.000 населення (відповідно: 51,37 і 49,04). Однак подібні позитивні зміни не слід вважати суттєвими.

Доцільно відмітити, що наведені цифрові дані традиційно базуються виключно на узагальненні звітів з областей, м. Києва та Севастополя, які не можуть відповідати сучасним вимогам, оскільки існуюча система збору і обробки цієї інформації потребує серйозного вдосконалення.

ІІ. Структура і кадри

У психіатричних закладах України в цілому на вказаний період було 4325,3 посад лікарів-психіатрів, що становить 0,9 посади на 10.000 населення. Процент укомплектованості цих посад фізичними особами рівняв 91,5.

За даними на 1998 рік в Україні існує 87 психіатричних і психоневрологічних лікарень та 36 психоневрологічних диспансерів. Відповідно у 1995 році їх було 89 та 35. У цих закладах розгорнуто 49.469 лікарняних ліжок. Крім того існує 435 ліжок у психосоматичних відділеннях соматичних лікарень. Триває тенденція до суттєвого скорочення ліжкового фонду. Так, за 1993—95 роки їх скорочено на 4.000, а з 1995 по 1998 рік — ще приблизно на стільки ж. Тільки за останні роки їхня кількість зменшилась з 12,4 до 9,8 на 10.000 населення. З цього приводу слід висловити думку про доцільність скорочення ліжок у великих психлікарнях (що, наприклад, зроблено У Київській психоневрологічній лікарні № 1, де ліжковий фонд зменшився з 2.500 до 1.500). В той же час не завжди виправданим є зменшення ліжкомісць у денних стаціонарах, особливо у ПНД. Однак, з 1995 по 1998 рік кількість таких ліжок по Україні все ж таки скоротилось на 833 (відповідно: 6.031 і 5.198).

У таких умовах слід вважати необхідним підвищення ролі амбулаторної психіатричної допомоги, наближення її до населення, виведення її значної частини поза стіни спеціалізованих психіатричних закладів і інтеграцію з медичними установами загальносоматичного профілю. Про це вже неодноразово йшла мова. Однак суттєвих зрушень в цьому напрямку поки нема. Проблемним залишається й питання стосовно кваліфікованої психологічної допомоги психічно хворим. Цей фах не введений у номенклатуру медичних спеціальностей. Не створено умов для первинної підготовки і підвищення кваліфікації медичних психологів, їхньої атестації. Якщо нормативи ВООЗ передбачають 1 психолога на 40 психіатричних ліжок, то у нас їх явно недостає. Та ж або ще гірша ситуація з соціальними працівниками, які вкрай необхідні для ефективної реабілітації та соціальної адаптації психічно хворих.

Кадровим питанням з боку Міністерства охорони здоров'я відповідних та міських управлінь приділяється значна увага. Так в 1998 МОЗ України розроблено нові штатні нормативи, які передбачають цілий ряд позитивних змін щодо умов роботи психіатричної служби.

---

[1] — міністр охорони здоров'я України

[2] — головний психіатр МОЗ України, зав. кафедри психіатрії Національного медичного університету

[3] — головний спеціаліст МОЗ України

Лікувально-трудових майстерень в 1994 році було 93 з наявністю 46.550 місць, у 1998 р. їх залишилось 73, а кількість місць стала 7.380. Слід зазначити, що ті ЛТМ, які залишились, працюють із значними недовантаженнями через відсутність доступної сировини та інші об'єктивні негаразди.

III. Шляхи реформування психіатричної допомоги

В 1995 році було продекларовано, а на апаратній нараді МОЗ 1.11.99 (проводив зам. міністра А. П. Картиш) доповнено Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я, головними напрямками якої є:

1. Зміна ідеології охорони психічного здоров'я

В цьому напрямку було зроблено немало:

- в Україні практично зникли прояви політичних зловживань в психіатрії;
- спеціалісти, що надають психіатричну допомогу, окрім біологічної спрямованості стали більше приділяти уваги особистісно-орієнтованій з використанням психоаналітичного, біхевіорального та інших гуманітарних підходів;
- в 1998 році служба перейшла на форму звітності за МКХ-10, що створило умови для подальшої її інтеграції у світову психіатричну спільноту;
- двері психіатричних закладів стали «відчинені» для численних представників вітчизняних та іноземних державних та громадських організацій;
- завдяки більшій «відкритості» психіатрії, широкому висвітленню її проблем у засобах масової інформації, залученню до вирішення цих проблем громадських організацій (родичів хворих та інших), фондів, церкви, позитивно змінюється відношення суспільства до психічно хворих, на краще міняється їхній соціальний статус. Задля досягнення цієї мети у психлікарнях проводяться дні відкритих дверей, щорічно 9 жовтня широко відмічається міжнародне свято «День психічного здоров'я», 1 березня — «Міжнародний день боротьби з наркоманією» тощо.

2. Правове забезпечення охорони психічного здоров'я

22.02.2000 року Верховною Радою прийнято Закон України «Про психіатричну допомогу». Вперше за всю історію існування Української психіатрії з'явився основний державний документ, який регламентує здійснення психіатричної допомоги в межах правових норм цивілізованих країн.

Процес створення Закону про психіатричну допомогу висвітлив головні концептуальні протиріччя сьогоднішнього дня.

Так, правова концепція попередніх відповідних положень, що була чинна в СРСР, захищала в основному психічно здорових осіб від експансії психіатрії і менше уваги приділяла психічно хворим, їхнім родичам та медичним працівникам.

Закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод особистості, встановлює обов'язки державних органів щодо захисту прав і законних інтересів тих, що страждають на психічні розлади, сприяє створенню належних умов для надання їм психіатричної допомоги та їхнього якісного рівня життя в суспільстві, а також визначає права та обов'язки осіб, які надають психіатричну допомогу.

В Законі чітко визначені такі поняття, як «свідома згода особи на надання їй психіатричної допомоги»; «невідкладна психіатрична допомога»; «психіатрична допомога в примусовому порядку»; «обов'язковий за рішенням суду психіатричний нагляд лікарем-психіатром» і т. п.

У ньому відображені гарантії та обов'язки з боку держави і державних органів як у відношенні до пацієнтів, так і до медичних працівників, а також передана частина функцій, що не властива психіатрії до відповідних правоохоронних органів.

Зокрема, в ряді випадків дії психіатрів узгоджуються рішеннями суду і контролюються ним. Новим законодавством забезпечуються права пацієнтів на усвідомлену (інформовану) згоду при наданні їм психіатричної допомоги, чи відмові від неї, при одержані медичної інформації (в тому числі ознайомлення з медичною документацією).

Згідно Закону держава гарантує, що психіатрична лікувально-профілактична допомога буде надаватися відповідно до встановлених стандартів діагностики і лікування. Крім цього гарантується: здійснення усіх видів медичної експертизи психічного стану особи; вирішення питань опіки та лікування щодо осіб з психічними розладами; соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними і забезпечення юридичною допомогою безпосередньо в психіатричних закладах; навчання неповнолітніх та інвалідів, які страждають на психічні розлади; професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації фахівців та інших працівників, які надають психіатричну допомогу; контроль за додержанням вимог законодавства про психіатричну допомогу, за діяльністю психіатричних закладів незалежно від форм власності та за діяльністю фахівців, які надають психіатричну допомогу.

Найбільш принциповою відмінністю Закону в порівнянні з тією нормативною базою, яка діяла до теперішнього часу, а саме Наказом МОЗ СРСР від 21 березня 1988 року № 225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» є «Презумпція психічного здоров'я (розділ І, ст. 3 Закону). Закон спрямований на покращення суспільного положення цього контингенту хворих та їхніх сімей (розділ І, ст. ст. 6,9).

Врахована правова захищеність інтересів психічно хворих, їхніх родичів і законних представників (розділ І, ст. 8, розділ ІІІ, ст.ст. 27, 28).

Ця захищеність забезпечена державним і громадським контролем (розділ ІІІ, ст. 30) та наглядом з боку компетентних органів (розділ ІІІ, ст. 31.).

Вищезазначені нові для України принципи, вказують на відповідність Закону України «Про психіатричну допомогу» загальній спрямованості розвитку нашої держави в сторону її подальшої демократизації, в тому числі шляхом законодавчого закріплення прав людини стосовно усіх верств населення.

Прийняття Закону «Про психіатричну допомогу» змінює ідеологію розвитку психіатричної служби України у відповідності до Європейських стандартів, на засадах яких буде можливо розвинути загальнодержавну концепцію реформування психіатричної допомоги населенню, розробити та реалізувати відповідні місцеві програми з урахуванням регіональних особливостей.

За останній час розроблено ряд інших директивних документів:

- Прийнято Закон України про ратифікацію Конвенції про передачу осіб, які страждають психічними розладами, для примусового лікування.
- Розроблено положення про лікарські комісії з обстеження хворих, що перебувають на примусовому лікуванні в психіатричних лікарнях.
- Положення про лікаря-психіатра приймальника-розподільника для осіб, які займаються бродяжництвом та Посадова інструкція лікаря-психіатра приймальника-розподільника.
- Зауваження та пропозиції до проекту Кримінального Кодексу України.
- Пропозиції та зауваження щодо проекту Концепції запобігання девіантній поведінці неповнолітніх.
- Стандарти обов'язкового обстеження та лікування у психіатричній лікарні.
- Проекти інструкцій та положень:

а) про порядок первинного психіатричного огляду громадян;
б) про невідкладну госпіталізацію психічно хворих;
в) про проведення судово-психіатричної експертизи в Україні;
г) про взаємодію з органами внутрішніх справ для попередження суспільно небезпечних дій з боку психічно хворих;
д) про відділення судово-психіатричної експертизи для осіб, що утримаються під вартою;
е) про лікарські комісії по обстеженню хворих, що перебувають на примусовому лікуванні в психіатричних лікарнях.

3. Реорганізація психіатричної служби

Помітні досягнення в розробці цього напрямку концепції має ряд міст України. Наприклад, у Києві пропонують йти шляхом вирішення таких вузлових проблем, як:

- забезпечення доступності психіатричної допомоги більшості населення, в тому числі за допомогою відповідно підготовлених дільничних терапевтів, створення психосоматичних відділень у поліклініках і загальносоматичних лікарнях, відпрацювання спільних дій лікарів соматичного профілю та психіатрів;
- розвиток системи соціальної допомоги психічно хворих;
- розробка та реалізація системи заходів щодо запобігання самогубств;
- залучення родичів хворих та громадських організацій до вирішення проблем охорони психічного здоров'я;
- створення відповідної інформаційної системи.

Згідно концепції передбачається створення муніципальних та недержавних стаціонарних психіатричних і наркологічних закладів — для психохроніків, дітей-інвалідів, геріатричних хворих, наркоманів тощо.

На сьогодні вже існують деякі недержавні центри реабілітації наркоманів (Хмельницька обл., Львівська обл., м. Київ) та інші заклади, досвід роботи яких треба вивчати.

4. Моніторинг психічного здоров'я населення та входження у світовий науково-інформаційний простір

З метою реалізації цього напрямку концепції ведеться підготовча робота:

1) в Українському НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії (м. Харків) по створенню Центру організації психіатричної допомоги;
2) в Українському НДІ соціальної та судової психіатрії (м. Київ) по створенню Центру інформаційно-аналітичних проблем психіатрії.

Розгляд та адекватне вирішення цього достатньо складного питання сприятиме виникненню відповідної галузевої комп'ютерної мережі як частини державної медичної інформаційної системи, проведенню широкомасштабних епідеміологічних досліджень, прогнозуванню динаміки показників діяльності психіатричної та суміжних служб, визначення лікувально-профілактичної та реабілітаційної стратегії і тактики.

5. Наукові дослідження

Представлена динаміка поширеності та розповсюдженості психічних захворювань в Україні загалом відповідає світовим тенденціям. Однак відомі чинники соціально-економічної, а в ряді регіонів і екологічної ситуації в нашій державі певним чином відбиваються на особливостях проявів психічних захворювань, оптимальних підходах до їхньої профілактики, лікування і реабілітації психічно хворих.

Так, наприклад, в усьому світі визнана пріоритетною для українських психіатрів-науковців розробка таких нових напрямків, як «екологічна психіатрія», психіатрія катастроф та інші. Проведені відповідні ґрунтовні дослідження, опубліковані монографії [1, 2 та інші], навчальні посібники [3], проведені представницькі міжнародні форуми. Тільки з жовтня 1997 року по цей час у провідних наукових і науково-педагогічних центрах держави підготовлено та затверджено ВАК України більше як 10 докторських і 40 кандидатських дисертацій із спеціальностей «психіатрія» та «наркологія». Результати цих досліджень впроваджені в практику. Перелік серйозних досягнень вітчизняних вчених, які працюють в системі Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук, можна продовжити. Натомість більш важливо тут зупинитись на невирішених проблемах у цьому напрямку роботи, в тому числі тих, що зазначені у вказаній вище Концепції розвитку охорони психічного здоров'я.

Водночас з науковою розробкою традиційних для вітчизняної теоретичної психіатрії проблем, що стосуються психотичних і непсихотичних розладів на найближчі роки затверджено такі пріоритетні напрямки досліджень:

- подальша адаптація МКХ-10 до сучасних умов України;
- вивчення чинників, що призводять до розладів психічного здоров'я дітей і підлітків, розробка шляхів їхнього подолання.
- вдосконалення теорії та практики психогігієни та психотерапії, в тому числі аналітичної, поведінкової та інших;
- вивчення психосоматичних та соматопсихічних розладів;

- розробка питань судово-психіатричної, медико-соціальної та військової експертиз;
- розробка методів запобігання та позбавлення залежної поведінки (наркоманічна та алкогольна залежність та інші).

6. Освіта

В останні роки спостерігається значний потяг молодих спеціалістів-медиків, психологів, педагогів та інших до спеціалізації та підвищення кваліфікації в галузі психіатрії. До цього призводить підвищення рейтингу цієї спеціальності в умовах демократизації суспільства та гуманізації медицини. На сьогодні багато зроблено задля успішного розвитку цієї тенденції:

- відбулася більш чи менш вдала спроба підготовки медичних сестер, що працюватимуть у психіатрії. Цей досвід треба осмислити та розвинути;
- підготовлено до друку перший в історії України фундаментальний підручник державною мовою, в написанні якого прийняли участь провідні українські науковці-психіатри та суміжні спеціалісти;
- проатестовано більшість лікарів-психіатрів;
- проводиться атестація психіатричних закладів;
- розширена мережа післядипломної підготовки (за рахунок збільшення кількості виїзних циклів, що суттєво зберігає державні кошти);
- значну допомогу в цьому надають зарубіжні колеги, що приїздять в Україну із циклами лекцій, семінарів-тренінгів тощо;

На фоні цих досягнень залишається цілий ряд проблем у додипломній та післядипломній медичній освіті. Це підготовка та вдосконалення спеціалістів в галузі:

- судової психіатрії;
- медико-соціальної експертизи;
- сучасних психотерапевтичних технологій;
- медичної психології;
- медичної соціології.

Література

1. Напрєєнко А. К., Логановский К. Н. Экологическая психиатрия.— Киев: Полиграфкнига, 1997.— 95 с.
2. Нягу А. И., Логановский К. Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений.— Киев, 1998.— 350 с.
3. Напрєєнко О. К. Психічні розлади в надзвичайних ситуаціях // Дубицький А. Ю., Семенов І. О., Чепкій Л. П. Медицина катастроф.— Київ: Курс, 1993.— С. 323—332.

THE STATE AND PROSPECTS OF THE REFORMS OF MENTAL HEALTH CARE IN THE UKRAINE

V. F. Moskalenko, A. K. Napryeyenko, V. V. Dombrovska
Ministry of Public Health the Ukraine, National Medical University
Kyiv

The statistical analysis of health care reports shows that morbidity and abundance of mental (in particular, non-psychotic) disorders in both urban and rural population (in particular, in children) have increased over the past 5 years. The rate of hospital admissions of patients with mental disorders tends to decrease. A substantial decrease in the number of beds in hospitals is noticed. The authors point at the inexpediency of the cutback of bed-days in psychoneurological health centers. They emphasize that mental health care should be extended beyond the framework of specialized medical centers. Mental health care should be more integrated into the general somatic health care and the role of the outpatient services should enhance. A concept of the development of mental health care in the Ukraine is presented. This concept includes a turn of the philosophy of mental health care, the development of its legal basis, restructuring of mental health services, monitoring the mental health of the population and incorporating the worldwide scientific and informational network as well as priority researches and optimization of the education in the field of psychiatry, medical psychology and medical sociology.

ВПЛИВ НА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ НАЦІОНАЛЬНИХ ТА РЕЛІГІЙНИХ ТРАДИЦІЙ БУТТЯ НАРОДІВ УКРАЇНИ

П. В. Волошин, О. Є. Кутіков
Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії м. Харків

Ми живемо у добу зростання інтересу до етнічності, пошуків свого коріння, культурних традицій свого народу. До людей, що зараз живуть переважно в урбанізованому міському середовищі з узагальненою культурою приходить розуміння великого значення та цінності етнічної самобутності кожного народу. Цей процес властивий не лише для країн колишнього Радянського Союзу, а також і для інших країн Європи, у яких виникають численні товариства та клуби з дослідження своєї культурної спадщини, відроджуються національні види ремесел та мистецтва, традиції народного вбрання та харчування. Культура кожного народу є досить складним і своєрідно розвиненим комплексом, який протягом свого існування виробив притаманний лише цьому народові світогляд, суспільні погляди та регулюючі установки стосовно різних явищ, що оточують людину. Звичайно, тут є місце і для питань вживання алкогольних напоїв, які традиційно виготовляються і споживаються майже у кожного етносу.

Українське суспільство є мультикультуральним, його складають представники багатьох етносів. На жаль, алкогольна залежність зараз стає дуже поширеним явищем. Тому цікаво було б дослідити, які етнодемографічні чинники впливають на показники алкогольної захворюваності у різних регіонах

країни, і чи можуть традиції хоча б до певної міри запобігти подальшому поширенню алкогольної залежності у суспільстві.

Сучасний склад населення України є результатом складних та тривалих історичних процесів формування та міграції етносів на її території. У всіх областях України (крім Республіки Крим) українці складають більшість населення, але відсоток їх коливається у досить широких межах: від 50,7 % у Донецькій області до 96,8 % у Тернопільській. Абсолютну більшість українці складають у західних, північних та центральних областях: Івано-Франківська —95,0 %, Рівненська — 93,0 %, Волинська — 94,6 %, Тернопільська — 96,0 %, Хмельницька — 90,4 %, Вінницька — 91,5 %, Чернігівська — 91,5 %, Черкаська — 90,5 %, Київська — 89,4 %, Львівська — 87,9 %, Полтавська — 87,9 %. У південних та східних областях частка українського населення дещо нижча: Дніпропетровська — 71,6 %, Запорізька — 63,1 %, Херсонська — 75,7 %, Миколаївська — 78,9 %, Харківська — 62,8 %. Вирізняється у складі цього регіону Сумська область — 85,3 % українців. Найнижчий відсоток українців на Донбасі (Донецька область — 50,7 %, Луганська — 51,9 %) та в Одеській області — 54,6 %. У Криму українці взагалі не складають більшості — 25,8 %.

Найчисленнішим з інших народів, які населяють Україну, є росіяни. Найбільш значний відсоток їх мешкає у Донбасі (Донецька — 43,6 %, Луганська — 44,8 %) та у Криму — 67,0 %. Велика кількість росіян у Харківській області — 33,2 %, Запорізькій — 32,0 %, Одеській — 27,4 %, Дніпропетровській — 24,2 %, Херсонській — 20,2 %. В інших областях України росіян небагато. Також слід мати на увазі, що історично російське населення неоднорідне. Так, у західних, центральних та північних областях, а також у Харківській та Сумській, більшість росіян — нащадки старовірівських та інших груп, що переселилися в Україну до XIX століття. Більшість російського населення півдня України та Донбасу — нащадки і мігранти нещодавніх часів (XX ст., особливо після Другої світової війни), а з цього випливають деякі розбіжності у побутовій культурі цих груп російського населення.

З інших народів України варто виділити євреїв, що майже рівномірно розселені по крупних містах. Молдавани та румуни становлять помітний відсоток населення Чернівецької — 19,7 % та Одеської областей, а вплив їхньої культури на населення цього регіону досить значний. Різко відрізняється за етнічним складом з поміж західних областей Закарпатська, де 12,5 % складають угорці, також завдають впливу на культуру українського населення області (78,4 %). Болгари переважно мешкають в Одеській (6,3 %), а також Запорізькій областях, де є цілі болгарські села. В Донецькій області зафіксована значна кількість греків, особливо на півдні, у районі Маріуполя. Особливе положення на етнічній мапі України займає Крим. На його території історично склалася різноманітність етносів і культур (кримські татари, греки, вірмени, караїми, росіяни, українці і т. ін.), яка була значною мірою порушена депортацією багатьох народів у 40-х рр. XX століття. Зараз представники депортованих народів повертаються до Криму (тому відсоток кримських татар у Республіці Крим постійно зростає), але етнічна структура Криму дуже відрізняється від первісної внаслідок демографічних змін, що відбувалися у другій половині XX століття.

Обговорюючи проблеми вживання алкоголю, необхідно зауважити, що у різних народів, навіть близько споріднених (як, наприклад, українці і росіяни), історично склалися різні традиції виготовлення та споживання алкогольних напоїв. Ці традиції пов'язані, чи можуть бути обумовленими природним оточенням, в якому складався та існує народ, історичними обставинами його розвитку, релігійними канонами, і т. ін.

Характерною рисою побутової культури українців, наприклад, було досить широке вживання алкогольних напоїв і, відповідно, розвиток культури їхнього виробництва. При цьому перевага надавалася таким різновидам напоїв, як наливки (сливова, вишнева, тернова і таке інше), настоянки на травах, а також горілка. Виготовлялися також пиво, квас, мед, але в значно меншій кількості.

На відміну від українців, росіяни традиційно широко вживали такі алкогольні напої, як медовуха, брага та ін., вироблені переважно на медовій основі з прянощами, або на основі солоду, зерна і таке інше.

Народи Південно-східної Європи та Кавказу, з яких, як зазначено вище, найбільш численними для України є молдавани та румуни, болгари, греки та вірмени, мають свої давні традиції виготовлення та споживання алкогольних напоїв. Основним видом алкоголю у цих народів традиційно вважається виноградне вино. Його виробляли багато і починали потроху споживати з дуже раннього (дитячого) віку. До речі, як неодноразово зазначено дослідниками, у традиційних громадах цих народів майже немає хворих на алкогольна залежність та, порівняно з загальноєвропейським, значно нижчий рівень захворювань серцево-судинної системи.

Серед поляків, чехів, словаків, що мешкають у деяких районах Північної та Західної України, розповсюджено виготовлення та споживання пива як основного алкогольного напою.

Усі вищезгадані народи є християнами різних конфесій: православні (українці, росіяни, болгари, греки, румуни, молдавани), греко-католики (частка українців), римсько-католики (поляки, чехи, словаки, угорці), монофізити (вірмени). Християнство не схвалює зловживань алкоголем, але не забороняє його взагалі. Це стосується також іудаїзму, що сповідують євреї, дисперсно розселені по всій Україні. Але в Україні існує і осередок ісламу — Крим, традиційно заселений кримськими татарами. Як відомо, іслам суворо забороняє виготовлення та вживання будь-яких алкогольних напоїв. Щоправда, цієї заборони впродовж історії мусульманських країн не всі і не завжди дотримувалися, тож можна казати про певні традиції споживання алкоголю і серед мусульманських народів.

Таким чином, кожний з етносів, що населяють Україну, має свої, відмінні від інших, традиції виготовлення і споживання алкогольних напоїв, а також і традиції регулювання їхнього використання, які робили алкогольну залежність у традиційному суспільстві нечастим явищем.

Якщо порівняти статистичні дані МОЗ України про захворюваність на алкогольну залежність та алкогольні психози у різних регіонах України, то вражають їх територіальне розмаїття та нерівномірність розповсюдженості. Чим же це можна пояснити?

Культура вживання алкоголю українцями віддзеркалилась у показниках розповсюдженості алкогольної залежності в Західних регіонах України, де переважна більшість населення — українці. Це — Закарпатська обл. (розповсюдженість — 8,05 на 10 тис. населення), Івано-Франківська (8,64), Львівська (7,26), Чернівецька (7,38), Тернопільська (10,45), Волинська (10,8), Вінницька (11,2) при середньому по Україні показнику — 14,0, а також значно нижчому, ніж в інших регіонах країни показнику виникнення алкогольних психозів: Івано-Франківська — 0,91; Тернопільська — 0,92; Львівська — 0,82; Волинська — 1,2; Чернівецька — 1,36 при середньому по Україні показнику 2,16.

Однак, пов'язувати розповсюдженість і особливості вживання алкогольних напоїв тільки з етнічним складом населення та його культурально-побутовими традиціями було б неправильним, бо, крім цих чинників великий вплив на це мають і процеси урбанізації, і соціально-економічні, і екологічні, і надто виражені в останні роки міграційні процеси, і ін. Так, у східних областях країни, де вищий відсоток міського російського населення, сформованого переважно за рахунок нещодавніх міграцій, і де значною мірою втрачена традиційна культура як українців, так і росіян, показники розповсюдженості алкогольної залежності майже удвічі вищі: Дніпропетровська — 19,39 (переважно за рахунок району Кривого Рогу); Донецька — 14,74; Запорізька — 18,56; Луганська — 13,30; Автономна республіка Крим — 12,76. Відповідно і показники виникнення алкогольних психозів також вищі: Донецька — 3,42; Запорізька — 2,44; Луганська — 3,12; Автономна республіка Крим — 3,56. Проте, наприклад, у Чернігівській (91,5 %), Черкаській (90,5 %), Полтавській (87,9 %) областях переважну більшість населення складають українці, але показники як розповсюдженості алкогольної залежності, так і алкогольних психозів досить високі, відповідно: 16,97 і 1,95; 15,91 і 2,48; 16,23 і 2,57 на 10 тис. населення.

Високі ці показники і в таких областях, як більш аграрна Сумська (відповідно 20,09 і 1,16) і більш промислова Харківська область (14,55 і 2,63). Миколаївська (16,43 і 1,84) і Одеська (19,73 і 1,05) області та Автономна республіка Крим (12,76 і 3,56) з морськими портами, внаслідок чого тут спостерігаються і строкатість етносів, і різноманітність міжнародних соціально-економічних контактів і впливів, і своєрідна сучасна «маскультура», що накладає свій відбиток на культуру споживання алкогольних напоїв.

Тобто, на розповсюдженість алкогольної залежності впливає цілий комплекс чинників — соціально-економічні особливості історичного розвитку народів, його направленість у різних регіонах, національні побут, культура та традиції етносів, у тому числі і релігійні, вплив національних укладу та традицій найближчих країн-сусідів, з якими межують ті чи інші регіони України.

Однак, треба звернути увагу на те, що протягом останніх часів (особливо починаючи з 30-х — 40-х років) традиційний побут та національна культура народів колишнього СРСР, у тому числі і України, зазнала величезних змін. Відбулася руйнація традиційної громади, що була середовищем існування та зберігання національних особливостей кожного народу. Порушення основ національного існування, бурхлива урбанізація призвели до нівелювання культур різних народів, особливо у містах, де виробляється узагальнена «культура міста», часто-густо взагалі позбавлена будь-якого національного забарвлення. Тому, говорячи про сучасні показники захворювань на алкогольну залежність у різних регіонах, вищеописані національні та релігійні традиції народів, які населяють ці регіони, неможна вважати єдиним чинником, що визначає ступінь поширеності алкогольної залежності. Однак збереження традицій стримує процес алкоголізації населення, позитивно впливає на стан здоров'я народу. Так, при сучасній соціально-економічній ситуації в Україні, у регіонах, де триває існування усталених культурних і національних традицій, де відбулася менша руйнація національного складу населення, який є продуктом багатовікових історично-демографічних процесів, де більше відчувається вплив розвинутої культури країн-сусідів, поширеність алкогольної залежності значно нижча. Тобто той факт, що у більшості народів культурно-релігійні, національно-побутові традиції є суттєвим фактором протидії розповсюдження алкогольної залежності, не може бути заперечений. Тому, надаючи сьогодні значної питомої ваги соціально-економічним, екологічним і іншим несприятливим умовам та демографічним зрушенням сучасності як провідним чинникам поширеності алкогольної залежності, культуру, національні і релігійні традиції буття народів, що складають сучасне населення України, не можна залишати осторонь і не використовувати їх як один з важливих факторів запобігання руйнуванню здоров'я людей, розповсюдженню цієї недуги, і тим самим сприяти збереженню ментальності народу України в усій його етнічній та релігійній різноманітності.

Література

1. Етнографія України. — Львів: Світ, 1994. — 520 с.

2. *Заставний Ф. Д.* Географія України. — Львів: Світ, 1994. — 472 с.

3. *Клиновецька З.* Страви та напої на Україні. — Київ: Час, 1991. — 218 с.

4. Народы России. Большая Российская энциклопедия. — Москва, 1996. — 480 с.

5. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 1996 рік, част. 2. — Київ: Трелакс ЛТД, 1997. — С. 671.

INFLUENCE OF ETHNIC AND RELIGIOUS TRADITIONS OF NATIONS OF UKRAINE ON REGIONAL FEATURES OF ALCOHOLIC DEPENDENCE SPREAD

P. V. Voloshyn, O. Ye. Kutikov

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry

This paper is devoted a social and demographic factors influenced upon regional parameters of alcoholic dependence and alcoholic psychoses in Ukraine. Interrelations between these parameters and historic and urbanization factors, religious, and ethnic traditions of different nations lived in Ukraine are analyzed. A role of ethnic traditions for prevention of alcoholic dependence and alcoholic psychoses is discussed.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СПОСОБАХ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ

И. И. Старченко

Украинская медицинская стоматологическая академия
г. Полтава

Важное место проблемы повреждения нервов в клинической медицине определяется стойкой и длительной утратой трудоспособности травмированными лицами, высоким процентом инвалидизации. Между тем, с ускорением научно-технического прогресса частота и тяжесть повреждения нервов конечностей неуклонно возрастает, в связи с чем в ряде работ последних лет большое внимание уделяется поиску средств, в той или иной мере способных ускорить процесс регенерации нервных стволов. В этих работах прослеживается три основных направления коррекции посттравматической регенерации: во-первых — это совершенствование хирургических методов лечения, во-вторых — поиск новых фармакологических средств, стимулирующих регенерацию спинномозговых нервов и, наконец, применения различного рода физических факторов. Разумеется, в большинстве случаев имеет место разработка комбинированных методов, включающих сочетание перечисленных выше направлений, так как по современным представлением лечение травм нервов должно быть комплексным [3].

Среди хирургических методов большое внимание уделяется разработке и совершенствованию способов наложения эпиневрального шва, замещения дефекта, вызванного травмой, различного вида трансплантатами. Е. И. Чумасов [19], исследуя динамику функционального восстановления седалищного нерва белых крыс после его соединения эпиневральным супрамидным швом, пришёл к выводу, что существенное ускорение процесса регенерации возможно лишь в относительно короткий промежуток времени. Однако, проведенные аналогичные эксперименты на кроликах [1] имели абсолютно противоположные результаты, а именно: регенерация седалищного нерва после эпиневрального шва замедлялась по сравнению с контрольной группой.

Одним из перспективных направлений явилась разработка методов создания искусственных направляющих путей для регенерирующих аксонов. Однако, использование для этой цели формалинизированных кусочков нервов, декальцинированной кости, мышц, проводников из металла, резины и других материалов [27] не принесло ожидаемых результатов и в настоящее время имеет лишь историческое значение. Так, при перечисленных выше методиках авторы наблюдали абберантный рост молодых аксонов, воспалительную и фиброзную реакцию, образование невром. Более обнадёживающие результаты были получены при использовании для регенерации нервных стволов искусственных направляющих футляров из биологически инертных материалов: миллипоровых фильтров, силиконовых и ко-полимерных плёнок [22, 25], а также естественных «мезотелиальных футляров» [23]. Е. И. Чумасовым и соавторами [18] в эксперименте была разработана оригинальная методика замещения обширного (8—10 мм) дефекта седалищного нерва белых крыс аортальным трансплантатом, без микрохирургического шва. По мнению авторов, данная методика обладает рядом преимуществ перед аналогами. А. К. Коломийцев [7], изучая результаты восстановления периферического нерва после аллотрансплантации его резецированного участка консервированным при низкой температуре трансплантатом, наблюдал более успешную регенерацию по сравнению с контрольными особями, связанную, по его мнению, в первую очередь, с хорошей реваскуляризацией трансплантата. В дальнейшем Ю. Б. Чайковский [15], наряду с аутонейропластикой применив комбинированное фармакологическое воздействие (введение эпсилон-аминокапроновой кислоты, токоферола ацетата и гепарина), отметил значительное ускорение роста молодых аксонов. Полученный результат автор объясняет более успешной реваскуляризацией соединительнотканного рубца, образованием более равномерной по степени дифференцировки соединительной ткани, в результате чего улучшается трофика молодых волокон. К. Я. Оглезнёв и В. А. Халиков [10] в эксперименте добивались хороших результатов, используя аллостатический трансплантат, предварительно обработав его ультразвуком и ионизирующим излучением, разрушив тем самым миелин и удалив продукты его распада из нейролеммальных трубок.

В литературе имеются также данные об имплантации ткани мозга 17-суточных эмбрионов белых крыс в регенерирующий седалищный нерв с целью создания новых релейных и трофических центров для восстановления функции повреждённых проводящих путей [12]. Отмечено, что эмбриональные закладки головного мозга не только сохраняют свою жизнеспособность, но и продолжают своё развитие и дифференцировку, однако конкретных данных об изменении скорости роста регенерирующих волокон авторами в данной работе не приводится.

Несомненный интерес представляют находящиеся на стадиях разработки и внедрения в клиническую практику методики лазерного микросшивания периферических нервов после их травматического повреждения. В эксперименте установлено, что лазерное излучение достигает «водонепроницаемого» слоя эпиневрия в месте шва и, предотвращая вымывание нейротрофических факторов, улучшает местное окружение. Кроме того, отмечается предотвращение реориентации новообразованных волокон

и малое разрастание фиброзной ткани в месте сшивания, а также отсутствие реакции на инородное шовное тело внутри нерва [11].

Среди фармакологических средств, влияющих на скорость посттравматической регенерации спинномозговых нервов, заслуживает внимания изучение влияния фактора роста нервов (ФРН). В эксперименте показано, что ФРН заметно ускоряют процесс восстановления нерва после его травмы [5]. Наряду с этим отмечено, что при обработке проксимального конца травмированного нерва проназой [13] наблюдается увеличение диаметра новообразованных осевых цилиндров в 1,5—2 раза по сравнению с контролем. По мнению авторов, данный феномен объясняется более быстрой очисткой места травмы от продуктов распада миелина.

Весьма перспективным направлением является поиск веществ — синхронизаторов регенерации нервов, обеспечивающих взаимодействие регенерирующих аксонов, бюнгерговских лент и нервных центров. По мнению С. В. Бородая [2], этим веществом может быть ацетилхолинэстераза. В эксперименте на собаках и кроликах изучено влияние комплекса противовоспалительных веществ (кверцитин, бутадион, аспирин, поливинилпирролидон, Д-гликозамин, липин, эпсилон-аминокапроновая кислота и токоферола ацетат) на посттравматическую регенерацию седалищных нервов. Отмечено, что сочетание перечисленных медикаментов способствует благоприятным нейродермальным и нейроваскальным отношениям, что улучшает морфофункциональные результаты регенерации нервных волокон [16]. Имеются также сведения о стимулирующем влиянии РНК на регенерацию нервных волокон, что наиболее ярко выражено в ранние сроки после травмы [17].

Изучая посттравматическую регенерацию седалищного нерва кролика при гормонотерапии, Р. З. Зайцев [6], после внутривенного введения гидрокортизона в дозе 1,5 г на 1 кг массы животного один раз в сутки в течение 10 дней после сшивания перерезанного нерва, наблюдал формирование менее плотного соединительнотканного рубца и более активный рост молодых аксонов, по сравнению с контрольными особями. Любопытно, что применение гидрокортизона в той же суточной дозе в течение 30 дней ухудшало общее состояние животных, задерживало заживление послеоперационной раны, тормозило процесс новообразования осевых цилиндров. По мнению Mc. Qarie K. G. [24], повреждённые аксоны регенерируют вдвое быстрее при введении животным трийодтиронина. В. С. Лобзин [9], для подавления развития соединительной ткани в месте травмы нервного ствола, рекомендует внутримышечные инъекции пирогенала с целью повышения общей температуры тела до 37,5—38,4°С. По мнению Я. Хафтека [26], удачное применение трансплантатов в реконструкции повреждённых нервов в сочетании с продлённой тепловой терапией (нагревание поражённой конечности в течение 16—18 часов до +37°С ежедневно) ускоряет рост молодых аксонов с 1,2 мм до 8 мм в сутки.

Среди физических факторов вызывает интерес изучение влияния импульсного магнитного поля (ИМП) на травмированный нерв. Так, О. А. Крылов и соавторы [8] в эксперименте на кроликах показали, что ИМП ускоряет регенерацию нервных волокон и заметно ускоряет восстановление двигательной функции периферических нервов. Применив данный метод в клинической практике, А. А. Ушаков и соавторы [14] наблюдали ускорение восстановления двигательных функций у больных с травмами нервов в среднем на 30—40 % и, как следствие, сокращение сроков их пребывания в стационаре на 30 %.

Н. Ф. Ерёминой [4] и Е. М. Юрахом [20] в эксперименте убедительно доказано ускорение роста новообразованных нервных волокон и их миелинизации при облучении точек акупунктуры у подопытных животных гелий-неоновым лазером. В комплексном лечении травм нервов используется также гипербарическая оксигенотерапия (ГБО) [21, 28].

Приведенный выше обзор литературы далеко не исчерпывает весь объём информации, который накоплен за многие годы изучаемой проблемы. Однако, приведенных в нём сведений вполне достаточно для того, чтобы сделать вывод о необходимости комплексного подхода в создании оптимальных условий регенерации нервных стволов, базируясь на достижениях современной науки и, тем не менее, продолжать поиск новых средств, в той или иной мере влияющих на механизмы, обеспечивающие репаративные процессы в периферической нервной системе.

Литература

1. *Акоев Г. Н., Кокин Г. С., Чумасов Е. И. и. др.* Исследование регенерации седалищного нерва кролика после перерезки и соединения его различными видами швов // Депон. в ВИНИТИ 02.12.86 г. — № 8203.

2. *Бородай С. В., Баранов В. Ф., Сидорова А. Г.* Синхронизаторы регенерации нерва // Морфология.— С.-Пб.: Гиппократ, 1993. — Т. 105. — № 7—8.— С. 21.

3. *Григорович К. А.* Хирургическое лечение повреждённых нервов. — М.: Медицина, 1981.

4. *Ерёмина Н. Ф.* Посттравматическая регенерация периферического нерва в условиях лазеропунктуры // Вестник проблем современной медицины. — Харьков, 1995. — № 6. — С. 21.—23.

5. *Жук О. Н., Калюнов В. Н.* Активизирующее влияние фактора роста нервов (ФРН) на процесс регенерации после повреждения периферических нервов // Морфология — С-Пб.: Гиппократ, 1993.— Т. 105. — № 7—8.— С. 29.

6. *Зайцев Р. З.* Дегенерация и регенерация в повреждённом нерве при применении гормонов коры надпочечников // Бюлл. экспер. биол. и медицины. — М., 1971.— № 5.— С. 110—111.

7. *Коломийцев А. К., Яценко В. П., Чайковский Ю. В., Комиссаренко С. В.* Гемомикроциркуляторное русло аллотрансплантанта седалищного нерва, консервированного при низкой температуре // Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко.— М., 1982.— № 1.— С. 44—47.

8. *Крылов О. А., Антонов А. Б., Елисеева З. В., Маликова С. Н., Шевелёв И. Н.* Действие импульсного магнитного поля на восстановление двигательных функций периферических нервных стволов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.— М., 1991.— № 6.— С. 40—44.

9. *Лобзин В. С., Ласков В. Б., Жулев Н. М.* // В кн.: Травмы нервов. — Воронеж, 1989 — С. 92—94.

10. *Оглезнёв К. Я., Халиков В. А.* Обоснование микрохирургической пластики повреждённых периферических нервов с использованием аллотрансплантатов. (Экспериментально-клиническое исследование) // Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко — М., 1990.— № 6.— С. 8—10.

11. *Оглезнёв К. Я., Славин К. В.* Использование лазера в микрохирургии периферических нервов // Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко. — М., 1991. — № 2.— С. 31—32.

12. *Петрова Е. С., Чумасов Е. И., Отеллин В. А.* Имплантация эмбриональной ткани мозга в регенерирующий периферический нерв // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. — Л., 1987.— Т. XCIII. — № 10. — С. 43—49.

13. *Сотников О. С., Рахилев А. Р., Инжарова Г. М.* Особенности де- и регенерации нерва после обработки его проназой // Морфология. — С.-Пб.: Гиппократ, 1993.— Т. 105. — № 7—8. — С. 53.

14. *Ушаков А. А., Щиголев Ю. С., Антонов А. Б. и др.*// Специализированная медицинская помощь в экстремальных условиях. — М., Медицина, 1990. — С. 185—187.

15. *Чайковский Ю. Б.* Двухэтапная микрохирургическая аутонейропластика в условиях фармакологического воздействия: Экспериментальные исследование // Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко.— М., 1988.— № 5.— С. 18—21.

16. *Чайковский Ю. Б., Коломийцев А. К., Раскалей В. Б., Терещенко Т. Л.* Противовоспалительные вещества и регенерация нервов // Морфология. — С.-Пб.: Гиппократ, 1993.— Т. 105. — № 7—8.— С. 56.

17. *Чернух А. М., Разумова И. Л., Алексеева Н. Н.* О влиянии РНК и её нуклеотидов на регенерацию нервных волокон // Бюлл. экспер. биологии и медицины. — М., 1973. — № 7. — С. 101—102.

18. *Чумасов Е. И., Енин Л. Д., Светикова К. М., Акоев Г. Н.* Морфофункциональное восстановление нервного волокна при замещении его дефекта сосудом // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии.— Л., 1986. — Т. XCI. — № 12.— С. 26—32.

19. *Чумасов Е. И., Акоев Е. Н., Колосова М. И., Трофимова О. Г.* Восстановление иннервации конечности крысы после соединения концов повреждённого нерва микрохирургическим швом // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. — Л., 1988. — Т. XCIV. — № 2. — С. 6—13.

20. *Юрах Е. М.* Морфофункциональные исследования нейро-вазальных отношений в норме, при де- и регенерации с воздействием лазерного излучения: Дис. ... канд. мед. наук. — Киев, 1990.— 236 с.

21. *Bradshaw R. O. et al.* Effect of hyperbaric oxygenation on peripheral nerve regeneration in adult male rabbits // Undersea and Hyperbaric medicine.— 1996.— V. 23 (2).— P. 107—113.

22. *Lundborg G., Dahlin L. B., Danielsen N. P. et al.* Reorganization and orientation of regenerating nerve fibres, perineurium and epineurium in preformed mesothelial tubes.— An. Experimental study on the scatic nerve of rats // J. Neurosci. Res.— 1981. — V. 6.— P. 265—281.

23. *Lunborg G., Dahlin L. B., Danielsen N. et al.* Nerve regeneration in silicone chambers. Influence of gap length and of distal stump components // Exp. Neurol. — 1982. — V. 76. — P. 361—375.

24. *Mc. Qarrie K. G.* Nerve regeneration and Thyroid hormon treatment // J. Neurol. Sol.— 1975.— V. 26.— № 4.— P. 499—502.

25. *Uzman B. G., Villegas G. M.* Mouse sciatic nerve regeneration through semipermeable tubes: a quantitative model // J. Neurolosci. Res. — 1983. — V. 9. — P. 325—328.

26. *Haftek J., Kasprzak H., Radek A., Jamundowicz W., Jozwiak J.* Przecsepy nerwowe w rekonstrukcji usz kodzonger printrwcowych // Neurol. Neurochir. — 1983.— V. 17(2). — P. 253—258.

27. *Weiss P.* The technology of nerve repair // J. Neurol., 1944.— V. 1. — P. 400—450.

28. *Zamboni W. A. et al.* Functional evaluation of peripheral-nerve repair and the effect of hyperbaric oxygen // Journal of Reconstructive microsurgery.— 1995. — V. 11. — P. 27—29.

MODERNCONCEPTIONS ABOUT METHODS OF POST-TRAUMATIC REGENERATION CORRECTION OF NERVE TUBES

I. I. Starchenko

Ukrainian medical stomatological Academy
Poltava

The results of experimental working out and clinical observation during last years concerning microsurgical, pharmacological and physiotherapy methods of post-traumatic regeneration speeding-up of nerve tubes are summarised in this article.

Conclusion about necessity of complex approach for solution of this problem and at the same time search of new means promoting regeneration process speeding-up at peripheral nerves is drawn on the gramds of the above-mentioned information.

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ГЕНЕТИЧЕСКИЕ, ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

А. Ф. Артемчук

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Эпидемиологические и клинические исследования, проведенные нами в последние десятилетия, свидетельствуют о существенных изменениях в феноменологии, патопластике и исходе современных форм алкогольной зависимости (А. Ф. Артемчук, 1997; 1999).

К современным формам алкогольной зависимости мы относим, прежде всего, такие варианты болезни, которые имеют широкую распространенность и тенденцию к дальнейшему увеличению; связаны с негативным действием многочисленных факторов научно-технической революции (НТР); относятся, по своему характеру, к патологии измененной эндоэкологии; постоянно проявляются на протяжении всей жизни определенными стандартными комплексами нарушений сложных интегративных церебральных функций; снижают генетический потенциал нации и требуют для своего устранения существенных изменений организационной структуры всех форм диагностической, профилактической и лечебной работы.

Лонгитудинальные исследования свидетельствуют о том, что устоявшиеся клинические подходы к алкогольной болезни как стабильному на данный момент состоянию, не позволяют в организационном плане развернуть систему выявления и своевременной коррекции тех стандартных нарушений развития детей, которые, в обязательном порядке, на последующих этапах приведут к нервно-психической патологии и современным формам алкогольной зависимости.

Для эффективного решения проблемы алкогольной зависимости мы должны обратиться к динамической концепции формирования как здоровья, так и болезни, уже на самых ранних этапах развития ребенка остановить патодинамику стандартного болезненного процесса.

С целью изучения клинического содержания и основных этапов преморбидного развития, оценки отдельных болезненных проявлений, выделения базовых состояний и механизмов, ответственных за быстрое формирование алкогольной зависимости, запойных состояний, комплексно обследованы 268 подростков и юношей 15—17 лет с синдромом зависимости от алкоголя начальной и средней стадии (F 10.2x1 и F 10.2.x2 по МКБ-10).

Методики: клиническое наблюдение; анамнестическое исследование; антропометрия по Декур-Думику (Д. Дишлиев, 1962); экспериментально-психологическое (оценка длительности индивидуальной минуты (Е. И. Головаха, А. А. Кронин, 1984) и электроэнцефалографическое исследования.

Анамнестическое исследование у 92 % подростков выявило патологию, относящуюся к внутриутробному развитию и родам: токсикоз I и II половины беременности у матери, резус-конфликт, сохранение беременности, затяжные длительные «сухие» роды, «срочные» роды, родовспоможение, неправильное предлежание, обвитие пуповиной, травматизация в родах, асфиксия и др.

У 68 % этих детей на первом году жизни были объективные признаки органического поражения мозга, чаще синдром возбуждения.

В 56 % случаев отец страдал алкогольной зависимостью, треть пациентов воспитывались без отца.

В преморбиде для этих обследованных были характерны пароксизмальные состояния страха, напряжения, дисфорий, резкие колебания настроения с немотивированной агрессивностью, упрямством — у одних и аутизмом, пассивностью, вялостью — у других.

У 54 % подростков в анамнезе имели место черепно-мозговые травмы с потерей сознания.

На всех этапах развития и течения алкогольной болезни у пациентов выявляются существенные изменения классической клинической картины, последовательности формирования основных симптомов, ускорение и утяжеление течения, возникновение сложных негативных последствий.

Так у 60 % подростков практически отсутствовал этап бытового пьянства и I стадии алкогольной зависимости; уже при первых употреблениях спиртных напитков у них открылось неодолимое влечение к алкоголю: они пили много, на больших дозах отключались, а утром пытались опохмелиться. 36 %, в связи с плохой переносимостью алкоголя, на какое-то время отказались от его приема, перешли на употребление опия, барбитуратов, но потом возобновили алкоголизацию, перемежая или сочетая употребление алкоголя и наркотических средств.

Все больные в состоянии опьянения агрессивны, возбуждены, порываются куда-то ехать, идти, сражаются за правду, дерутся, попадают в милицию, не терпят возражений. Они не контролируют свои поступки, демонстрируют разрушительное и саморазрушительное поведение, расстройства влечений.

Агрессивность, дисфории, расстройства влечений, нарушения психической деятельности, поведения, эмоций, высших функций у них сохраняются и в трезвом состоянии, периодически нарастая до определенного критического предела, после которого следует очередной запой.

Ряд авторов (О. З. Голубков, А. А. Авдеенко, 1983) рассматривают дисфории как психический эквивалент эпиприпадка.

Связь этих пароксизмальных психоэмоциональных и поведенческих нарушений с нарастанием

эпилептиформной, судорожной готовности мозга на ЭЭГ также позволяет нам рассматривать запой как эквивалент эпилептического припадка и подходить к курации и лечению этих больных с позиций эпилептологии.

Известно, что морфофункциональный «субстрат» формирования влечения к спиртному составляют те же структуры лимбической системы мозга, которые являются и нервным субстратом положительных и отрицательных эмоций. (Ф. П. Ведяев, Т. М. Воробьева, 1983). На фоне лишения алкоголя в эксперименте на животных учащались судорожные компоненты на ЭЭГ, возникали эпиприпадки.

При неврологическом и электрофизиологическом (ЭЭГ, РЭГ сосудов головного мозга, ЭХО-ЭЭГ) исследованиях у подростков обнаруживались три основных типа нарушений: признаки задержки биологического созревания мозга, прежде всего лобных долей; повышенное внутричерепное (ликворное) давление с нарушением тонуса сосудов, венозным застоем и пароксизмальная судорожная (эпилептиформная) активность мозга в височных, лобных и центральных отделах мозга, усиливающаяся при фотостимуляции и гипервентиляции.

Биологическая слабость мозга проявлялась не только грубыми нарушениями функций сна, трофики, иммунитета в преморбиде, но и сложных интегративных психических функций: отсутствием сформированных целей, волевого обеспечения их достижения, достаточной активности и устойчивости основных психических процессов, невнимательностью, незрелостью суждений, эмоциональной неустойчивостью и несдержанностью, отсутствием критики, плохой обучаемостью. На ЭЭГ она обнаруживалась преобладанием устойчивой медленно-волновой активности, низкой амплитудой основных ритмов, отсутствием зональных различий и др.

Такие грубые мозговые нарушения, как аутизм, снижение энергетического потенциала, недоразвитие моторики тонких движений остановка развития социального «я» личности, программирования действий, предвидения будущего; неспособность любить, сопереживать, испытывать чувство благодарности, по современным представлениям обусловлено очаговым поражением орбитальных отделов лобной коры (З. Н. Болотова, Ю. А. Мануйленко, А. Ф. Артемчук, с соавт., 1980).

У подростков с преимущественным поражением лобных структур в лобных отведениях регистрировался уплощенный характер кривой, ирритация коры с появлением активности, напоминающей эпилептиформную (пики, спайки, комплексы β-пик-волна), а также гиперсинхронизация высокоамплитудной бета-активности (до 150 мкв).

Среди других нарушений биоэлектрической активности у обследованных отмечались: дизритмия, возникновение гиперсинхронных разрядов высокоамплитудного *альфа*-ритма в задних отделах мозга, что свидетельствует о поражении стволовых структур. На этом фоне в половине случаев регистрировалась очаговая ирритация коры в височных отведениях (чаще билатерально).

Наличие у них психопатоподобной симптоматики, дисфорий и других стандартных эмоциональных нарушений позволило связать имеющиеся изменения биоэлектрической активности с патологией медио-базальных структур височной доли.

Фотостимуляция и гипервентиляция усиливала очаговую патологию, выявляла скрытую судорожную активность, не вызывая перестройки кривой.

При экспериментально-психологическом исследовании у подростков с алкогольной зависимостью обнаружена своеобразная духовная и этическая инвалидизация, в основе которой лежат как структурные мозговые нарушения сложного токсико-травматического генеза, так и нарушение нормального психического развития в результате депривации личности положительными психосоциальными воздействиями.

Прежде всего, эта инвалидизация проявляется в том, что пациенты не осознают функции времени и не понимают категории будущего. Для них понятие будущего не существует, они живут только настоящим.

Прошлое их тоже не интересует, поэтому они неспособны обучаться на своих ошибках.

Будущее для пациентов аморфно, нереально, оно очень далеко. Будущее всегда «сваливается» на них неожиданно, несет, как правило, угрозу, потери, несчастья. Все их запросы, желания, содержание психической жизни связаны только с реалиями сегодняшнего дня и только с неотложными, чрезвычайно простыми желаниями. Здоровый же человек всегда устремлен в будущее; он не забывает о прошлом, делает из него выводы. Здоровый человек имеет как кратковременные, так и долгосрочные планы. Он проявляет свое будущее, активно его строит.

У подростков с алкогольной зависимостью имеются существенные проблемы и с настоящим. Настоящее, сегодняшнее становится невыносимым при любом стрессорном воздействии, что требует ухода от реальности, побега в опьянение.

Так, при изучении темпа течения реального времени с помощью оценки длительности индивидуальной минуты (Е. И. Головаха, А. А. Кронин, 1984), при обычном, расслабленном состоянии пациентов, оценка длительности минуты совпадала с реальным течением времени. При малейшей стрессорной нагрузке время для пациентов начинало течь невыносимо медленно (замедление на 50—70 %), у них развивалось состояние декомпенсации со срывом всех форм сложного, самосохранительного поведения. В состоянии опьянения они переставали негативно оценивать течение времени; индивидуальная минута для них длилась в 1,5—3 раза дольше реального времени.

У больных алкогольной зависимостью нарушено восприятие не только динамических свойств времени, но и его содержательной, смысловой части.

Инвалидизация касается и такой сложной функции как ответственность. Для формирования этой функции необходима сложная интегративная деятельность всего мозга в целом, зрелость личности. Пациенты не способны на ответственное поведение, им нельзя доверить ребенка, деньги, работу, вследствие чего у них постоянно возникают конфликты с родителями, друзьями и сотрудниками.

Психо-духовное, этическое недоразвитие проявляется и в том, что пациенты не могут различать основополагающие антагонистические категории:

добро — зло, друг — враг, бог — дьявол, хорошо — плохо... Друг у них — собутыльник, а враг — мать и жена. Друг — это тот, кто принес бутылку, когда наш пациент попал в больницу. Не различая базовых, основополагающих философских понятий и категорий, больной человек не может адаптироваться в современном мире, навести порядок в своей жизни и в своих отношениях.

Еще одно проявление инвалидизации — это отсутствие потребности в целенаправленной, долговременной деятельности (*der Antrib*) Больной наркологического профиля не способен 5—7 лет учиться в институте, он не понимает, зачем это надо. Он не может так долго делать одно и то же.

Сфера желаний отражает фрагментарность психических процессов, их неустойчивость, отсутствие целенаправленного потока самосознания, наличие разрыва между психической деятельностью и реализацией продуктов этой психической деятельности, нарушение гармонии и последовательности психо-социального созревания.

Родители замечают эти особенности своих детей, но неверно их трактуют; они порой беспокоятся по поводу вторичных нарушений, не понимая что это только последствия более серьёзной патологии.

Мать нередко отзывается о сыне: он хороший, только безвольный! Воля, как результат определенной деятельности, появляется только на 3—4 плане психо-социального развития.

Для того, чтобы сформировалась воля, на первом плане должна появиться цель... Там, где есть цель, молодой человек ищет пути её достижения,— и это второй план гармоничного развития... Для того, чтобы было продвижение, надо постоянно напрягаться. Поступательное, целеустремленное движение и есть третий план формирования нормальной личности. И только на четвертом плане, как результат целеустремленного движения и напряжения, у молодого человека формируется воля!

Свобода воли, волевая борьба, правильный выбор — характеристики сильного, зрелого человека. Там, где функционирует воля, там раскрывается творческий и этический потенциал личности, накапливаются важные приобретения: осознавание понятий добра и зла, сопереживание, любовь, благодарность...

Проведенное исследование свидетельствует о том, что алкогольная зависимость у подростков и юношей имеет вторичный характер: это не наслоение алкогольной интоксикации на личность, а закономерный итог всего предшествующего развития личности.

В динамике индивидуального преморбидного развития обследованных четко разворачивается определенная спираль патологического процесса, каждый последующий виток которой имеет более негативное содержание, выраженность и непосредственно обусловлен особенностями предшествующих этапов.

Речь идет, таким образом, о разных временных этапах одного общего, стандартного для определенных детей, негативного процесса нарушения психосоциального развития, который обусловлен биологическим несозреванием ЦНС и депривацией положительных, необходимых для формирования полноценной личности, воздействий. Результатами этого процесса является, прежде всего, незрелость сложных психических (психологических) функций (отсутствие целей, недоразвитие воли, активности, потребностей, ответственности, высших эмоций, духовных ценностей, перспективы жизни), а уже вследствие этого — появление интереса к примитивным удовольствиям и развитие состояний химической зависимости.

В коротком перечислении это следующая последовательность: алкогольная зависимость отца; патология беременности и родов у матери; остаточные явления поражения ЦНС с синдромом возбуждения на первом году жизни; нарушения внимания, трофических функций, иммунитета, гиперактивность и другие признаки «нестандартного ребенка» в возрасте до 7 лет; невротизация и невропатизация развития с энурезом, заиканием, тиками, ночными страхами; школьная декомпенсация в 7—9 классе с потерей интереса к обучению, абулией, минимизацией жизненных программ, недоразвитием высших творческих мотиваций и потребностей, агрессивностью и возбудимостью; сниженный гормональный фон и острый тестикулярный (андрогенный) стресс в возрасте 13—18 лет с возникновением интереса к наркогенным средствам и быстрым приобретением опыта его купирования табаком, алкоголем, наркотиками; нарастание тестикулярной недостаточности с задержкой и искажением соматополового созревания, полоролевого поведения и формированием неправильных пропорций тела (макроскелия, инфантильные пропорции, феминизация, евнухоидизм); развитие личностной и социальной декомпенсации с суицидальным, криминогенным, нигилистическим повэдением; формирование ранних, злокачественных форм химической зависимости, в т. ч. алкогольной зависимости, с измененными формами опьянения — «опьянение травматика»; судимость, психо-социальная и нравственно-этическая инвалидизация, смерть в возрасте 18—27 лет.

Значительно утяжеляют течение алкогольной зависимости у подростков и юношей, вносят существенные изменения в его патопластику и патодинамику, ухудшают прогноз черепно-мозговые травмы с сотрясением мозга.

Последствия черепно-мозговых травм, нейроинфекций, тяжелых соматических заболеваний, перенесенных в детстве, дошкольном и школьном возрасте наслаиваются на остаточные явления анте-, пери- и ранних постнатальных поражений ЦНС, усиливают и дополняют стандартные мозговые нарушения, снижают компенсаторные возможности личности, патоформируют и расширяют клинику патологических влечений. Эти нарушения формируют своеобразный биологический фон, на основе и при участии которого возникают и протекают базовые синдромы алкогольной зависимости и политоксикоманий в подростково-юношеском возрасте.

Такие пациенты в течение своей жизни наблюдаются врачами различных специальностей (неврологами, педиатрами, психиатрами, наркологами и др.), которые подходят к ним со своих узко профессиональных позиций и не видят общей клинической картины, содержания и патодинамики дальнейшего разворачивания болезненного процесса.

Все лечебные мероприятия при курации больных алкогольной зависимостью молодого возраста должны строиться с учетом тяжести болезни, её клинических проявлений, наличия комплекса сложных патогенетических и патопластических преморбидных факторов высокого риска, в первую очередь, биологически измененной почвы (последствия органического поражения мозга, повышенная судорожная активность мозга, тестикулярно-сниженный фон).

В случае наличия клинических и параклинических проявлений повышенного внутричерепного давления назначается для долговременного применения диакарб по 1/2 таб. утром натощак с 1 таб. аспаркама по схеме: 2 дня прием — 1 день перерыв в течение 3 мес.; 2 дня прием — 2 дня перерыв в течение 3 мес.; 2 дня прием — 3 дня перерыв в течение 3 мес.

В связи с наличием у обследованных венозного застоя, ликворной гипертензии и сосудистой недостаточности мозга показано курсовое применение вазоактивных препаратов, действующих, прежде всего, на венозную систему — эскузан (по 20 кап. х 3 р/день), троксевазин (венорутон) по 1 капс. х 2 р/день во второй половине дня (3—4 курса в год).

Одновременно проводится интенсивная терапия, направленная на биологическое дозревание структур мозга, отвечающих за развитие сложных интегративных мозговых функций. С этой целью назначается в качестве активного, а потом — поддерживающих курсов: пантогам 0,25—0,5 х 3 р/день в течение 3 мес. (2 курса в год). При отсутствии признаков повышенной судорожной активности на ЭЭГ, возможно длительное применение пирацетама, ноотропила в обычных дозах. Эти препараты улучшают окислительно-восстановительные процессы в ЦНС, нормализуют мозговые функции.

По окончании курса пирацетама (ноотропила, пантогама), восстановительную терапию можно продолжить приемом глютаминовой кислоты по 2 таб. х 2 р/день в течение 1—2 мес.; глицерофосфата кальция (фитин, фосфрен) по 1 таб. х 3 р/день 1—2 мес., препаратов липоевой кислоты (повторяя курсы на протяжении 3—5 лет).

Для устранения или смягчения пароксизмальных психоэмоциональных состояний (дисфории, немотивированная агрессивность, тревога, напряжение), которые часто возникают на фоне повышенной судорожной (эпилептиформной) активности мозга и провоцируют влечение к алкоголю, возникновение запойных состояний, показан длительный пероральный прием антисудорожных препаратов: бензонал или финлепсин в сочетании с бензоналом. Препараты применяют в небольших дозах, периодически повышая их вдвое-втрое, в периоды, соответствующие запойной периодизации.

Хорошо себя зарекомендовали травяные противострессорные отвары, в состав которых входит валериана, пустырник, мята, шиповник, бессмертник. Они не вызывают привыкания и могут применяться в течение многих лет.

Существенное терапевтическое значение имеет применение витаминных комплексов, дополнительное введение микроэлементов (особенно кальция, цинка, фосфора).

Использование сенсибилизирующих форм лечения алкогольной зависимости у большинства подростков нецелесообразно в связи с недоразвитием чувства ответственности, импульсивностью, неумением предвидеть последствия неправильных поступков. Необходимо применение специальных подходов по отвлечению их от круга пьющих «друзей», расширению круга интересов, формирование более сложных желаний и поведенческих стереотипов, терапия смыслом жизни. В этом отношении незаменимы методы психотерапии: рациональной, личностной, эмоционально-стрессовой.

Литература

1. *Артемчук А. Ф.* Изменения содержания гормонов и микроэлементов на различных этапах развития и течения алкоголизма у подростков // Нарушения сексуального здоровья. — Харьков, 1997. — С. 59—62.

2. *Артемчук А. Ф.* Клінічні, параклінічні та терапевтичні аспекти сучасних форм алкоголізму: Методичні рекомендації.— Харків, 1999. — 24 с.

3. *Болотова З. Н., Мануйленко Ю. А., Артемчук А. Ф. с соавт.* / Сб.: Неврология и психиатрия. — Вып. 9. — Киев: Здоров'я, 1980. — С. 111—114.

4. *Ведяев Ф. П., Воробьва Т. М.* Модели и механизмы эмоциональных стрессов. — Киев: Здоров'я, 1983. — 136 с.

5. *Головаха Е. И., Кронин А. А.* Психологическое время личности. — Киев: Наукова думка, 1984. — 208 с.

6. *Голубков О. З., Авдеенко А. А.* Стресс и эпилептические дисфории / Сб.: Стресс и психическая патология. — Москва, 1983 — С. 121—124.

7. *Дишлиев Д.* Клиническая антропометрия // В кн.: Эндокринно-обменная диагностика. — София: Медицина и физкультура, 1962. — С. 11—126.

PAROXYSMAL STATES IN THE CLINIC OF ADOLESCENT AND YOUTH ALCOHOLIC DEPENDENCE: GENOTYPIC, PHENOTYPIC, AND THERAPEUTIC ASPECTS

A. Ph. Artemchuk

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The multifactorial longitudinal investigation of 268 adolescents with alcoholic dependence defined a standard scheme of step-by-step exposure of the pathological process of their premorbid psycho-social and biological development.

Negative paroxysmal psycho-emotional states on the background of high epileptiform brain activity are essential for pathogenesis and clinic of forming alcoholic disease and hard drinking states.

Psychopathological and clinico-electrophysiological correlations in chronic alcoholic dependence were demonstrated. Treatment schemes taking into account the defined peculiarities were recommended.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

В. С. Битенский, Т. М. Чернова

**Одесский государственный медицинский университет
г. Одесса**

Важнейшим условием функционирования организма является эффективная адаптация [1, 2]. Характер и длительность адаптационных перестроек значительно варьируют, зависят от возраста, тяжести болезни, исходного функционального состояния и реактивности организма [4, 5, 8]. Сложность адаптации к новым микросоциальным условиям рассматривается как эмоциональный стресс, служащий пусковым фактором в развитии адаптивных сдвигов на различных уровнях интегративной деятельности детского организма. Несостоятельность адаптационных процессов в детском возрасте служит ранним признаком и причиной развития патологии в последующие возрастные периоды [3, 5, 7]. Поэтому особо актуальны вопросы выявления и типизации индивидуальных особенностей адаптации детей к психоэмоциональному стрессу, а также факторов, их определяющих.

С целью изучения характера психической адаптации детей в условиях комбинированного действия стрессовых факторов (острое соматическое заболевание и ситуация госпитализации) проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое (тест тревожности) исследование 112 детей в возрасте от 3 до 14 лет, госпитализированных в общесоматический стационар в связи с острыми соматическими заболеваниями. Основными группами острых соматических заболеваний, послуживших причиной госпитализации, были следующие: острые респираторные инфекции, ЛОР патология (57,1±4,7 %), воспалительные заболевания дыхательных путей, респираторные аллергозы (21,4±2,0 %), заболевания мочевыводящей системы: циститы, острые нефриты (17,9±3,6 %), гастроэнтерологические заболевания: дискинезии, гастриты (3,6±1,8 %).

Госпитализацию в общесоматический стационар можно отнести к сложному варианту психотравмы, которая сочетает два психотравмирующих фактора — острое соматическое заболевание, нарушающее привычный образ жизни, и собственно поступление в стационар (стремительно действующий сверхсильный раздражитель).

По критерию эффективности психической адаптации к новым условиям больные были разделены на 2 группы. К первой группе с реакциями психической дезадаптации при поступлении в стационар были отнесены 69 (61,6 %) больных. Вторую группу без реакций дезадаптации составили 43 (38,4 %) обследованных.

В результате исследования установлено, что в группе детей с явлениями психической дезадаптации (1 группа) достоверно чаще, чем у детей с адекватным процессом адаптации, наблюдались симптомы резидуально-органического поражения ЦНС (73,9±5,3 %) с доминированием в клинической картине церебрастенических (39,1±5,8 %) и психопатоподобных (33,4±5,6 %) синдромов. Резидуально-органический генез выявленных психических расстройств устанавливался на основании клинико-психопатологических характеристик, свидетельствующих о существовании психоорганического синдрома, и наличия резидуально-неврологической микросимптоматики, данных краниографии и ЭЭГ. Так, в неврологическом статусе у 40 обследованных с психической дезадаптацией (78,4±5,8 %) были констатированы более пяти резидуально-неврологических признаков, что подтверждалось в 50,0±7,0 % случаев рентгенологически (утолщение костей свода черепа, асимметрия черепных ям, клиновидных костей, расширение желудочков мозга, наличие пальцевых вдавлений в костях черепа и усиления сосудистого рисунка), в 70,1 % случаев — электроэнцефалографически (дезорганизация нормальных ритмов, появление *дельта*- и *тета*-волн, медленных высокоамплитудных колебаний и др.).

Дети с психической дезадаптацией характеризовались выраженностью и полиморфностью патологических синдромов, частым их сосуществованием. Как правило, в сочетанных вариантах обязательно присутствовал церебрастенический синдром.

Существенно, что различные соматические заболевания встречались с приблизительно одинаковой частой ($p > 0,05$) в группах детей с наличием (1 группа) и отсутствием (2 группа) психической дезадаптации, то есть нозологическая принадлежность соматической патологии не оказывала значительного влияния на характер протекания адаптационных процессов.

В целом, к моменту госпитализации у детей 1 группы с органическими поражениями нервной системы общей была основополагающая негативно-дизонтогенетическая симптоматика, имеющая в своей основе дизонтогенетические механизмы общей и парциальной ретардации, которая проявлялась синдромами невропатии, незрелости психомоторики, речи, внимания. Проявление психической ретардации облегчало возникновение продуктивно-дизонтогенетических синдромов, которые обуславливались механизмами фиксации незрелых реакций. Это находило свое отражение в синдромах гиперактивности, страхов, системных неврозоподобных расстройств.

У остальных 18 детей с выраженной психической дезадаптацией, но без явлений органического поражения нервной системы преморбидный психопатологический статус с учетом данных анамнеза и состояния на момент поступления были оценены

как эпизодические невротические (у 5 чел. — 7,2±3,1 %), патохарактерологические (у 3 чел. — 4,3±2,4 %), характерологические (у 6 чел. — 8,7±3,4 %) реакции, возникавшие в стрессовых для любого ребенка ситуациях (посещение детского сада, школы и т. п.), а также отсутствие признаков психических нарушений (у 4 чел. — 5,8±2,8 %).

Признаки затруднений адаптации к новым условиям проявлялись у обследованных с момента госпитализации. Основным радикалом, наблюдавшимся у всех детей 1 группы при поступлении, являлась повышенная тревожность, ощущение беспокойства. У детей более младшего возраста беспокойство манифестировало в виде эмоциональной лабильности вместе с общим сниженным фоном настроения, плаксивостью, ослаблением аппетита, нарушениями сна.

Изучение особенностей нарушения адаптационного процесса у детей при поступлении в общесоматический стационар позволило установить, что психическая дезадаптация обследованных происходила по двум направлениям: декомпенсация имеющегося психоневрологического расстройства с углублением и активизацией симптомов заболевания и появление новых патологических симптомов и синдромов самостоятельно или как осложнение основного психоневрологического расстройства.

По преобладающей симптоматике существовавших ранее и актуализированных или углубившихся психопатологических симптомов у детей 1 группы были выделены ведущие синдромы, клинические проявления которых носили затяжной характер и определяли психическую дезадаптацию: депрессивно-дистимический (7,8±3,8 %), астенодепрессивный (29,4±6,4 %), тревожно-фобический (51,0±6,0 %), депрессивно-дисфорический (11,8±2,6 %).

В наибольшей степени нарушения психической адаптации проявлялись непосредственно при госпитализации, а также при проведении медицинских манипуляций. Расстройства поведения у детей в данном случае выражались в виде невротических (42,0±5,9 %), характерологических (21,7±4,9 %) и патохарактерологических (36,2±5,8 %) реакций.

Более вероятно возникновение явлений дезадаптации у детей младшего возраста. Так, среди детей в возрасте 4—6 лет имеют нарушения адаптации 80,9±6,1 %, в то время как дети в возрасте 12—14 лет — только 34,6±9,3 % ($p < 0,05$). В дошкольном возрасте доминировали невротические реакции — тики, сомато-вегетативные нарушения (поносы, рвоты), депрессивные состояния с астеническими расстройствами (67,6±8,0 %). Меньшим числом случаев были представлены патохарактерологические реакции протеста в виде непослушания, плача, отказа от пребывания в больнице, повышенной возбудимости и агрессивности (кусание, драчливость), элективного мутизма (17,6±6,5 %). В более старшей возрастной группе (12—15 лет) значительно преобладали патохарактерологические реакции, сопровождавшиеся избеганием общения, конфликтами с детьми и персоналом, агрессивными действиями, попытками ухода из больницы (66,7±15,7 %). В целом, эффективность адаптационных процессов повышается с возрастом: чем старше возраст, тем легче дети адаптируются к условиям стационарного лечения, то есть фактор возраста и наличие дезадаптации имеют между собой сильную обратную корреляционную связь ($r = -0,94$, $p < 0,05$).

Группа обследованных с психической дезадаптацией отличалась достоверным преобладанием детей с высоким уровнем тревожности (55,1±5,9 % в 1 группе и 23,2±6,4 % во 2 группе, $p < 0,001$) и достоверно более редкой частотой встречаемости детей с низким уровнем тревожности (8,7±3,4 % в 1 группе и 44,2±7,5 % во 2 группе, $p < 0,001$). Высокий уровень тревожности сопровождался нарушениями вегетативной регуляции. Так, частота встречаемости вегетативной дисфункции у больных 1 группы (сумма баллов более 25) достоверно выше, чем у больных без нарушений адаптации ($p < 0,05$); преобладал гиперсимпатикотонический патологический вариант ортостатической пробы.

На основании комплексного анализа данных клинического и экспериментально-психологического исследований детей с психической дезадаптацией установлены три варианта протекания адаптационного периода: благоприятный, замедленный и неблагоприятный. Благоприятный вариант адаптации наблюдался у 20 (28,9±5,5 %) обследованных 1 группы. Для этих детей была характерной быстрая положительная эволюция субъективных (исчезновение жалоб к 3—5 дню) и объективных показателей (невысокая степень выраженности вегетативных нарушений, низкий исходный уровень тревоги, нормальная реактивность на ортостатическую пробу при исходной невыраженной ваготонии). У больных с замедленным вариантом адаптации (52,2±6,0 %), благоприятная динамика указанных показателей наблюдалась только к 6—7 дню. Неблагоприятный вариант адаптации, при котором длительно сохранялись различные жалобы, а отклонения в аффективной сфере и вегетативные расстройства носили выраженный и стойкий характер (определялись и на момент выписки из стационара после выздоровления от соматического заболевания), отмечался у 13 (18,8±4,0 %) детей.

Дети с психической дезадаптацией, как правило, не имели опыта предыдущих госпитализаций, находились в больнице без родителей. Родители характеризовались повышенным уровнем тревожности.

Таким образом, проведенное исследование позволило впервые подробно описать особенности психической адаптации детей с острыми соматическими заболеваниями к госпитализации в общесоматический стационар. Определены предиспонирующие факторы, характер и нозологическая принадлежность явлений дезадаптации. Выявлена взаимосвязь соматического, психического и вегетативного компонентов процесса адаптации детей к условиям стационарного лечения. Установлено, что у детей с явлениями психической дезадаптации отмечаются более глубокие расстройства деятельности центральной нервной системы, проявляющиеся в нарушениях поведения, дисфункции вегетативной нервной системы. Полученные данные свидетельствуют о необходимости организации специальных мероприятий, позволяющих предупредить психическую дезадаптацию детей при госпитализации.

Литература

1. *Калинина М. А., Соловед К. В., Романов А. А.* Дезадаптационный синдром в детстве и формы его коррекции // Организационные и клинические проблемы детской неврологии и психиатрии.— М., 1994.— С. 120—122.
2. *Лук'янова О. М., Тараховський М. Л.* Проблеми стресу і адаптації в педіатрії // Тези доповідей IX з'їзду дитячих лікарів України.— Одеса, 1993.— С. 39—40.
3. *Любчик В. Н., Сакун Н. В., Ющенко Н. В.* Эффективность курортного лечения детей разных групп здоровья и типов адаптации // Физические лечебные факторы в мед. реабилитации. — Миргород, 1995.— С. 192—193.
4. Психические расстройства в педиатрической клинике / *А. А. Северный, В И. Брутман, Ю. М. Белозеров, И. П. Киреева* // Журн. невропатол. и психиатрии им. В. П. Корсакова.— 1998.— № 5.— С. 728—733.
5. Anxiety and memory in hospitalized adolescents; effect of the projection of a film / *Zaramella P., Polli E., Battistella P. A., Freato F., Zacchello F.* // Pediatr Med Chir.— 1998.— Vol. 20, No 1.— P. 45—55.
6. *Bolig R., Weddle K. D.* Resiliency and hospitalization of children // Child Health Care.— 1998.— Vol. 16. — No 4.— P. 255—260.
7. *Bossert E.* Factors influencing the coping of hospitalized school-age children // J. Pediatr. Nurs.— 1994.— Vol. 9.— No 5.— P. 299—306.
8. *Bouman N.* Organisation of psychosocial consultation to pediatrics in the Netherlands // European Child & Adolescent Psychiatry.— 1999.— Vol. 8. — Suppl. 2.— P. 28.

THE FEATURES OF THE MENTAL DESADAPTATION AT CHILDREN HOSPITALISED IN SOMATIC HOSPITAL

V. S. Bitenskiy, T. M. Chernova

Odesa State Medical University
Odesa

The carried out research has allowed to describe features of mental adaptation of children with sharp somatic diseases hospitalised in somatic hospital.. The interrelation of the somatic, mental and vegetative components of children adaptation process is revealed. Is established, that at children with the mental desadaptation the deeper frustration of the central nervous system activity shown in infringements of behaviour, dysfunction of vegetative nervous system are marked.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПОДРОСТКОВОЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

А. М. Кожина

Харьковский государственный медицинский университет
г. Харьков

Профилактика противоправного поведения подростков — одна из приоритетных социальных задач. Излишне говорить о том, насколько губительным в социальном отношении может оказаться подобный вид отклоняющегося поведения именно в столь ответственный возрастной период, каким является пубертатный возраст [1, 3, 4].

В настоящее время несовершеннолетние стали наиболее криминально-активной частью населения. За последние 5 лет число совершенных ими преступлений выросло в 1,5 раза, резко снизилась возрастная граница многих видов преступлений, окрашенных особой жестокостью. Статистика свидетельствует о росте рецидива преступлений, совершенных лицами, привлеченными впервые к уголовной ответственности в подростковом возрасте [2, 6, 7].

Однако совершение подростками общественно опасных действий в большей степени является объектом исследования юристов и социологов, психологов, нежели психиатров. Отсутствуют достаточно обоснованные представления о причинах и механизмах возникновения правонарушений у подростов, учитывающие современное кризисное состояние общества, перестройку всех сфер общественной жизни. До сих пор не существует достаточно эффективных методов коррекции делинквентного поведения и профилактики подростковой преступности [5, 8].

Ведомственная закрытость органов, исполняющих наказания, привела к их изоляции от многих государственных структур, социальных и медицинских программ. Порядок формирования деятельности этих учреждений осуществлялся без учета мнения ученых криминологов, медиков, психологов, социальных работников, международного опыта и не затрагивал самой системы исполнения уголовного наказания [2, 6].

За последнее десятилетие зафиксирован рост психических расстройств вообще и, в частности, в подростковых пенитенциарных учреждениях страны. В местах лишения свободы психические расстройства занимают второе место после заболеваний органов дыхания, каждый третий заключенный страдает той или иной формой психической патологии, причем у 87 % обнаруживаются психические нарушения пограничного регистра [7, 8].

Учитывая, что в нашей стране криминальная ответственность несовершеннолетних предусмотрена с 14 лет, факт существования учреждений, где находятся дети более младшего возраста (начиная с 10—11 лет), не подлежал широкому обсуждению. Эта тема была закрытой, что, безусловно, ограничивало возможности медико-психологических исследований [5, 2].

Помещение подростков в пенитенциарное учреждение является для них социально-стрессовым фактором и довольно часто приводит к расстройствам адаптации. Отрицательными факторами в данной ситуации выступают жесткая регламентация поведения и психическая депривация. Негативные последствия ситуации лишения свободы, влияющие

на процесс личностного развития, усугубляются особенностями пубертатного возраста [3, 5].

Согласно международным нормам, зафиксированным в правилах ООН, запрещается наказание несовершеннолетних помещением их в карцер, принуждением к тяжелому физическому труду. В Украине все эти дисциплинарные методы используются, несмотря на их негативные последствия для психического здоровья подростков. Методы воспитания, в основном, базируется на принципах преобладания ограничений и наказаний, а не на методах психологической поддержки, психотерапевтической коррекции и профилактики психоэмоционального перенапряжения [2, 6].

Учебные программы в пенитенциарных учреждениях соответствуют программам общеобразовательной школы, однако учитывая, что социально-дезадаптированные подростки, как правило, уже задолго да попадания в места лишения свободы перестали учиться, обучение их по этим программам неэффективно. Методика преподавания обычная, без учета каких-либо поправок на психологические особенности социально-дезадаптированных детей [3, 5].

Все вышеизложенное определяет актуальность исследований, направленных на изучение особенностей формирования психических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы, и разработку принципов оказания психиатрической помощи.

В связи с этим нами поставлены задачи определения социально-психологических факторов риска развития у подростков асоциальных форм поведения и развития психических расстройств, а также исследование взаимосвязей между наличием и выраженностью этих факторов риска и психическими расстройствами. Для решения поставленных задач были использованы экспериментально-психологические и клинико-психопатологические методы исследования. Объектом исследования явились 577 подростков обоего пола (247 мальчиков и 330 девочек), отбывающих наказание в колониях для малолетних преступников.

Было проведено комплексное клинико-психопатологическое исследование, учитывающее биологические, социально-психологические, клинико-психопатологические и поведенческие факторы в их причинно-следственных взаимоотношениях, что легло в основу системного подхода к оценке формирования психических расстройств у делинквентных подростков.

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что при формировании состояний дезадаптации имеет большое значение влияние таких неблагоприятных социально-психологических факторов как неполная или деструктивная семья, конфликты со сверстниками, психологическая склонность к алкоголизации, злоупотребление токсическими веществами, употребление наркотиков. Особенностями проявления дезадаптации подростков являются нарушенные формы поведения, которые проявляются как антидисциплинарные и антиобщественные поступки и служат одним из механизмов компенсации социального конфликта.

Следует подчеркнуть, что около 80 % несовершеннолетних еще до совершения уголовно наказуемого деяния зарекомендовали себя с негативной стороны. Многие из них за антисоциальное поведение подвергались мерам административной ответственности и общественного воздействия; большинство мальчиков (79 %) и девочек (59 %) состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, а также 76 % мальчиков и 88 % девочек отличались деморализацией в сфере полового поведения. Они начинали вести сексуальную жизнь до достижения 16 лет, причем девочки приобретали свой первый сексуальный опыт, как правило, через насилие, что обуславливало нравственно-психологическую деформацию их личности. Большая часть из них успели пройти курс лечения в венерических диспансерах и произвести незаконные аборты.

С целью изучения роли семейной дезадаптации в формировании криминальных наклонностей подростков нами был проведен корреляционный анализ между различными проявлениями семейной дезадаптации и характером совершенных подростками социально опасных поступков и действий. Из различных проявлений социально опасных поступков и действий у мальчиков наибольшее количество значимых корреляционных связей с различными проявлениями семейной дезадаптации имели хулиганские действия: так, фактор «родители находятся в местах лишения свободы» соответствовал $r = 0,60$, «родители наркоманы» — $r = 0,61$, «родители алкоголики» — $r = 0,68$. В отличие от мальчиков, у девочек отмечается тесная взаимосвязь между такими факторами как «употребление токсических веществ» и «родители наркоманы» — $r = 0,63$, «родители алкоголики — $r = 0,67$. Необходимо также подчеркнуть тесную взаимосвязь между фактором «жестокое обращение с детьми в семье» и соучастием их в убийстве ($r = 0,67$) в группе мальчиков и соучастием в изнасиловании ($r = 0,67$) в группе девочек. Склонность к бродяжничеству коррелирует у мальчиков с такими факторами семейной дезадаптации, как «лишение родителей родительских прав» ($r = 0,61$), «родители находятся в местах лишения свободы» ($r = 0,63$), а у девочек с фактором «деструктивная семья» ($r = 0,61$), ($p < 0,05$). Полученные данные подтверждают ведущее значение семейной дезадаптации в формировании делинквентного поведения подростков и указывают на некоторые половые различия в его возникновении.

В результате клинико-психопатологического обследования нами установлена облигатность у делинквентных подростков пограничных, преимущественно астенических и психопатических расстройств. Так, астенический синдром был характерен для 48 % обследованных девочек и 47 % мальчиков, астено-невротический — 37 % мальчиков и 40 % девочек, астено-депрессивный — 4 % мальчиков и 23 % девочек, психопатический — 67 % мальчиков и 53 % девочек, психопатоподобный — 28 % подростков мужского и 34 % женского пола.

В ходе проведенного исследования у большинства несовершеннолетних выявлены расстройства, которые согласно МКБ-10 относятся к таким группам: несоциализированное расстройство поведения, одиночно агрессивный тип, социализированное расстройство поведения, расстройство привязанностей в детском возрасте, невротические расстройства, острая реакция на стресс, наркомании и токсикомании, подростковая алкогольная зависимость.

Данные расстройства, как правило, возникали на фоне резидуально-органической патологии (обусловленной частыми ЗЧМТ, хроническими интоксикациями), а также инфекционных, соматических расстройств, в клинической структуре которых превалируют нарушения сердечно-сосудистой системы (вегетативно-сосудистая дистония, пограничная артериальная гипертензия), нарушения желудочно-кишечного тракта (гастрит, гастродуоденит), нарушения репродуктивной функции у девочек (альгодисменорея).

При анализе корреляционных связей между социально опасными привычками, действиями и предболезненными психическими изменениями, обращают на себя внимание тесные корреляционные связи между нарушениями в эффекторно-волевой сфере и алкогольной зависимостью мальчиков (r = 0,60), употребление ими токсических веществ (r = 0,66) и наркотиков (r = 0,60), кражами (r = 0,61), хулиганскими действиями (r = 0,60), соучастиями в убийстве (r = 0,61) и изнасиловании (r = 0,62). В то же время у девочек отмечаются тесные корреляционные связи между нарушениями в эмоциональной сфере и всеми проявлениями социально опасных привычек и действий (кражами — r = 0,67, ранней половой жизнью, соучастиями в убийстве — r = 0,66 и изнасиловании — r = 0,57).

Следует подчеркнуть, что тесные корреляционные связи между нарушениями в сфере мышления и социально опасными поступками и действиями, выявленные в равной степени и у мальчиков и у девочек, объясняют, по нашему мнению, недоосмысление подростками социальных норм и общественных правил.

Наблюдение за подростками в период отбывания наказания показывает, что они часто оказываются не в состоянии полностью справиться с правилами тюремной жизни и подчиняются этим правилам только с одной целью — выжить.

Проведенный нами анализ результатов экспериментально-психологического исследования личности несовершеннолетних правонарушителей показал, что содержание криминогенного комплекса личности подростков составляют: 1 — истероидный; психопатоподобный, лабильный, гипертимный, неустойчивый, шизоидный типы акцентуации характера; 2 — специфическая система ценностей, ориентированная на реализацию в будущем только формально-ролевой функции личности; 3 — поведенческие особенности, отражающие асоциальные установки подростка.

Строгая регламентация всех действий подростка в процессе отбывания наказания приводит к усугублению индивидуально-психических особенностей, составляющих криминогенный комплекс личности. Суть усугубления заключается в формировании у несовершеннолетних готовности к совершению нового преступления.

Полученные нами данные легли в основу разработки индивидуальных программ психиатрической и психологической помощи. При этом комплекс психотерапевтических мероприятий должен быть направлен, прежде всего, на предотвращение десоциализации подростка, на повышение его самооценки, изменение неадекватного уровня притязаний, устранение искаженного образа «Я», создания широкой временной перспективы.

На наш взгляд, для профилактики рецидива правонарушений и суицидального риска у делинквентных подростков целесообразно в работе с данным контингентом использовать комплекс психодиагностических методик обследования, который обязательно должен включать объективные, субъективные и проективные методы, что позволяет всесторонне обследовать подростков.

Проведенные нами исследования позволяют сделать вывод о необходимости реформы психиатрической и психотерапевтической службы в условиях пенитенциарной системы, которая должна включать в себя:

1. Введение в штат медицинских работников пенитенциарной системы врачей психиатров, психоневрологов, с обязательным сохранением в штате психологов.

2. Специальную подготовку медицинских психологов и психологов-педагогов для работы с подростками, находящимися в местах лишения свободы, с учетом дифференцированного подхода к обучению подростков.

3. Введение личностно-ориентированных поэтапных реабилитационных программ, направленных на формирование должной адаптации делинквентных подростков к условиям заключения и профилактики возникновения психических расстройств, а также рецидива преступления.

Литература

1. *Балабанова Л. М.* Судебная патопсихология. — Харьков, 1998. — 210 с.

2. *Бандурка А. М., Севостьянов В. С.* Правовое положение осужденных к лишению свободы.— Харьков, 1997.— 179 с.

3. *Васильев В. П.* Юридическая психология. — Санкт-Петербург, 1998.— 340 с.

4. *Гавенко В. Л.* Предболезненные психические изменения и расстройства у молодых лиц // Журн. Социальная и клиническая психиатрия.— 1995.— Т. 2.— Вып. 1.— С. 70—75.

5. *Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М.* Основи дитячої патопсихології. — Київ,1996. — 542 с.

6. *Штанько И. В.* Пенитенциарная система Украины // Служба безопасности. — № 11—12.— 1999. — С. 20—22.

7. *Штанько И. В.* Пенитенциарная система Украины // Служба безопасности. — № 1. — 2000. — С. 16—18.

8. *Сыропятов О. Г.* Судебная и пенитенциарная психиатрия. — Киев,1998. — 220 с.

PRINCIPLES OF RENDERING OF THE PSYCHIATRIC HELP IN CONDITIONS OF THE ADOLESCENTS PENITENTIARY SYSTEM

A. M. Kozhina

Kharkiv State medical University
Kharkiv

During work the study of features of the mental disorders formation at adolescents who was taking place in prison and development the principles of the psychiatric help was carried out.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ПСИХОЗЕ У ПОДРОСТКОВ

В. М. Козидубова

Харьковская медицинская академия последипломного образования г. Харьков

В литературе существуют указания на необходимость изучения депрессий в рамках маниакально-депрессивного психоза у подростков в связи с существующей тенденцией к замаскированному течению этих состояний в пубертатном возрасте (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 1999; Гурьева В. А., 1996; Ковалёв В. В., 1995; Личко А. Е., 1985). Как отмечает Иовчук Н. М. (1999), нераспознанные аффективные расстройства, особенно повторяющиеся или затяжные состояния в возрасте «первичной социализации» приводят к тяжелым формам дезадаптации, имеющим порой необратимый характер. Всё это диктует необходимость изучения депрессивных состояний в рамках МДП у подростков.

В данной работе приводятся результаты клинико-психопатологического изучения больных циркулярной депрессией (ЦД). Группа больных состояла из 18 подростков в возрасте от 12 до 17 лет (14 девочек, 4 мальчика).

Изучение анамнестических сведений показало, что к факторам, которые могли спровоцировать начало болезни, в незначительной части случаев относились психогении (19±10 %), реже — инфекционные заболевания и интоксикации (6±6 %); однако, у большей части больных нами не установлено каких-либо факторов, которые могли бы способствовать началу болезни.

К первым признакам болезни чаще родителями были отнесены (при целенаправленном расспросе) такие нарушения, как подавленность (76±11 %), грусть (59±12 %), безрадостность, безразличие (53±12 %), слезливость, тревога (47±12 %), вялость, заторможенность (41±12 %), угрюмость (29±11 %), реже — жалобы на головные боли, головокружения, плохой аппетит. В отдельных случаях у подростков выявлены, как первые признаки заболевания, суицидальные мысли и поступки.

Чаще болезнь была замечена родителями и другими членами семьи, нежели самими больными. Начало болезни было, как правило, внезапным (94±6 %), очень редко — постепенным (6±6 %).

Почти у всех обследованных подростков вышеупомянутые признаки начала заболевания вызывали изменения в активности, работоспособности, интересах, играх, нарушения в эмоциональной сфере (настроении, аффективных проявлениях) и в поведении. Нередко выявлялись также изменения в самочувствии (76±11 %), в умственной работоспособности (71±11 %), в состоянии двигательной сферы; причём выявлено явное преобладание частоты проявлений двигательной заторможенности (82±10 %) над моторной расторможенностью (18±10 %).

Нередко при целенаправленном расспросе родители жаловались на появление у больных угрюмости, подавленности (65±12 %), несколько реже — замкнутости, отгороженности, снижения интереса к прежним увлечениям (29±11 %); пассивности, малообщительности (24±11 %), медлительности (18±10 %). Иногда родители отмечали появление у подростков раздражительности (18±10 %), ещё реже — рассеянности (12±8 %), недовольства или утомляемости (6±6 %).

Течение болезни было, как правило, приступообразным (71±11 %), в редких случаях — непрерывным или последовательным. Третья часть больных ранее лечилась в условиях психиатрических стационаров.

При изучении соматического и неврологического статуса больных подростков нами не было установлено в момент обследования выраженных изменений. Лишь в единичных случаях определялись микросимптоматика в неврологическом статусе и изменения на краниограмме резидуально-органического характера.

Диагноз ЦД основывался на наличии у больных признаков депрессивного аффекта и вторичных расстройств, а также отсутствии выраженной связи психических нарушений с экзогенными моментами. Эндогенная циркулярная депрессия диагностировалась в случаях периодического повторения приступов (фаз) болезни. Минимальная продолжительность катамнеза была равна двум годом. В 4 случаях определялось биполярное течение болезни, в остальных — монополярное. Продолжительность фаз была различной: от нескольких часов (у 2 больных) до 3 месяцев, однако чаще приступы длились в течение 2—3 недель. Нами не выявлено закономерной связи между возрастом и продолжительностью аффективных фаз.

Клинико-психопатологическое изучение показало, что в рамках ЦД у подростков, как правило, имела место утрата естественной жизнерадостности. Структуру аффективных расстройств составляла преимущественно тоска, однако, в единичных случаях в неё вкрапливались элементы тревоги, реже — апатии. Преобладание тоскливого депрессивного аффекта обнаруживалось в жалобах родителей на грусть, уныние, угнетенность, ощущение подавленности. Однако, эти жалобы, как правило, удавалось выяснить при целенаправленном опросе, так как больной и родители сами не связывали отмеченное состояние с болезнью и не предъявляли их активно.

Такие признаки аффективной угнетенности, как собственно тоска, печаль, чувство безысходности, присущие взрослым больным при преобладании тоскливой депрессии, у подростков также встречались с незначительной частотой. Традиционно это объясняют недостаточной вербализацией переживаний, ограниченностью словесного отчёта, хотя

такое объяснение нам не представляется очевидным и требует анализа.

Клиническое изучение идеаторной сферы дало возможность определить признаки заторможенности мыслительной деятельности у каждого второго больного, что обнаруживалось в особенностях речи, которая отличалась лаконичностью, элементарностью; ответы на вопросы подростки давали после длительных пауз, неохотно.

У больных имели место и другие расстройства динамики мыслительных процессов. В ряде случаев можно было выявить сужение объема ассоциаций, затруднения в осмыслении простых вопросов, инструкций, даже в беседах, касающихся обыденных моментов.

Отмеченные расстройства подчас вызывали сомнения в отношении интеллектуальной полноценности больных. Такие сомнения не возникают в клинике депрессий у взрослых (за исключением старческого возраста), тогда как у детей и подростков — почти постоянно. У последних отмечалось значительное снижение школьной успеваемости, что отражалось в ослаблении усвоения школьных знаний, навыков и умений. Часто родители, а иногда и сами больные, жаловались на нарушения памяти и внимания, затруднения мышления; отмечены также жалобы на «тупость», «недопонимание» простых понятий, что вызывало трудности обучения в школе, адаптации в обыденной жизни. В отличие от дебильности, больные депрессией высказывали эти жалобы сами, и по выходе из депрессии жалобы исчезали.

В числе расстройств мышления у подростков, больных ЦД, имели место также нарушения семантического типа, среди которых преобладали идеи малоценности, самообвинения (70±11 %). В высказываниях больных звучали идеи собственной ненужности, пессимизма, реже — осознание вины перед близкими, заниженная самооценка. Некоторые больные высказывали при расспросе рудиментарные идеи самообвинения, «малоценности», например: «я никчемная», «не способный», «не нужна обществу», «ничего не получается», «не могу быть полезна» и т. п. Такие высказывания, хотя и носили незавершенный характер, отражали неудовлетворенность подростков своими способностями, осознание вины перед близкими, что свидетельствовало об изменении самооценки, в частности, о её занижении в отношении самого себя, как личности. Вместе с тем, они свидетельствовали и об известной сохранности и даже заострении самокритики, редко переходящей грань, за которой находится бред самоуничижения в выраженной форме. Сверхценная негативная самокритика (как мы бы её назвали) у депрессивных подростков обычно нестойка, скоропроходяща.

Нами проводилось также целенаправленное изучение двигательных нарушений. Эти расстройства прослеживались в экспрессии, поскольку были связаны с преобладающим аффектом. Взгляд тоскливых подростков — грустный, малоподвижный, мимика выражает печаль, страдания, движения замедленные, но никогда не доходят до степени аффективного ступора. Такие признаки выявлены нами в 80±10 % случаев.

Следует отметить, что описанные в рамках депрессивного состояния аффективные, идеаторные и моторные нарушения у обследованных больных были чаще всего замаскированы соматоподобными симптомами. Наиболее частыми были жалобы на неприятные ощущения в груди, чувство давления, затрудненное дыхание; иногда жалобы на то, что «плохо в груди», «болит душа», «тяжело на душе».

Описанные соматопсихические нарушения, которые подчас трудно отличить от сенестопатий, встречались с меньшей частотой, по сравнению с другими, более простыми по структуре, расстройствами — сомато-вегетативными. Последние отличались значительным разнообразием. В ряде случаев имели место функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. С большим постоянством отмечено снижение или утрата аппетита. В одном случае утрата аппетита сопровождалась состоянием, близким к тяжёлой анорексии, что вызывало резкую потерю в весе, ухудшение соматического состояния. Обнаруживались также жалобы на тошноту, боли в животе, запоры или поносы.

У больных циркулярной депрессией отмечались проявления вегетативно-сосудистой дистонии. Подростки часто жаловались на головные боли давящего или пульсирующего характера, сопровождающиеся головокружением, лабильностью пульса, артериального давления, дистальной гипотермией и гипергидрозом. Наряду с этим, у больных имели место жалобы на боли в области сердца, приступы сердцебиения или приступы с ощущениями «замирания сердца». У девочек-подростков в ряде случаев (33±21 %) на фоне депрессии отмечались нарушения менструальной функции в виде дисменореи, аменореи, альгодисменореи. Однако в большинстве случаев жалобы соматического характера не находили объективного подтверждения. Кроме того, выявлены такие расстройства, как вялость, пассивность, замкнутость, безразличие, потеря интереса к прежним увлечениям, подчеркнутое послушание, заторможенность, задумчивость. Контакт со сверстниками был, как правило, затруднен, отсутствовало стремление к нему.

Депрессивная деперсонализация с элементами болезненной психической анестезии в виде переживания обеднения, ущербности естественных чувств к близким, окружающему, симптомами ангедонии встречались в единичных случаях. Эти переживания носили тягостный, мучительный характер, порождали рудиментарные и сформированные суицидальные идеи и поступки (60±16 % и 10±10 % соответственно).

Таким образом, изучение структуры депрессивного состояния с позиции общей психиатрии в рамках ЦД у подростков обнаруживает значительное сходство с тем, что свойственно взрослым больным Это, прежде всего, относится к преобладанию симптомов классической триады, однако, в отличие от взрослых, у подростков на передний план выступают нарушения, связанные с идеаторными и моторными компонентами триады (жалобы на трудности обучения и поведения), тогда как собственно аффективное звено оказывается «второстепенным» в представлениях больных и их близких и поэтому

обнаруживается лишь при целенаправленном изучении в процессе наблюдения за больными. Это связано с недостаточной вербализацией детьми и подростками своих переживаний и ограниченной способностью оценивать своё состояние. Представленные данные клинико-психопатологического изучения депрессивных состояний при циркулярном психозе указывают на наличие особенностей проявлений данной патологии у подростков и необходимость учёта их при диагностике и дифференциации с другими формами патологии.

Литература

1. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — М.: Изд-во ин-та психотерапии, 1999.— 304 с.
2. *Гурьева В. А.* Психогенные расстройства у детей и подростков. — М.: Крон-пресс, 1996. — 207 с.
3. *Иовчук Н. М.* Эмоциональные нарушения // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. — С.-Пб.: Питер, 1999. — С. 241—242.
4. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
5. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.

CLINICAL FEATURE OF DEPRESSIVE DISORDERS AT CIRCULAR PSYCHOSIS BESIDE ADOLESCENTS

V. M. Kozidubova

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
Kharkiv

In work presented data a clinic-psychopathological studying a circular psychosis beside sick adolescents. Pointed To particularities of manifestations of given pathology beside adolescents and need of account of described particularities at the diagnostics maniac-depressive psychosis.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФРУСТРАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У СТАРШОКЛАСНИКІВ ЯК ЧАСТИНА ПРОГРАМИ ПЕРВИННОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

В. М. Шпаченко

Харківський обласний психіатричний диспансер
м. Харків

Актуальність первинної психопрофілактики алкогольної залежності серед старшокласників пояснюється багатьма чинниками. Чисельність питущих підлітків в усьому світі, включаючи Україну, неухильно зростає [1, 2, 3]. В Україні статистичні дані свідчать, що наприкінці 90 років зареєстровано більше двох мільйонів хворих на алкогольну залежність (без першої стадії); однак, як вважає Синицький В. Н., у реальності їх значно більше [4]. Актуальність боротьби з алкогольною залежністю пояснюється також скороченням тривалості життя питущих чоловіків, що мають захворювання серця, у середньому на 17 років, що визначає медичну і соціальну значимість попередження алкогольної залежності [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Разом з цим, первинна психопрофілактика в старшокласників, практично, не вивчалася і далека від її адекватного рішення. Лише в окремих роботах відзначалося, що варто починати пошук нових теоретичних моделей психопрофілактики [13, 14]. Мотиваційне ставлення до алкоголю досліджувалося при вивченні потягу до алкоголю в хворих на алкогольну залежність і в набагато меншому ступені для дослідження інтересу до алкоголю здорових осіб [15, 16]. Все це спонукало нас до спроби з'ясування характеру і ступеню мотиваційного інтересу до прийому алкоголю в старшокласників, для чого обрана методика дослідження фрустрації, що виникає в ситуації перешкоди до одержання алкоголю і ситуаціях обвинувачення старшокласника в неприпустимому вживанні спиртного напою.

Класична методика Розенцвейга не може бути використана для дослідження специфічних мотивів (у даному випадку — мотиваційного ставлення до алкоголю). Тому нами була розроблена оригінальна методика дослідження з використанням прототипів [17, 18]. Стимульний матеріал нашого методу являє собою 20 малюнків із фруструючими підлітка ситуаціями, властивими саме підлітковому віку. В малюнках нами змодельовані два типи ситуацій, які виявляють толерантність підлітка до фрустрації, пов'язаної з перешкодою в прийомі алкоголю. У ситуаціях першого типу підліток є перешкодою доступу до алкоголю суб'єктом або ж обставинами. Таких ситуацій 15 — 1, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. Ситуації другого типу змодельовані у звинувачуванні неприпустимого вживання спиртного. Їх — 5. Запропонована така нова інтерпретація, що дозволила виявити ступінь агресивності і її динаміку в ситуаціях, пов'язаних з утрудненням прийому алкоголю і тим самим вперше отримана можливість математичного аналізу ступеня виразності підсвідомого інтересу підлітка до спиртного.

Реакції підлітка по спрямованості в ситуаціях фрустрації, як і в класичній методиці кваліфіковані

нами як екстрапунітивні — *E*, інтрапунітивні — *I*, та імпунітивні — *M*, а типи — як перешкодно-домінантний — *OD*, его-захисний — *ED*, та необхідністно-упертнісний — *NP*. У межах кожного типу виділені варіанти: *E*, *I* і *M*. Для першого: *E′*, *I′*, і *M′* другого — *E*, *E̲*, *I*, *I̲*, *M*, третього: *e*. *i*, *M*.

Запропонований раніше спосіб оцінки реакції продовження потреби, ми вважаємо, стосовно до нашого дослідження, як такий, що не повною мірою розкриває сутність механізму мотиваційного ставлення до алкоголю. Тому ми запропонували власний новий термін і цілком інше теоретичне розуміння сутності мотиваційного ставлення до алкоголю при фрустрації внаслідок утруднення доступу до нього або при обвинуваченні «его», як-от: спосіб подолання перешкоди (СПП); основна увага приділяється поведінковому вираженні потребнісного переживання. Активний намір задовольнити потребу в прийомі спиртного напою шифрується як C_1. Пошук варіантів негайного задоволення в одержанні спиртного, з заміною одного спиртного напою на інший, — C_2. Тип C_3 — допуск відстрочки в часі. C_4 — захисно-виправдувальний СПП, що виявляється у вербальному запереченні навмисного вжитку спиртного, в якому зосереджена узагальнена характеристика відповідей, що дозволяє одночасно індивідуалізувати аналіз реагування з обліком сукупності даних (тип реакції і т. п.). C_5 — фіксація уваги на недоступності алкоголю внаслідок зовнішньої перешкоди. Прийом спиртного признається досить зрозумілим. Негативне ставлення до прийому відсутнє. C_6 — заперечення потреби спиртного напою без деталізації причин заперечення. C_7 — заперечення потреби в спиртному внаслідок повного утримання від спиртного. C_8 — у відповіді констатація факту, як такого, непевність або згода без уточнення.

За допомогою зазначеної методики нами обстежено 257 старшокласників: хлопчиків 117, дівчаток — 130. З них 107 чоловік навчалося у восьмому класі, 140 — у десятому. Всі обстежені на момент обстеження не пред'являли будь-яких скарг на стан здоров'я і не знаходилися на обліку в психіатрів або під наглядом міліції. Нами вперше отримані статистично достовірні стандартні відповіді для старшокласників, стосовно до фрустрації при блокуванні доступу до алкоголю. Становить інтерес порівняння отриманих даних між хлопчиками та дівчатами і за віком (восьмі класи — десяті): восьмикласники хлопчики дають такі стандартні відповіді: тип *ОД* ситуації 8, 11 — *E′*, тип *NP* — сит. 9, 12, 13, 15, 16 — *i*; дівчатка: тип *NP* — сит. 9 — *i*. Десятикласники відповідно: тип *ЕД* сит. 4 — *E̲*; 5 — *M*; 10 — *E*; тип *NP* — сит. 1, 9, 12, 13 — *i*; дівчата відповідно: тип *ЕД* — сит. 4 — *E̲*; сит. 5 — *M*; сит. 10 — *I̲*; тип *NP* — *i*.

Порівняльний аналіз наведених відповідей показав, що восьмикласники-хлопчики істотно відрізняються від дівчаток (є лише один збіг рахункових чинників). Згодом (через два роки) розходження істотно змінюється, збіг ми бачимо вже по чотирьох рахункових чинниках. Істотним є той факт, що хлопчики восьмого і десятого класу також мають менше розходжень між собою. При цьому, шаблонізація ставлення до випивок формується в дівчаток повільніше, чим у хлопчиків; у останніх в структурі его-захисного і перешкодно-домінантного типу, а у дівчаток тільки в структурі его-захисного. Хлопчики восьмого класу фруструються наявністю перешкоди; але вже через два роки така реакція для них малотипова. Тим самим є очевидним, що початок первинної психопрофілактики повинний починатися раніш десятого класу, коли перешкоди ігноруються.

Визначений стандарт внаслідок статистичної достовірності ($p<0,05$) є характеристикою фрустраційної толерантності сучасних старшокласників стосовно мотиваційного ставлення до вжитку спиртного. У відмінності від дослідження загальних фрустраційних нормативів, отримані дані не можуть вважатися медико-біологічною нормою. Тому для оцінки наявності (відсутності) нормативного показника медико-біологічної і психологічної норми варто розробити особливий стандарт. Встановлення останнього можливо лише за умови визначення, яке мотиваційне ставлення до алкоголю є для старшокласника нормою. Це принципово важливе питання. У сучасній наркології існують різні підходи до визначення спрямованості первинної психопрофілактики; для дорослих можна виділити дві концептуальні точки зору: заклик до повної тверезості і спроба домогтися дотримання людиною, так названих, «безпечних доз» уживаного спиртного. Стосовно до учнівських старших класів такого поділу не існує. Вважається адекватним виключення алкоголю з життя підлітка [19]. Різні наукові школи і законодавства дотримуються, проте, різних меж віку, до якого вважається необхідність повної абстиненції: від 16 до 20 років [11]. У випадку проведення первинної психопрофілактики питання виявляється істотним, тому що профілактичні програми повинні зважати на зміну мотиваційного ставлення до вжитку спиртного. На наш погляд це потребує нових дефініцій терміну тверезості, як-от: «біологічна тверезість», «соціальна тверезість». «Біологічна тверезість» — повне виключення вжитку будь-якого спиртного напою до формування біологічної зрілості людини, оскільки кістяк людини формується, — має бути нормою до 25 років. Розгляд поняття «соціальна тверезість» виходить за рамки нашого дослідження. Прийнявши цю концепцію за базову теоретичну основу для аналізу типу і спрямованості фрустраційних реакцій старшокласників, ми класифікуємо якість нормативних реакції за напрямами: а) відсутність фіксації на перешкоді в одержанні алкоголю; б) категоричному запереченні факту вжитку алкоголю внаслідок байдужності до нього, або внаслідок позиції тверезості; в) підкреслення своїх дій, що доводять тверезість (відповіді типу — «особисто я п'ю тільки пепсі або колу»). Реакції подолання перешкоди в цьому випадку в нормі будуть 6 і 7 типів.

У подальшому нами будуть розроблені нормативні показники GCR для старшокласників.

Отримані нами дані про характер фрустраційних специфічних реакцій старшокласників дають можливість визначити ступінь соціальної адаптації, упорядкувати програми первинної психопрофілактики пияцтва й алкогольної залежності.

Література

1. *Stanhardt W.* // Alkohol. Drugs. Psychotrope stoffen.— 1985.— Bd. 11. No 1.— S. 9—17.
2. *Davidson F. et al.* // Rev. Epidem. Sante publ. — 184. Vol. 32. — No 5— 9. — P. 301—314.
3. *Никифоров И. А.* Профилактика раннего алкоголизма и наркомании // Здравоохранение Российской Федерации. — 1990. — № 10. — С. 12—15.
4. *Синицкий В. Н.* Комплексная терапия хронического алкоголизма // Лікування та діагностика. — 1966. — № 2. — С. 40—44.
5. *Вирганская И. М.* Внезапная смерть и алкоголизм // Здравоохр. Рос. Фед. — 1991. — № 6. — С. 18—20.
6. *Сухонен О., Аромаа А., Реунанен П. А.* // Терапевтический архив. — 1982. — № 11. — С. 33—36.
7. *Luck J., Engel T.* // Ann. Intern. Med — 1983.— Vol. 98.— No 2. — P. 253.
8. *Макаров В. В.* Первичная профилактика наркологических заболеваний у подростков // Вопросы наркологии. — 1991. — № 3. — С. 22—25.
9. *Филатов А. Т.* Алкоголизм, вызванный употреблением самогона. Киев. — 1986. — С. 44—45.
10. Укрепление здоровья на рабочих местах: алкоголизм и наркомания // Докл. ком. эксп. ВОЗ. — Женева, 1995. — С. 36—39.
11. Handbook for alkohol education. — N.-Y., 1983. — 850 p.
12. *Личко А. Е., Лавкай И. Ю.* Метод раннего выявления подростков и юношей с высоким риском алкоголизации в целях первичной профилактики алкоголизма // Журн. невропатологии и псих. им. Корсакова.— 1987. — № 2. — С. 247—249.
13. *Гирич Я. П., Поспелова Т. В.* Мотивационный аспект структуры личности в наркологически ориентированных исследованиях. В кн.: Вопросы первичной и вторичной профилактики хронического алкоголизма: межвед. сб. / Под ред. Я. П. Гирина, Н. В. Мыльниковой. — Красноярск: Изд. КУ. — 1984. — С. 20—25.
14. *Леонтьев А. Л.* Деятельность, сознание, личность. — М.: Политиздат, 1975. — С. 220—225.
15. *Мартыненко А. А.* Система психопрофилактики пьянства и алкоголизма на промышленном предприятии / Учебное пособие. — М.: ЦОЛИУВ, 1987. — 47 с.
16. *Личко А. Е., Иванов Н. Я.* Патохарактерологический диагностический опросник. — Л., 1975. — 80 с.
17. *Rosenzweig S., Fleming E., Clark H.* Revised scoring manuel for Rosenzweig picture-frustration study. — J. Psychol.— 1947. — N 24.
18. Способы объективизации психопрофилактики хронического алкоголизма / Метод реком. Способ объективизации психопрофилактики хронического алкоголизма и курения. МЗ УССР / Сост. А. А. Мартыненко А. А. — Харьков, 1986. — С. 3—23; 27—36.
19. *Копыт Н. Я., Сидоров П. И.* Профилактика алкоголизма. — М.: Медицина, 1986. — С. 92—132; 206—228.

THE ADOLESCENTS FRUSTRATION REACTIONS INVESTIGATION AS A PART OF THE ALCOHOLIC DEPENDENCE PRIMERY PREVENTION PROGRAM

V. M. Shpatchenko

Kharkiv Regional psychiatric dispanser
Kharkiv

Although a number of different investigations excessive alcohol consumption and it prevention in adolescents are described, some aspects of primary prevention of the alcohol using of pupils (14—16 years old) failed to attend. A new scientific point of view in primary prevention of alcoholic dependence had discussed. Author has proposed a recent variant of the psychological test-frustration test original modification for discovery a motivation to alcohol drinking in school pupils.

ПЕРЕДХВОРОБНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ (прогноз формування, перебігу та клініки)

А. І. Долганов

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії м. Харків

Протягом останнього десятиріччя серед населення нашої країни зростає рівень психічних захворювань [5, 9]. Важливою ланкою у формуванні психічних захворювань є стан передхвороби. Проблемою вивчення передхворобних психічних розладів займалося багато провідних учених психіатрів як країн СНД, так і за рубежем. Серед них особливе місце займають дослідження Семічова С. Б [11], Абрамова В. А. Кутько І. І., Напрєєнко О. К. [1], Александровського Ю. А. [2], Гавенко В. Л. [6], George C. [13]. Але, разом з тим, залишаються відкритими питання вчасного прогнозування передхворобних психічних розладів (ППР) та проведення своєчасної їхньої психопрофілактики. Тому вивчення закономірностей патоморфозу передхворобних психічних розладів, прогностичних чинників у їхньому розвитку, перебігу та клініки на сучасному етапі, дозволяє розширити знання про патогенез психічної передхвороби, без якого неможливо цілеспрямовано та обґрунтовано проводити діагностику, лікування та психопрофілактику психічної патології.

З цією метою була розроблена система раннього прогнозування психічних розладів, та на вибірці операторів Запорізької АЕС з психічною передхворобою було проведено клініко-психопатологічне вивчення її ефективності у прогнозі формування перебігу та клініки передхворобних психічних розладів.

Система раннього прогнозування психічних розладів — складна система, яка включає в себе систему прогностичних факторів формування психічної передхвороби, методику прогнозування передхвороби та систему психіатричної експертизи осіб з високим ризиком психічної передхвороби.

Інтегральним показником стану системи прогностичних чинників формування психічної передхвороби є показник резерву психічного здоров'я (РПЗ), який характеризує стійкість стану психічного здоров'я людини по відношенню до розвитку передхворобних розладів психіки [7, 8]. Ця стійкість відображає стан складної моделі, яка прогнозує систему реактивності психіки людини і складається з підсистем чинників пошкодження психічної діяльності та чинників психічної адаптації (специфічних саногенних чинників). Величина РПЗ визначається в моделі, котра прогнозує взаємодію чинників цих підсистем, і виражається у імовірнісному клініко-психологічному показникові реактивності, який відображає ступінь імовірності та характер змін психічного здоров'я, які прогнозуються, відносно передхворобних розладів.

Імовірнісний клініко-психологічний показник складається з кількісної та якісної характеристик. Кількісна характеристика — це ступінь імовірності розвитку передхворобних психічних розладів. Якісна характеристика містить указівку на якісний прогноз передхворобних психічних розладів. Ця характеристика, за наявності відповідних свідчень, відображає тип (парціальний, тотальний), форму, регістр і (або) спектр передхворобних психічних розладів, що прогнозуються.

Згідно з характеристиками імовірнісного клініко-психологічного показника оцінюється РПЗ, який знижується у міру збільшення типу, форми психічних розладів, що прогнозуються, зростання тяжкості шкал регістрів, переходу від менш специфічних спектрів до більш специфічних і виражається у високій, середній та низькій величинах. Ці величини містять у собі інформацію про тимчасовий період, під час якого висока (низька) імовірність розвитку передхворобних психічних розладів, величину реабілітаційного потенціалу психіки людини, професійну надійність оператора АЕС.

Згідно проведеному дослідженню основними чинниками системи резерву психічного здоров'я, які дозволяють ефективно прогнозувати особливості розвитку, перебігу та клініки передхворобних психічних розладів є: а) конституціонально-біологічні чинники: соматичні хвороби, екзогенні пошкодження головного мозку, психічні розлади в анамнезі, обтяженість спадковості психічними захворюваннями, структурно-особистісні та психофізіологічні особливості людини; б) соціально-психологічні чинники: взаємовідносини в родині, робітничому колективі, матеріальний стан, соціальний стан, рівень настанови на роботу, специфічні умови діяльності, задоволеність соціально-економічними процесами в суспільстві.

Ступінь імовірності розвитку передхворобних психічних розладів, внаслідок соматичної патології, визначається через показник морфофункціонального пошкодження головного мозку, який характеризує імовірність функціональних розладів психічної діяльності внаслідок морфологічного пошкодження структур мозку, відповідальних за психічну діяльність. Цей показник визначається як за характером морфологічних пошкоджень мозку, характерних для соматичного захворювання або екзогенного пошкодження, так і за клінічними характеристиками тяжкості та перебігу нейротропного пошкодження. З клінічних характеристик нейротропного пошкодження головного мозку виділені такі основні чинники: характер (закрита, відкрита з (без) проникаючим пошкодженням мозку, не проникаюча), вигляд (струс легкого, середнього, важкого ступеня, удар, стискання) черепно-мозкової травми; локалізація (позамозкове, мозкове ураження), форма (гостра, хронічна) інфекційного процесу; тривалість дії токсичного агента (гостра, підгостра, хронічна); характер кількісних та якісних змін свідомості; наявність та кінець розладів психічної діяльності; вік.

Показники морфологічного пошкодження мозку, тяжкості та перебігу нейротропного пошкодження об'єднуються в алгоритм, за допомогою якого про-

гнозується ступінь імовірності та спектр передхворобних психічних розладів або нозологічна форма органічного ураження головного мозку.

Згідно проведеному дослідженню прогностичне значення перенесених психічних розладів у розвитку, перебігу та клініці передхворобних психічних розладів оцінюється за їхньою тяжкістю. Тип, форма (реакція, стан), регістр, спектр попередніх психічних розладів з високою імовірністю (74,1 % — 95,8 %) повторюються в наступних передхворобних розладах.

Модель функціональної взаємодії виділених чинників системи РПЗ, при їхньому описі, редукується до суб- та метарівней даної системи, тобто виражається у показниках, класифікаціях, алгоритмах відносин. Тому модель, яка прогнозує динаміку психічного стану при взаємодії людини з її преморбідними особистісними особливостями, з одного боку, та специфічними умовами діяльності оператора станції, негативними соціально-побутовими чинниками, — з іншого, відображена у розробленій класифікації преморбідних структурно-особистісних особливостей та їхніх сполученнях [7], відносно яких прогнозуються імовірність формування психічної передхвороби, з точністю від 73 % (перший рік спостережень) до 84,5 % (третій рік спостережень), її форма, з точністю від 82,6 % до 89,18 %, регістр і спектр психічних розладів, з точністю від 61,7 % до 85,45 %.

Модель, яка прогнозує динаміку психічного стану при взаємодії людини з її психофізіологічними якостями, з одного боку, та специфічними чинниками діяльності оператора АЕС, з другого боку, виражається в мінімально допустимих психофізіологічних нормативах [7], нижче (вище) яких висока імовірність професійної дезадаптації оператора, відносно якої прогнозуються особливості формування психічної передхвороби. Причому, з ряду виділених психофізіологічних якостей людини достатньо однієї, яка не задовольняє ергономічним вимогам оперативної діяльності, щоб у достатній мірі прогнозувати професійну дезадаптацію робітника.

Характер впливу чинників соціального середовища на стан психіки людини (на рівень соціально-психологічної адаптації) виражається в оцінці задоволеності цими чинниками, яка в системі РПЗ доповнює інформацію про ступінь імовірності та тип передхворобних психічних розладів, що прогнозуються. Задоволеність цими чинниками оцінюється за допомогою семантичного диференціалу [8].

Характер взаємовідносин у моделі РПЗ станів соціально-психологічної та психічної адаптацій виражається в єдиному показникові ступеня імовірності розвитку передхворобних психічних розладів. Величина задоволеності чинниками соціального середовища, разом з критеріями психофізіологічного стану доповнюють інформацію про ступінь імовірності та тип передхворобних психічних розладів, що прогнозуються.

У процесі вивчення передхворобних психічних розладів розроблено методику прогнозування цих розладів, яка складається з медичної та психологічної програм.

Програма медичного обстеження містить клінічне дослідження психічного статусу, психопатологічного анамнезу та катамнезу, родоводу (на предмет обтяження спадковості психічними захворюваннями), антропоскопію, антропометрію. У дослідженні враховувалися клінічні характеристики тяжкості перенесеної соматичної патології та екзогенних пошкоджень головного мозку, виявлені клінічним і анамнестичним засобами.

Програма психологічного (психофізіологічного) обстеження містила: стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СМДО (566 тверджень) [12], Шмішека особистісний опитувальник, метод семантичного диференціалу, проективний метод «Будинок — Дерево — Людина» [10], таблицю Шульте — Платонова [3], коректурну пробу (кільця Ландольта), числовий тест на дослідження короткочасної та оперативної пам'яті [4].

Враховуючи недоліки існуючих систем медичного і психологічного відборів, розроблена концептуально нова система психіатричного відбору та експертизи операторів, що складається з медичної комісії з освідчення персоналу АЕС, лабораторії психофізіологічного забезпечення АЕС, лікаря-експерта з відбору персоналу атомних електростанцій, експертної установи, експертної комісії з відбору персоналу атомної електростанції.

Концепція розробленої системи психіатричного відбору операторів АЕС полягає в комплексному підході, де, з одного боку, ставиться ряд вимог до психічного здоров'я та його резерву претендента на посаду оператора, а з іншого боку, накладається ряд обмежень, за наявності яких людина не може бути прийнята на роботу в якості оператора АЕС. Вся донозологічна діагностика стану психічного здоров'я виявляється в показникові РПЗ.

Дана концепція психіатричного відбору операторів передбачає триетапний механізм її реалізації. Перший етап — медичне обстеження. На цьому етапі проводиться відбір психічно здорових претендентів на оперативну посаду. Другий етап — психологічне та психофізіологічне обстеження, що характеризує функціональний стан психіки людини, її адаптаційні можливості на оперативній посаді. Третій етап — винесення лікарем-експертом АЕС висновку про придатність претендента до оперативної діяльності за станом психічного здоров'я та його резерву.

Результати аналізу ефективності медичних обстежень з використанням розробленої системи психіатричного відбору та експертизи за період 1994—1995 рр., в порівнянні з обстеженням без використання цієї системи за період 1991—1992 рр., виявили 54 %-е підвищення діагностики психічної передхвороби на етапі її формування.

Література

1. *Абрамов В. А., Кутько И. И., Напреенко А. К. и др.* Диагностика состояний психической дезадаптации. — Донецк, 1992. — 19 с.

2. *Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П.* Психогении в экстремальных условиях. — М.: Медицина, 1991. — 96 с.

3. *Блейхер В. М., Крук И. В.* Патопсихологическая диагностика. — К.: Здоровье, 1986. — 280 с.

4. *Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психологической диагностике.— К.: Наукова думка, 1989.—198 с.

5. *Волошин П. В., Воробьева Т. М., Марута Н. А.* Эмоциональные нарушения при неврозах // Украинский вестник психоневрологии.— Харьков, 1995.— Т. 3.— В. 1.— С. 3—11.

6. *Гавенко В. Л.* О трудностях диагностики психических расстройств на предболезненном уровне // Материалы научно-практической конференции «На грани нормы и патологии». — Харьков, 1994. — С. 21—22.

7. *Долганов А. И.* Медико-психологический отбор и система поддержания психического здоровья оперативного персонала АЭС // Монография. Запорожье — Энергодар: Видавець, 1998. — 150 с.

8. *Долганов А. И.* Роль социально-психологических факторов в прогнозе развития предболезненных психических расстройств человека // Ж. Вісник проблем біології і медицини. — 1999. — № 10. — С. 121—127.

9. *Михайлов Б. В.* Массовые нарушения психической сферы у населения // Украинский вестник психоневрологии. — Харьков, 1995. — Т. 3. — В. 1. — С. 24—25.

10. *Романова Е. С., Потемкина О. Ф.* Графические методы в психологической диагностике.— М.: Дидакт, 1991.— 256 с.

11. *Семичов С. Б.* Предболезненные психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — 183 с.

12. *Собчик Л. Н.* Методы психологической диагностики. — М., 1990. — 75 с.

13. *George C.* The importance of Early interventions in Psychiatric Prevention-Book of Abstracts of 11 World Congress of Psychiatrics, Humburg, 1999. — P. 213.

PRE-DISEASE MENTAL DISORDERS
(forecast of shaping, currents and clinics)

A. I. Dolganov

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

In the article is developed the system of early forecasting of psychic disorders which consists of system of a reserve of psychic health, technique of its estimation and system of psychiatric examination. In the thesis the concept is developed — a model of psychic health reserve system, its major factors: constitutional-biological, social-psychological — are marked out and prognostic conformities are closely studied of their influence on development, course, clinic and result of pre-disease mental disorders of a man of the present.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк

Харківська медична академія післядипломної освіти
м. Харків

Загальні тенденції сучасності — зростання темпу життя, кількості комунікативних зв'язків, соціально-економічної напруги в суспільстві, урбанізація і науково-технічний прогрес призводять до підвищення захворюваності на психогенні та психосоматичні захворювання [1, 2].

При цьому, будь яке соматичне страждання, навіть якщо в його виникненні психічні впливи і не відіграють провідної ролі, є могутнім психотравмуючим фактором [3, 6], а вторинні невротичні розлади негативно впливають на свою соматичну основу, що створює синдром взаємного обтяжування за механізмом замкненого кола [4, 5].

Все це обумовило необхідність проведеного нами дослідження 992 хворих на захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, травлення, сечовиведення, цукровий діабет, у яких виділено три основні групи непсихотичних розладів психічної сфери: 1). Соматогенний астенічний симптомокомплекс, що сформувався внаслідок нейротоксичного та психотравмуючого впливу соматичного захворювання; 2). Гострі невротичні розлади, що виникли у соматичних хворих внаслідок перенесених психотравм; 3). Невротичні розлади із затяжним перебігом та особистісні розвитки, на фоні яких виникла соматична хвороба.

При розробці схем психотерапевтичної корекції психоемоційного стану та особистісного реагування у хворих із **соматогенним астенічним симптомокомплексом** ми виходили, перш за все, із встановленого зв'язку його з давністю та важкістю соматичного захворювання.

Тому головна роль відводилася раціональній та непрямій психотерапії, спрямованим на ліквідацію страхів несприятливого перебігу і наслідків соматичного захворювання; зниження його соціальної значущості в уявленні хворих; потенціювання ефективності терапії соматичної хвороби.

Підґрунтям системи була гіперболізована апеляція до позитивних зрушень в самопочутті пацієнтів.

Превалювання у більшості цих хворих ергопатичного типу реагування на захворювання і висока соціальна значущість його впливу на відношення до них у трудовому колективі, обмеження кар'єри, обумовлювали відповідну спрямованість корекції.

Для активної перебудови особистісного реагування хворих на захворювання необхідно було зняти явища астенії, домогтися підвищення емоційного фону, тому на першому етапі важлива роль відводилася імперативно-короткофокусним методам: гіпносугестивній психотерапії та навіюванню наяву.

З метою прискорення освоєння навичок експрес-релаксації хворі на додаток до основного курсу гіпносугестивної психотерапії прослуховували в групі відповідні фонограми з музичним супроводженням (6-7 сеансів) з подальшим опрацюванням індивідуальних формул самонавіювання.

На останній психотерапевтичній сесії проводилися раціональна психотерапія та навіювання наяву, спрямовані на закріплення навичок психічної саморегуляції, фіксувалася настанова на використання їх в подальшому, давалися психогігієнічні рекомендації.

Диференційовані схеми психотерапії **соматичних хворих з гострими невротичними розладами** будувалися, виходячи з їхньої клінічної структури, особистісних особливостей хворих, вираженості проявів астенії та емоційної насиченості переживань.

У хворих на ***неврастенію*** психотерапевтичний вплив починався одразу після встановлення емоційного контакту з гіпносугестивної психотерапії, з 3—4 заняття підключалися раціональна та групова психотерапія, які поступово ставали основними в системі патогенетично спрямованого впливу, після 4—5 занять хворі починали освоювати навички психічної саморегуляції.

Враховуючи наявність вираженої трудової установки, соціальний тренінг, як і в першій групі, був спрямований переважно на реадаптацію в трудовому колективі, однак змістовно прив'язувався до психотравми.

Поряд з симптоматичною гіпносугестією в структурі лікувальної системи велике місце займала раціонально-дидактична психотерапія з роз'ясненням механізмів виникнення невротичних розладів, фізіологічної суті процесів, що призвели до патологічних форм емоційного реагування.

При ***дисоціативних та конверсійних розладах*** у соматичних хворих психотерапевтична тактика будувалася з урахуванням характерних особистісних рис (егоцентризм, демонстративність, рентні установки, завищений рівень самооцінки та претензій), а також безпосереднього зв'язку невротичних розладів з психотравмами.

Основними методами в перші 4—5 сеансів були гіпносугестивна, непряма психотерапія та імперативне навіювання наяву, і лише після досягнення позитивної динаміки емоційного стану, нормалізації сну та формування адекватного відношення до психотерапії.поступово підключалася патогенетична психотерапія, яка вимагала певної обережності, поступовості, послідовності, і здійснювалося по суті шляхом перебудови стереотипів особистісного реагування з емоційним підкріпленням.

Оволодіння навичками психічної саморегуляції у цих хворих було більш утрудненим, що потребувало моделювання психологічно важких індивідуально-значущих ситуацій і відпрацювання за допомогою лікаря навичок адаптивної поведінки, то б то засобів біхевіоральної психотерапії.

Характерні для хворих на ***обсесивно-компульсивні розлади*** особистісні риси — високий рівень тривожності, помисливість, «самокопання», а також специфіка емоційних порушень — інтравертованість та імпресивність емоційних проявів, їхній депресивний відтінок, диктували необхідність проведення, насамперед, раціональної психотерапії.

Корекція відношення до соматичного захворювання здійснювалася з урахуванням індивідуальної значущості його впливу на різні сфери соціального статусу (найчастіше — формування відчуття ізоляції), а також обсесивно-зверхцінного типу реагування на захворювання.

Основу психотерапії становило ретельне відпрацювання індивідуальних формул самонавіювання, по суті коротких імперативних самонаказів седативного характеру, спрямованих на дезактуалізацію конкретних симптомів в складних психологічних ситуаціях, з переходом до функціонального тренінгу за модифікованою нами схемою трансактного аналізу.

При побудові психотерапевтичних схем лікування хворих на **невротичні розлади із затяжним перебігом та особистісні розвитки з соматичною патологією** виходили з наявності елементів психопатизації особистості, соціальної дезадаптації; втрати зв'язку невротичних розладів з психотравмами; обтяження їхнього перебігу соматичним захворюванням; невідповідності важкості соматичного захворювання інтерпретації його хворими.

Особистісно-реконструктивна психотерапія цих хворих будувалася в залежності від клінічної структури за тими ж схемами, що і при лікуванні хворих з гострими невротичними розладами, однак більш обережно, спочатку в пом'якшеному режимі, а потім з поступовою інтенсифікацією впливу, з більшим акцентом на соціальну реадаптацію та розвінчування соціальної значущості виявленого соматичного захворювання.

Таким чином, система психотерапії соматичних хворих з непсихотичними розладами психічної сфери має бути побудована з урахуванням поєднання короткофокусних сугестивних методів, спрямованих на нормалізацію емоційного стану та симптоматичну дію щодо сомато-вегетативних проявів, а також реконструктивно-тренінгових супортивних методів пролонгованої дії. Це дозволяє оптимізувати терапевтичний процес і підвищити рівень соціальної, трудової та медичної адаптації хворих на соматичні захворювання.

Література

1. *Волошин П. В.* Перспективи та шляхи розвитку неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Т. 3. — Вип. 2 (6). — С. 5—7.

2. *Марута Н. А.* Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал.— 1997.— Т. 3, № 3.— С. 16—19.

3. *Напрєєнко О. К.* Соматопсихічні розлади // Український вісник психоневрології. — Харків, 1996. — Т. 4, вип. 5 (12). — С. 292—294.

4. *Палеев Н. Р., Краснов В. Н., Подрезова Л. А. и др.* Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник Российской Академии медицинских наук. — Москва, 1998. — № 5. — С. 3—7.

5. *Прокудин В. Н., Шараев П. И., Капкаева А. Я. и др.* О психотерапевтической и психиатрической службе в соматическом стационаре // Независимый психиатрический журнал. — Москва, 1998. — № 11. — С. 62—66.

6. *Смулевич А. Б., Тхостов А. Ш., Сыркин А. Л. и др.* Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 97, № 2. — С. 4—9.

SOME PECULIARITIES OF THE DIFFERENTIAL PSYCHOTHERAPY ON SOMATIC PATIENTS

B. V. Mikhailov, O. I. Serdyuk

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
Kharkiv

Based on psychic status and peculiarities of personality reactions investigations on 992 somatic diseases patients three groups non-psychotic disturbances of psychic functions were marked: 1) Somatogenic asthenic symptomocomplex, performed by neurotoxic and psychotraumatic influence of somatic disease; 2) Acute neurotic disorders, creating by psychotraumatic influence on somatic patients; 3) Long-term neurotic disorders and neurotic formations on the basis of somatic diseases.

The differential schemes of psychotherapy correction were created with the authority of these peculiarities.

ОСНОВНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ

С. М. Мороз

Областная клиническая больница им. Мечникова
г. Днепропетровск

Непсихотические психические расстройства, возникающие во второй половине жизни, демонстрируют специфическую для этого возраста клиническую картину, которая далеко не всегда обнаруживает выраженную органическую окраску, но имеет характерные черты, сформированные психологической и социальной ситуацией стареющей личности [1, 3]

Даже первично органические непсихотические психические расстройства имеют выраженную специфическую психологическую подоплеку [4]. Психотравмирующие ситуации, необходимые как для возникновения невротического реагирования, так и для декомпенсации существующего в течение жизни предрасположения, в периоде обратного развития также являются характерными и специфическими для этой категории больных [1, 2, 3]. Поэтому изучение психологических характеристик и структуры личности данной категории больных способствует улучшению понимания психопатологии, структуры и нозологической принадлежности непсихотических психических расстройств в инволюционном возрасте.

В комплексе используемых методов исследования мы применяли следующие патопсихологические методики: тест MMPI, метод незаконченных предложений, шкала невротизации Айзенка, таблицы Шульте [2]. Этими методами были обследованы 120 больных с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте от 50 до 65 лет (основная группа). Контрольную группу составили больные в возрасте от 25 до 40 лет.

Результаты анализа теста MMPI у больных основной группы представлены на рисунке 1. Усредненный профиль MMPI у этой группы больных свидетельствует о значительно выраженных личностных нарушениях.

Тип профиля — пикообразный, высоко расположенный, наклон — невротический, что говорит о выраженной внутренней напряженности и стрессе, код профиля — 127"3046'589-F'-KL/ (м), 127"3046'89-5/F-KL/ (ж), выражен фактор R (высокие 1, 2, 3 при низкой 9 шкале), что отражает плохое самопонимание, стремление «уйти» от решения жизненных задач, нерациональный подход к различным ситуациям, отход от активной жизненной позиции, социальную зависимость и пассивность, стремление не брать на себя ответственность.

Больные склонны отрицать свои проблемы, приукрашивать себя, недостаточно искренни (L=7, K=17), отмечается невротизация, внутреннее напряжение, стресс (F=15).

Состояние характеризуется раздражительностью, тревожностью, подавленностью, множеством соматических жалоб, фиксацией на своих телесных ощущениях и ипохондричностью, депрессивным фоном настроения. Больные нервозны, быстро утомляемы, испытывают чувство постоянной усталости, испытывают навязчивые страхи за свое здоровье, безынициативны, продуктивность их деятельности утрачена, как и уверенность в себе (высокие 1, 2, 7-я шкалы).

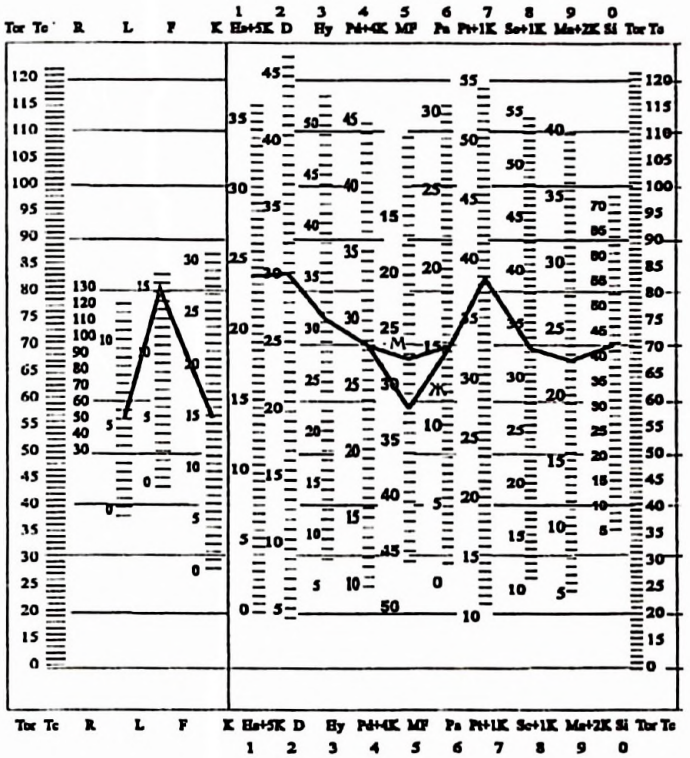


Рисунок 1.

Для больных характерен уход от социальных контактов, ощущение трудности в общении с окружающими людьми, периоды беспокойства и тревоги, переоценка себя (повышенные 3 и 0 шкалы), плохо контроль в сложных ситуациях, возбудимость, подозрительность (повышены 4 и 6 шкалы).

Для того, чтобы более глубоко раскрыть особенности состояния данной группы больных, нами было проведено обследование при помощи метода незаконченных предложений. Данные, полученные этим методом, по сути, поддерживают и раскрывают выводы, полученные при помощи теста MMPI, и также позволяют сделать вывод о снижении адаптивных возможностей данной группы больных.

Во многом данные, полученные с помощью теста Айзенка, согласуются с результатами теста MMPI и метода неоконченных предложений.

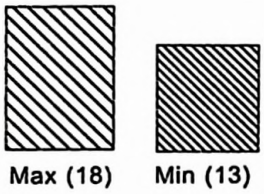


Рисунок 2.

Показатели нейротизма у основной группы больных до лечения колеблются от 18 баллов до 13 баллов (рис. 2), что указывает на повышенную эксплозивность больных этой группы, раздражительность, тревожность, неумение контролировать свои эмоции, невротизацию.

Данные, полученные по таблицам Шульте (объективизация устойчивости внимания и умственной работоспособности), значительно превышают те, что установлены для здоровых испытуемых.

Так, больным требовалось 49 секунд на выполнение задания по 1 таблице, 1'16" — по второй, 1'20" — по третьей, 1'15" — по четвертой, 1'20" — по пятой таблице.

Больные утомляемы, истощаемы, функция внимания нарушена, умственная работоспособность снижена.

Уровень нарушений достаточно стабилен, без резких подъемов и спадов, что указывает на устойчивый, дестабилизирующий деятельность больных патологический процесс, также приводящий к значительному снижению адаптивных возможностей.

85%	1-я табл.	2-я табл.	3-я табл.	4-я табл.	5-я табл.
	49"	1'16"	1'20"	1'15"	1'20"

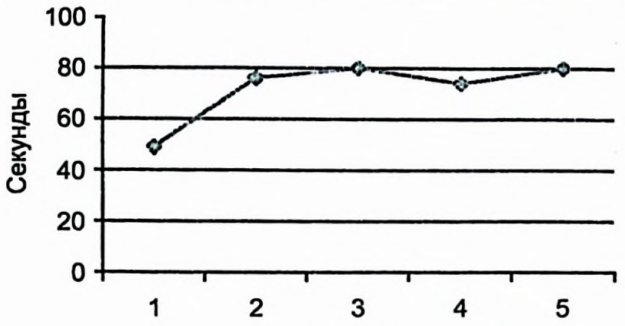


Рисунок 3.

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует о наличии специфических психологических особенностей данной возрастной группы. Органическая основа нарушений у данной группы больных определяет достаточно устойчивые нарушения во всех сферах психической деятельности. Они и составляют матрицу, на которой вырастают психопатологические расстройства. Пониженный порог возбудимости мозга, который выражается в общей мозговой недостаточности, ограничении способности к обучению, снижении темпа психомоторных реакций, ригидности психологических ответов на стресс и хрупкости защитных механизмов, способствует переработке конфликта по типу невротической реакции, исходя из личностной индивидуальной предрасположенности.

Вышеизложенные особенности необходимо учитывать при проведениипсихотерапии у данного контингента больных.

Литература

1. *Корниенко О. В.* Проблема збереження психосоматичного здоров'я людини середнього віку життя // Вісник психічного здоров'я. — № 2. — 1999.

2. *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методики патопсихологии. — М., 1970.

3. *Oswald W. D., Herrmann W. M., Kanowski S., Lehr U. M., Thomas H.* Gerontologie-Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe.— Kohlhammer, Stuttgart, 1984.

4. *Ciompi L., Post F., Lauter H.* Alterpsychiatrie / In: *K. P. Kisker, J. E. Meyer, M. Mьller, E.* Strцmgren: Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Bd. II/2. — Springer, Berlin, 1972.

CHIEF PSYCHOLOGICAL SIGNS IN PATIENTS AT MIDDLE AGE WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

S. M. Moroz

Dniepropetrovsk regional Mechnikoff' hospital
Dniepropetrovsk

Personality structure particularities in the patients with non-psychotic mental disorders at the age of 50—65 yr. has been explored in our article. Specific psycho-logical features of the aging brain has been carried out.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СУПРУГОВ ПРИ ПСИХОПАТИИ У ЖЕНЩИН

В. В. Николаев

Харьковская медицинская академия последипломного образования г. Харьков

Супружеская адаптация во многом зависит от направленности личности, таких ее психологических характеристик, как доминирующая мотивация, ценностные ориентации, проведение досуга, а также от сочетания сексуальной мотивации супругов, мотивов вступления в брак, соответствия или несоответствия психосексуальных типов мужчины и женщины в супружеской паре.

Под нашим наблюдением находились 298 супружеских пар, в которых жены страдали психопатией разных типов и отмечалась супружеская дезадаптация. Учитывая важнейшую роль психологических факторов в развитии дезадаптации, в том числе сексуальной дисгармонии супружеской пары, в особенности при имеющейся у женщин аномалии личности, мы предприняли клинико-психологическое исследование, целью которого было выяснение у супругов указанных выше характеристик.

Личность больных женщин и их мужей исследовали с позиций современных представлений о ней — концепций деятельности А. Н. Леонтьева [1], отношений В. С. Мясищева [2], общения Б. Ф. Ломова [3], А. А. Бодалева [4], персонализации А. В. Петровского [5].

При изучении личностных черт супругов и степени их адаптации на разных уровнях взаимодействия учитывали характеристики добрачных отношений: длительность знакомства, мотивы вступления в брак, особенности межличностных отношений в добрачный период, затем анализировали характер изменения взаимоотношений супругов с начала совместной жизни и до момента обследования.

Психосексуальные типы мужчины и женщины и степень их соответствия у супругов исследовали по методике С. С. Либиха [6], сексуальную мотивацию и мотивы полового акта — по В. В. Кришталю [7].

Результаты изучения направленности личности обследованных женщин и их мужей по доминирующей мотивации, шкале ценностных ориентаций и использованию свободного времени показали, что у подавляющего большинства супругов, и мужчин (90±3 %), и женщин (76±4 %), доминирующей мотивацией было обеспечение жизненных интересов. Престиж был более значим для женщин, чем для мужчин, особенно для женщин с эпилептоидной и истероидной психопатией. Творчество играло роль лишь в единичных случаях, причем несколько чаще проявляли интерес к нему больные шизоидной психопатией.

В ценностных ориентациях на первом месте по частоте и у мужчин, и у женщин (соответственно у 42±4 и 41±4 %) были профессиональные интересы, на втором месте — быт (35±4 и 25±4 %).

Известно, что в соответствии с интернализацией полов ценностные ориентации мужчин в основном должны быть ориентированы на профессиональную деятельность, а женщин — на семейно-бытовые ценности. Между тем среди наблюдавшихся нами супругов быт представлял большую ценность для мужчин чаще, чем для женщин. Среди последних только больные астенической психопатией чаще ориентировались на быт. Это смещение ценностных ориентаций женщин в сторону маскулинности, а мужчин — в сторону феминности, бесспорно, служило одним из дисгармонирующих факторов в супружеской жизни.

Сексуальная сфера была высоко значимой для женщин с эпилептоидной, психастенической, шизоидной психопатией и наименее значимой — для больных астенической психопатией. При этом в целом для мужчин сексуальная сфера имела основную ценность реже, чем для женщин. Культурные ценности несколько чаще привлекали больных с истероидной психопатией, у остальных женщин и у мужчин культурные интересы, так же как и хобби, встречались в единичных случаях.

В проведении досуга большинство супругов, особенно мужей, предпочитали отдых. Среди других способов проведения досуга женщины чаще своих мужей избирали самосовершенствование, а больные истероидной психопатией — развлечения.

В целом расхождение направленности личности супругов было выявлено нами у 43±4 % супружеских пар, в которых оно, несомненно, способствовало развитию сексуальной дезадаптации.

Результаты исследования типов сексуальной мотивации супругов иллюстрируются данными табл. 1.

Из них видно прежде всего, что ни у кого из женщин не было способствующего сексуальной гармонии супругов взаимно-альтруистического коммуникативно-гедонического типа сексуальной мотивации. Самыми распространенными у женщин были гомеостабилизирующий, шаблонно-регламентированный и наиболее примитивный — генитальный — типы мотивации. В то же время у 1/3 мужчин отмечался игровой и в ряде случаев — взаимно-альтруистический коммуникативно-гедонический ее типы.

Можно отметить и различную частоту типов сексуальной мотивации при разных типах психопатии у женщин. Так, агрессивно-эгоистическая и агрессивно-аверсионная мотивация характерна для женщин с эпилептоидной (но встречается и при шизоидной) психопатией, псевдоигровая — для больных истероидной, пассивно-подчиняемая — для больных астенической психопатией. Агрессивных типов психопатии не было ни у кого из женщин с психастенией и астенической психопатией, не встречались они и у мужчин.

Таким образом, и в сексуальной мотивации супругов также наблюдались значительные расхождения.

Таблица 1

Типы сексуальной мотивации супругов

Тип сексуальной мотивации	Типы психопатии										Всего, n=298	
	эпилептоидная n=63		психастеническая, n=56		истероидная, n=61		астеническая, n=63		шизоидная, n=55			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Гомеостабилизирующий	8 13	13±4 21±5	15 9	27±6 16±5	11 12	18±5 20±5	10 21	16±5 33±6	18 14	33±6 25±6	62 69	21±3 21±4
Игровой (псевдоигровой)	– 23	– 36±6	3 30	5±3 54±7	24 21	40±6 34±6	– 10	– 16±5	1 14	2±2 25±6	28 98	9±3 33±5
Шаблонно-регламентированный	16 5	25±6 8±4	19 12	34±6 21±5	– 13	– 21±5	13 19	21±5 30±6	10 12	18±5 22±6	58 61	19±3 20±3
Генитальный	6 8	10±4 13±4	9 5	16±5 9±4	17 9	28±6 15±5	7 13	11±4 21±5	14 5	25±6 9±4	53 40	18±3 13±3
Пассивно-подчиняемый	–	–	10 –	18±5 –	–	–	33 –	52±6 –	1 5	2±2 9±4	44 5	15±3 2±1
Агрессивно-эгоистический	15 –	24±5 –	–	–	4 –	6±3 –	–	–	11 –	20±5 –	30 –	1±1 –
Агрессивно-аверсионный	18 –	28±6 –	–	–	5 –	8±4 –	–	–	–	–	23 –	8±2 –
Взаимно-альтруистический коммуникативно-гедонический	– 14	– 22±5	–	–	– 6	– 10±4	–	–	– 5	– 9±4	– 25	– 8±2

На взаимоотношения супругов накладывает отпечаток и мотив вступления в брак. Обследование показало, что больше половины женщин и 3/4 мужчин вступили в брак по любви, у остальных имели место разные другие мотивы, чаще — кратковременное увлечение, а у женщин с психастенией — симпатия или советы родственников. Браки по расчету встречались редко, причем ни у кого из мужчин. Брак по любви в принципе благоприятствует сексуальной гармонии супругов, однако, как выяснилось, к моменту обследования большинство супругов утратили чувство взаимной любви.

В сексуальной адаптации супружеской пары немалое значение имеет соответствие психосексуальных типов мужа и жены. Как можно видеть из данных табл. 2, подавляющее большинство больных эпилептоидной психопатией принадлежало к агрессивному варианту типа женщина-женщина, к этому же варианту относилось и большинство женщин с истероидной и шизоидной психопатией. Среди женщин с психастенией и астенической психопатией преобладал пассивно-подчиняемый вариант типа женщина-женщина. Довольно часто встречался и психосексуальный тип женщина-дочь, особенно при астенической и истероидной психопатии (при эпилептоидной этот тип, как и пассивно-подчиняемый, не встречался). Среди мужей больных преобладали психосексуальный тип мужчина-отец и агрессивный вариант типа мужчина-мужчина. Таким образом, благоприятное сочетание психосексуальных типов в супружеских парах встречалось в основном при психастении, истероидной и астенической психопатии у женщин, тогда как при остальных типах психопатии оно, как правило, было дисгармонирующим.

В целом проведенное исследование позволило выявить закономерную связь изученных психологических характеристик женщин с имеющимся у них типом психопатии. Оно показало также, что несоответствие этих характеристик в супружеской паре служит существенным дисгармонирующим фактором, способствующим развитию супружеской дезадаптации, что необходимо учитывать при ее психотерапевтической коррекции.

Таблица 2

Психосексуальные типы супругов

Тип психопатии у жены	Мужчина-отец		Мужчина-мужчина				Мужчина-сын		Женщина-мать		Женщина-женщина				Женщина-дочь	
			агрессивный		пассивно-подчиняемый						агрессивная		пассивно-подчиняемая			
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Эпилептоидная, n=63	23	36±6	14	22±5	11	17±5	15	24±5	5	8±4	58	92±4	–	–	–	–
Психастеническая, n=56	28	50±7	81	14±5	13	23±6	7	12±4	7	12±4	–	–	34	61±7	15	27±6
Истероидная, n=61	32	52±6	8	13±4	17	28±6	4	6±3	–	-	43	71±6	–	–	18	30±6
Астеническая, n=63	37	59±6	19	30±6	5	8±4	2	3±2	–	–	–	–	42	67±6	21	33±6
Шизоидная, n=55	27	49±7	16	29±6	4	7±4	8	14±5	10	18±5	38	69±6	–	–	7	13±5
Всего, n=298	147	49±4	65	22±3	50	17±3	36	12±3	22	7±2	139	47±4	76	26±4	61	20±3

Литература

1. *Леонтьев А. Н.* Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1975. — 306 с.
2. *Мясищев В. С.* Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 426 с.
3. *Ломов Б. Ф.* Личность и система общественных отношений // Психол. журн. — 1981. — Т. 2, № 1. — С. 13—17.
4. *Бодалев А. А.* О состоянии и перспективах изучения личности психологической наукой // Сов. педагог. — 1980. — № 10. — С. 32—37.
5. *Петровский А. В.* Личность // Психология: Словарь. — М.: Политиздат, 1990. — С. 193—194.
6. *Либих С. С.* К проблеме гармонизации сексуальных отношений в супружеской жизни: Лекции для врачей-курсантов. — Л., 1982. — 16 с.
7. *Кришталь В. В., Гульман Б. Л.* Сексология. — Т. 1. Нормальная сексология. — Харьков: Акад. сексол. исследований, 1997. — 352 с.

PECULIARITIES OF PERSONALITY AND INTERPERSONAL RELATIONS OF SPOUSES AT PSYCHOPATHY IN WOMEN

V. V. Nikolaev

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
Kharkiv

On the basis of investigation of 298 spouses by the method of system-structural analysis, in which wives were suffering from different types of psychopathy and sexual disharmony was pointed, peculiarities of personality and interpersonal relations were revealed. A connection was shown between psychological characteristics of women and a type of psychopathy. Factors assisting a disorder of marital adaptation were given at the studied pathology and a conclusion was made that they were necessary to consider at their psychotherapeutic correction.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В. В. Огоренко

Областная клиническая больница им. Мечникова
г. Днепропетровск

Наблюдения последних лет указывают на увеличение числа невротических расстройств, протекающих на фоне органической патологии [1, 4]. Взаимовлияние органического процесса и невротической симптоматики существенно трансформирует клинические проявления заболеваний, ведет к появлению труднокурабельных психопатологических синдромов, изменяет реактивность к медикаментозным средствам. С внедрением в клиническую практику методов визуализации мозга — компьютерной томографии (КТ) и магниторезонансной томографии (МРТ) стало возможным сопоставление клинических и морфологических данных при невротических расстройствах, протекающих на фоне органической патологии [1, 3].

Целью настоящего исследования явилось выделение комплекса информативных компьютерно-томографических признаков невротических расстройств, протекающих на фоне органической патологии, для улучшения диагностики данной патологии и выбора адекватной терапевтической тактики.

Обследовано 150 больных с невротическими расстройствами, протекающими на фоне органической патологии. Из них — 60 наблюдений составили больные неврастенией (F48.0), 52 — пациенты с диссоциативными расстройствами (F44.0), 38 — больные с тревожно-фобическими нарушениями (F40-F41). Среди обследованных было 82 женщины и 68 мужчин. При анализе возрастного состава основной группы выявлено, что 52,7 % обследованных относятся к группе 31—40 лет, т. е. жизненному периоду наибольшей социальной активности.

Стандартизованная по полу и возрасту контрольная группа составила 83 больных с «чистыми» невротическими расстройствами без сопутствующей органической патологии (23 случая неврастении, 30 больных с диссоциативными расстройствами, 30 — с тревожно-фобическими расстройствами). На томограммах больных контрольной группы не выявлено патологических изменений. Полученные нами контрольные данные в основном совпадали с приведенной в литературе возрастной нормой [2].

Структурные изменения головного мозга определялись с помощью компьютерной и магниторезонансной томографии. Ликворосодержащие пространства головного мозга оценивались по количественным критериям, предложенным в работе Н. П. Волошиной (1997) [2]. Анализу подвергались линейные размеры различных отделов боковых желудочков, субарахноидального пространства и их соотношения с долями полушарий. Изучались следующие показатели: индексы передних и задних рогов, центральных отделов боковых желудочков, третьего и четвертого желудочков и их линейные размеры. Состояние субарахноидальных пространств характеризовалось максимальной шириной сильви-

евой щели в ее задних отделах, максимальной шириной передних отделов межполушарной щели, шириной крупной борозды.

Визуальный качественный анализ компьютерных томограмм всех больных с невротическими расстройствами, протекающими на фоне органической патологии, позволил сгруппировать их в три группы (табл.).

Таблица

Распределение типов изменений КТ при различных формах невротических расстройств, протекающих на фоне органической патологии

Тип КТ-изменений	Неврастения	Диссоциативные расстройства	Тревожно-фобические расстройства	Всего
С тенденцией к расширению ликворосодержащих пространств	37 (61,7 %)	34 (65,4 %)	26 (68,4 %)	97 (64,7 %)
С тенденцией к расширению борозд коры больших полушарий	9 (15 %)	7 (13,4 %)	2 (5,3 %)	18 (12 %)
Условно нормальный	14 (23,3 %)	11 (21,2 %)	10 (26,3 %)	35 (23,3 %)
Итого:	60 (100 %)	52 (100 %)	38 (100 %)	150 (100 %)

Первую группу составили 35 пациентов (23,3 % от общего числа больных основной группы) компьютерные томограммы которых характеризовались незначительными изменениями ликворной системы. Показатели параметров желудочковой системы данной группы достоверно не отличались от показателей группы контроля, поэтому она была названа условно нормальной.

Вторая группа — 18 больных (12 %) — характеризовалась тенденцией к расширению борозд коры больших полушарий, т. е. признаками умеренной наружной гидроцефалии.

Максимальная ширина передних отделов межполушарной щели составила 5,0±0,30 мм, что превышало аналогичный показатель (4,0±0,31 мм) группы контроля ($p<0,5$). Также выявлено незначительное расширение центральных отделов боковых желудочков. Ширина центральных отделов боковых желудочков слева составила 13,1±0,61 мм, что было больше в сравнении с нормативным показателем ($p<0,01$). Ширина центральных отделов боковых желудочков справа также превышала нормативные показатели и составила 12,1±0,21 мм ($p<0,5$).

Среди пациентов второй группы 10 наблюдений составили больные с перенесенной патологией беременности и родов, 8 больных — с последствиями черепно-мозговых травм.

Третья группа — 97 пациентов (64,7 %) — характеризовалась тенденцией к расширению ликворосодержащих пространств с различной степенью выраженности. Это проявлялось тенденцией к совместному или изолированному расширению тел боковых желудочков на фоне незначительного расширения субарахноидального пространства.

Анализируя значения параметров желудочковой системы третьей группы выявлено расширение центральных отделов боковых желудочков. Так, средний линейный размер центральных отделов боковых желудочков слева составил 14,6±1,36 мм, что превышало величину нормативного показателя (10,9±0,29 мм) ($p<0,01$). Средний линейный размер центральных отделов боковых желудочков справа составил 14,8±1,11 мм, что также было больше по сравнению с группой контроля (11,2±0,30 мм) ($p<0,01$). Выявлено незначительное расширение передних рогов боковых желудочков, однако данные различия не являются статистически достоверными.

Среди пациентов данной группы в 18 случаях невротических расстройств, протекающих на фоне гипертонической болезни второй стадии с дисциркуляторной энцефалопатией, на компьютерной томограмме выявлены одиночные очаги пониженной плотности, локализованные, как правило, в таламусе, подкорковом белом веществе, базальных ганглиях.

В третьей группе также наблюдались признаки умеренной наружной гидроцефалии, что характеризовалось расширением передних отделов межполушарной щели. Максимальная ширина передних отделов межполушарной щели составила 5,3±0,41 мм, что превышало аналогичный показатель группы контроля (4,0±0,31 мм) ($p<0,5$).

По характеру органической патологии пациенты третьей группы распределились следующим образом: 38 наблюдений — сочетание невротических расстройств с сосудистой патологией; 46 наблюдений — последствия травм мозга; 13 наблюдений — последствия нейроинфекций.

Клиническая картина больных невротическими расстройствами, протекающими на фоне органической патологии, третьей группы отличалась преобладанием адинамического компонента астении, углублением уровня эмоциональных нарушений с вектором в сторону субдепрессии, увеличением удельного веса астено-ипохондрической симптоматики, преобладанием сенестопатий, увеличением удельного веса вегетативно-сосудистых нарушений и цефалгических расстройств.

Анализ результатов визуализации головного мозга с помощью компьютерной (КТ) и магниторезонансной терапии (МРТ) больных невротическими расстройствами в сочетании с органической патологией выявил, что ведущим феноменом является незначительное расширение ликворных пространств головного мозга в виде симметричного расширения желудочковой системы, преимущественно в боковых желудочках (64,7 % наблюдений). Данные нарушения отсутствовали у больных контрольной группы с невротическими расстройствами без сопутствующей органической патологии.

Литература

1. *Вейн А. М.* Неврозы (лекция) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1998. — Т. 98. — № 11.— С. 38—41.

2. *Волошина Н. П.* Дементирующие процессы головного мозга. — Харьков: Основа, 1997. — 184 с.

3. *Кочуева Е. С.* Состояние желудочковой системы и ликворосодержащих пространств головного мозга по данным компьютерной томографии у больных цереброваскулярной патологией, обусловленной гипертонической болезнью // Укр. вісн. психоневрології. — 1994. — Вип. 3. — С. 176—178.

4. *Макеев В. И.* Клиника и диагностика реактивных состояний у больных с резидуально-органической патологией// Соц. и клинич. психиатрия.— 1998.— № 2.— С. 100—103.

CT-SCAN PECULIARITIES OF NEUROTIC PATIENTS WITH ORGANIC PATHOLOGY

V. V. Ogorenko

Dniepropetrovsk regional Mechnikoff' hospital
Dniepropetrovsk

The purpose of the given research was to study CT-scan peculiarities of Neurotic Disorders in association with Organic Pathology. 150 patients with Neurotic Disorders in association with Organic Pathology were investigated, control group included 83 patients. Slight enlargement of liquid spaces of brain was established in 61,7 % patients with Neurotic Disorders in association with Organic Pathology. The data obtained in this research may used to diagnose and to establish an adequate treatment.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У МУЖА

В. С. Рожков

Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии
г. Одесса

Многофакторное обеспечение сексуального здоровья и разнообразие его нарушений, в том числе при невротических расстройствах, требуют системного подхода к их изучению [1—3]. Исследование с этих позиций открывает возможность установить формирование наиболее часто встречающихся при невротических расстройствах у мужчин первичных сексуальных расстройств. Среди них почти в половине случаев имеет место первичная сексуальная дезадаптация супружеской пары.

Нами был проведен системно-структурный анализ сексуального здоровья по его интегральным критериям у 113 супружеских пар с первичной сексуальной дезадаптацией, в которых мужья страдали разными формами невротических расстройств, обусловленных сексуальным расстройством (неврастенией, диссоциативными расстройствами, тревожно-фобическими расстройствами). Анализ проводился по наблюдавшимся у супругов формам дезадаптации — коммуникативной (41 пара), полоролевой (17 пар), сексуально-эротической (35) и конституциональной (20 пар).

Было установлено, что темп полового развития значительно чаще нарушен у мужчин, чем у их жен. При этом ускоренное соматосексуальное и преждевременное психосексуальное развитие мужчин наблюдается чаще при полоролевой (соответственно у 100 и 41±12 % обследованных) и коммуникативной (27±7 %) формах дезадаптации, а замедленное сомато- и задержанное психосексуальное развитие — при конституциональной (у всех мужчин) и сексуально-эротической формах (у 31±8 и 54±9 %). У жен больных при конституциональной форме дезадаптации, напротив, чаще встречалось ускоренное половое развитие (у 65±11 %). Асинхронии полового созревания чаще наблюдались при конституциональной и сексуально-эротической (в основном сочетанные), реже и в основном простые — при коммуникативной и полоролевой формах дезадаптации. Сложных асинхроний не было ни у кого из супругов с первичной сексуальной дезадаптацией.

У мужчин с коммуникативной и полоролевой формами дезадаптации чаще отмечалось гиперролевое поведение (соответственно у 56±8 и 82±10 %), а у мужчин с сексуально-эротической и конституциональной формами — трансформация полоролевого поведения (у 52±9 и 90±7 %). В то же время трансформация была характерна для жен больных при полоролевой форме дезадаптации (88±18 %) и часто отмечалась при конституциональной и сексуально-эротической ее формах (45±11 и 34±8 %).

Нарушение психосексуальной ориентации (бисексуальная ориентация) наблюдалось у супругов сравнительно редко (5±4 %), причем не встречалось вовсе при сексуально-эротической и конституциональной дезадаптации у мужчин.

Осведомленность в области секса была недостаточной и/или неправильной почти у всех мужчин и подавляющего большинства женщин, особенно при сексуально-эротической (у всех супругов) и конституциональной (у всех мужчин и 65±11 % женщин) формах сексуальной дезадаптации. Связанная с этим неправильная оценка своих сексуальных проявлений была характерна для всех мужчин и женщин с сексуально-эротической и для подавляющего большинства мужчин с конституциональной формой сексуальной дезадаптации.

Среди типов сексуальной мотивации у мужчин с коммуникативной формой дезадаптации чаще всего (56±8 %) встречался агрессивно-эгоистический (у их жен — игровой, 46±8 %); у мужчин с полоролевой формой — также агрессивно-эгоистический, а у их жен — агрессивно-аверсионный тип; у мужчин и у женщин с сексуально-эротической дезадаптацией — генитальный и гомеостабилизирующий; при конституциональной форме дезадаптации самым частым у мужчин был генитальный, у женщин — гомеостабилизирующий тип. Гармоничного взаимно-альтруис-

тического коммуникативно-гедонического типа сексуальной мотивации не было ни у кого из супругов. Среди мотивов полового акта при коммуникативной форме дезадаптации у мужчин преобладало получение оргазма (44±8 %), у женщин — выполнение супружеского долга (56±8 %). При полоролевой и сексуально-эротической формах у мужчин также на первом месте по частоте было получение оргазма, а у их жен соответственно желание дать чувственное наслаждение супругу и получение оргазма. При конституциональной форме дезадаптации самым частым (40±11 %) мотивом у мужчин было выполнение супружеского долга, а у их жен — получение оргазма (30±18 %).

Половая конституция была слабой у всех мужчин с конституциональной формой сексуальной дезадаптации, у остальных мужчин и у женщин она чаще всего была средней, но значительное число мужчин с полоролевой (41±12 %), а также с коммуникативной (27±7 %) формой дезадаптации принадлежали к сильному типу половой конституции. Сильный тип половой конституции довольно часто отмечался и у женщин при конституциональной форме дезадаптации (20±9 %), что при слабой конституции мужей усугубляло сексуальную дисгармонию супругов.

Все виды либидо были слабо выражены чаще всего у мужчин и у женщин с сексуально-эротической формой дезадаптации (соответственно 54±9 и 52±9 %). При конституциональной форме дезадаптации платоническое либидо было слабо выражено у 75±10 %, а эротическое и сексуальное — у всех мужчин.

В сексуальных фантазиях мужчин и женщин с коммуникативной формой сексуальной дезадаптации преобладал половой акт с бывшей партнершей (партнером). У мужчин с сексуально-эротической и коммуникативной формами сексуальных фантазий не было.

Сексуальные ощущения были притуплены у всех мужчин с конституциональной и у 1/3 — с коммуникативной формой дезадаптации, а среди женщин это нарушение встречалось чаще всего также при коммуникативной (44±8 %) и при полоролевой формах (28±11 %).

Из чувств к супругу мужчины и женщины с коммуникативной формой дезадаптации чаще всего испытывали аверсию (соответственно 41±8 и 34±8 %), на втором месте по частоте была привычка. При полоролевой форме самым частым чувством (особенно у женщин — 65±12 %) также была аверсия, но на втором месте — любовь. При сексуально-эротической дезадаптации и у мужей, и у жен преобладало безразличие, а при конституциональной форме — уважение и привычка, у части мужчин — любовь.

Адекватные эрекции были снижены у всех мужчин с конституциональной дезадаптацией и у большинства — с коммуникативной (64±6 %) и сексуально-эротической (69±8 %) формами. Спонтанные эрекции были сохранны у всех обследованных с первичной сексуальной дезадаптацией. Преждевременное семяизвержение чаще всего наблюдалось при коммуникативной и сексуально-эротической формах дезадаптации (36±8 и 31±8 %). Регулировать его могли 20±6 % мужчин с коммуникативной и 24±10 % — полоролевой формами.

Оргазм был притуплен у части (22±7 %) мужчин с коммуникативной формой дезадаптации и у 41±8 % их жен, а также у некоторых женщин с сексуально-эротической и конституциональной формами (соответственно 14±6 и 10±7 %). У подавляющего большинства женщин оргазм был клиторальный. Оргастичность была самой низкой (до 30 %) при полоролевой, сексуально-эротической и конституциональной формах и составляла 30—50 % у большинства (54±10 %) женщин при коммуникативной форме. Более высокого процента оргастичности не было ни у кого из женщин при первичной сексуальной дезадаптации.

Сексуальная активность оказалась сниженной у всех мужчин с коммуникативной, сексуально-эротической и конституциональной формами и у 71±11 % — с полоролевой формой дезадаптации. Желание иметь половой акт при конституциональной форме дезадаптации возникало у большинства (60±11 %) мужчин один раз в месяц, у остальных — 1 раз в 10 дней, тогда как у всех их жен оно возникало ежедневно или через день. Мужчины с другими формами испытывали такое желание в основном 1—2 раза в неделю, а их жены при сексуально-эротической форме дезадаптации чаще ежедневно или через день.

Среди типов нарушения адаптации коммуникативный тип наблюдался у всех мужчин с коммуникативной и полоролевой формой сексуальной дезадаптации, полоролевой — у всех мужчин с полоролевой формой, сексуально-эротический — у всех мужчин с первичной сексуальной дезадаптацией, конституциональный — у всех пациентов с конституциональной ее формой.

Самым распространенным типом сексуальной культуры был гиперролевой у мужчин с коммуникативной (61±2 %) и полоролевой (35±12 %) формой дезадаптации, примитивный — у всех мужчин с конституциональной и большинства (69±8 %) — с сексуально-эротической формой. У женщин часто (в 34±8 — 41±12 %) встречался либеральный (при всех формах дезадаптации кроме сексуально-эротической — 6±4 %) и примитивный тип — при всех формах дезадаптации (41±8 — 60±8 %), кроме конституциональной (37±9 %).

Степень сексуальной привлекательности партнерши (партнера) большей частью была низкой, особенно при коммуникативной форме дезадаптации (64±5 % у мужчин и 44±8 % у женщин), или средней, особенно при сексуально-эротической ее форме (соответственно у 60±8 и 46±9 % обследованных). Высокая привлекательность партнера чаще отмечалась у женщин.

Диапазон приемлемости соответствовал желанию полностью или частично лишь у мужчин с конституциональной формой дезадаптации и не соответствовал у всех их жен, а также у всех или подавля-

ющего большинства супругов с другими формами дезадаптации. Та же закономерность наблюдалась и в отношении проведения предварительного периода полового акта. Техника и поза полового акта соответствовали желаемым полностью или частично только у мужчин с конституциональной формой дезадаптации, но не у их жен, при остальных ее формах они большей частью и у мужчин, и у женщин не соответствовали желаемым. Такое же положение наблюдалось и в отношении сексуальной активности партнеров: она соответствовала у подавляющего большинства мужчин с конституциональной формой сексуальной дезадаптации и не соответствовала желаниям их жен и большинства остальных мужчин и женщин.

Все супруги с первичной сексуальной дезадаптацией испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

В целом анализ по критериям сексуального здоровья показал, что каждая из форм первичной сексуальной дезадаптации супругов имеет свои специфические особенности. При коммуникативной форме дезадаптации в наибольшей мере нарушены критерии, характеризующие межличностные отношения супругов, — мотивация сексуального поведения и мотивы полового акта, чувства, испытываемые к супругу (супруге). При полоролевой форме дезадаптации превалируют нарушения психосексуального развития, искажения полоролевого поведения. При сексуально-эротической форме на первый план выступают дезинформированность в области секса, неправильная оценка своих сексуальных проявлений и неадекватное сексуальное поведение супругов. Для конституциональной формы дезадаптации характерны задержки полового развития у мужчин и несоответствие у супругов типов половой конституции.

Выявленные закономерности клинических проявлений первичных форм сексуальной дезадаптации супругов при невротическом расстройстве у мужа должны учитываться при разработке системы психотерапевтической коррекции данного вида нарушения сексуального здоровья.

Литература

1. *Кришталь В. В., Гульман Б. Л.* Сексология. Т. 2. Клиническая сексология. Ч. 1. Общая сексопатология. — Харьков: Акад. сексол. исследований, 1997. — 272 с.

2. Сексопатология: Справочник / Под ред. проф. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 574 с.

3. *Васильченко Г. С., Дейнега Г. Ф.* Семейно-сексуальные дисгармонии // Частн. сексопатология. — М.: Медицина, 1983. — С. 293—304.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PRIMARY SEXUAL DESADAPTATION OF SPOUSES AT NEUROTIC DISORDERS IN HUSBAND

V. S. Rozhkov

Ukrainian SRI of medical rehabilitation
Odesa

113 married couples with primary sexual desadaptation at neurotic disorders in husband were studied by the method of systemic-structural analysis of sexual health. The analysis was done on sexual health criteria and on forms of desadaptation. Specific peculiarities and clinical manifestation of each of revealed forms of sexual desadaptation were described and a conclusion was made that they are need to be accounted at psychotherapeutic correction of studied type of sexual health disorder.

ВЛИЯНИЕ МИКРОВОЛНОВОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИХ КОМБИНАЦИЕЙ

В. С. Генес, О. И. Лобойко, В. И. Тайцлин

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Для оценки вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) и характера симпатико-парасимпатических взаимоотношений у больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ) и с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), а также эффективности микроволновой резонансной терапии (МРТ), применявшейся в качестве одного из немедикаментозных методов их лечения, использовался метод вариационной пульсометрии (ВПМ) по Баевскому Р. М. (1978, 1984). В нашем исследовании «базовой выборкой» служили 100 кардиоинтервалов до и после МРТ у каждого больного. По числовой записи ВПМ определялись показатели моды-длительности интервалов R—R (M_O), амплитуды M_O (A_{Mo}), вариационного размаха (ΔX), индекса вегетативного равновесия (ИВР) — ИВР = $A_{Mo}/\Delta X$, вегетативного показателя ритма (ВПР) — ВПР = $1 / M_O \cdot \Delta X$, показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР) — ПАПР = A_{Mo} / M_O и индекса напряжения (ИН) — ИН = $A_{Mo} / 2\,\Delta X \cdot M_O$.

Всего было обследовано 23 больных с нейропсихическими и соматическими (сердечно-сосудистыми) ОПЗЧМТ (основная группа — ОГ), 17 больных с нейропсихическими ОПЗЧМТ без сердечно-сосудистой патологии (ССП) (первая контрольная группа — I КГ), 13 больных с заболеваниями ССС без ЧМТ в анамнезе (вторая контрольная группа — II КГ).

Метод МРТ проводили с помощью аппарата «Явь–1» с постоянным режимом работы частотой 50 Гц, напряжением 10 мВт/см. Длительность сеанса 10 мин., курс лечения 10 сеансов, ежедневно. Действовали на область нижнего края грудины соответственно точке J15 акупунктуры, а также на VB20, RP6, TR5, C7.

При исследовании влияния лечебных факторов на состояние функций больного организма при каждом виде патологии большой интерес представляет выявление их нормализующего (адаптогенного) действия.

С этой целью В. С. Генесом был разработан специальный математико-статистический подход. Он заключается в следующем. Пары наблюдений изучаемых величин показателей до и после воздействия располагаются в таблице последовательно от самой малой величины показателя до воздействия к самой большой (ранжированный ряд по исходным величинам). Затем в каждой паре определяют направление сдвига величины показателя (плюс, минус, ноль) и его величину. После этого определяют характеристические интервалы сдвигов: 1) с преобладанием плюсов; 2) без преобладания одного из знаков; 3) с преобладанием минусов. Каждый из этих интервалов может и не быть найденным. Достоверность преобладания одного из знаков определяют с помощью непараметрического метода для связанных выборок «критерия знаков» ($P_{КЗ}$). Если число наблюдений в интервале больше 5, а достоверность преобладания одного из знаков не достигнута, то исследуют достоверность с помощью парного критерия Т. Вилкоксона. При числе наблюдений в интервале меньше 5 достоверность определяется с помощью метода Фишера — Стьюдента для связанных выборок. Пример такого анализа представлен на конкретном материале в таблице 1.

Таблица 1

Пример математико-статистического анализа нормализующего влияния МРТ на показатель A_{Mo} в группе больных с комплексным проявлением ЧМТ и ССП

Ранжированный ряд до лечения		После лечения	Направление сдвига и разница	Характеристические интервалы				P
1. Не–я	31	50	+29	+	–	0	Всего	$P_{КЗ} = 0{,}05$
2. Но–а	32	81	+49	9	1	1	11	Преобладает увеличение величины в интервале < 45
3. Зе–н	33	33	0					
4. В–а	33	64	+31					
5. Са–о	38	61	+23	1				
6. К–н	38	46	+ 8					
7. М–к	39	40	+ 1					
8. Ф–о	42	36	+ 6					
9. Т–в	42	52	+10					
10. Ч–о	44	58	+14					
11. П–в	44	64	+20					
12. С–ч	45	37	– 8	3	2	2	7	P > 0,2
13. Б–т	45	45	0					Неопределенное влияние в интервале 45—51
14. К–о	46	46	0					
15. П–о	47	50	+ 3	2				
16. Д–о	49	44	– 5					
17. Сл–о	50	54	+ 4					
18. Ш–о	51	59	+ 8					
19. Р–о	53	36	–17	0	5	0	5	$P_{КЗ} = 0{,}05$
20. Р–н	62	44	–18					Преобладает снижение величины в интервале ≥ 53
21. П–й	75	65	–10	3				
22. К–а	77	34	–43					
23. Е–а	81	52	–29					
			ВСЕГО	12	8	3	23	P>0,2 Неопределенное

В этом примере четко выявлено нормализующее влияние МРТ: низкие величины A_{Mo} в 1-м интервале увеличились, средние величины во 2-м интервале достоверно не изменились, высокие величины в 3-м интервале снизились до среднего уровня. Без разделения на интервалы влияние МРТ не выявлено.

При исследовании влияния МРТ на группы больных с комбинацией ЧМТ и ССП, только с ЧМТ и только с ССП на показатели состояния регуляции ССС были получены результаты, представленные в таблице 2 и в тексте.

В таблице 2 представлены исследованные показатели состояния регуляции ССС (1-я колонка); выделившиеся при их анализе характеристические интервалы в виде номеров и границ градаций (2-я колонка); число наблюдений в каждом интервале (3-я колонка); число наблюдений каждого знака в интервале (4-я колонка); вероятность случайности преобладания соответствующего знака (Р) (5-я колонка); оценка направленности характеристического интервала (6-я колонка).

В группе больных с комплексным поражением ЧМТ и ССП все исследованные показатели изменились под влиянием МРТ в зависимости от исходного уровня до лечения (табл. 2): при низких величинах наблюдалось их увеличение (достоверное или в виде тенденций для разных показателей), при высоких исходных величинах, как правило, наблюдалось их снижение. Для показателя A_{Mo} выделился промежуточный интервал с неопределенными изменениями. Для показателя ΔХ при низких исходных величинах изменения не достигли уровня достоверности. Для показателей ВПР и ПАПР при более высоких величинах изменения также не достигли достоверного для группы уровня. При оценке влияния МРТ по строчкам «Всего» (без деления на характеристические интервалы) теряется значительная часть информации, полученная при учете характеристических интервалов. Так, для M_O строчка «Всего» показывает достоверное снижение величины показателя, но не учитывает тенденцию к его увеличению при низких исходных величинах. Для показателя A_{Mo} в строчке «Всего» теряется оценка влияния МРТ. Для показателей ИВР и ИН при оценке по строчке «Всего» теряется тенденция к уменьшению при высоких величинах показателей.

Таблица 2

Результаты исследования влияния МРТ на состояние показателей регуляции ССС у больных с комплексом ЧМТ и ССП по методу В. С. Генеса

Показатели регуляции ССС	Градации	Число наблюдений	Направление сдвига под влиянием МРТ и число наблюдений			Р	Примечания
			+	–	0		
1	2	3	4			5	6
M_O	1. ≤ 0,55	2	2	0	0	–	Тенденция к увеличению
	2. ≥ 0,64	21	3	16	2	< 0,05	Достоверное снижение
	Всего	23	5	16	2	= 0,05	Достоверное снижение
A_{Mo}	1. < 45	11	9	1	1	= 0,05	Достоверное увеличение
	2. 45—51	7	3	2	2	> 0,2	Неопределенный
	3. ≥ 53	5	0	5	0	= 0,05	Достоверное снижение
	Всего	23	12	8	3	> 0,02	Неопределенное
ΔХ	1. < 0,14	9	4	4	1	> 0,2	Неопределенный
	2. ≥ 0,14	14	3	11	0	= 0,05	Достоверное снижение
	Всего	23	7	15	1	0,1	Тенденция к снижению
ИВР	1. ≤ 300	15	13	2	0	= 0,01	Достоверное увеличение
	2. ≥ 306,7	8	2	6	0	~ 0,1	Достоверное снижение
	Всего	23	15	8	0	~ 0,1	Тенденция к увеличению
ВПР	1. < 7,5	10	8	2	0	0,1	Тенденция к увеличению
	2. ≥ 7,5	13	7	6	0	> 0,2	Неопределенный
	Всего	23	15	8	0	0,1	Тенденция к увеличению
ПАПР	1. ≤ 50,7	9	9	0	0	< 0,01	Достоверное увеличение
	2. ≥ 51,6	14	8	6	0	> 0,2	Неопределенный
	Всего	23	17	6	0	< 0,05	Достоверное увеличение
ИН	1. ≤ 375	19	17	2	0	< 0,01	Достоверное увеличение
	2. > 375	4	0	4	0	0,1	Тенденция к уменьшению
	Всего	23	17	6	0	< 0,05	Достоверное увеличение

В целом в представленной группе больных с комплексной патологией проявилось достаточно четкое нормализующее действие МРТ, выражающееся в повышении низких величин показателей и их снижении при исходно высоких величинах.

При анализе данных отдельно в группе больных с ОПЗЧМТ (I КГ) влияние МРТ на изучавшиеся показатели не выявляется (строчка «Всего»), а в группе больных с заболеваниями ССС (II КГ) выявляется только для ВПР. При выделении же характеристических интервалов четко определяется направленность сдвигов для ряда показателей ВПМ, отражающих нормализующее действие МРТ и для этих контингентов больных.

Таким образом, МРТ оказывает существенное лечебное нормализующее влияние на состояние показателей регуляции ССС при наличии у больных последствий ЧМТ и ССП: низкие величины показателей регуляции повышаются, а высокие снижаются; средние величины могут оставаться без существенных изменений. При изучении лечебного действия любых факторов существенный вклад в определение характера их действия может дать применение математико-статистического анализа по методу В. С. Генеса.

Литература

1. *Баевский Р. М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. — М.: Медицина, 1978. — 295 с.
2. *Баевский Р. М., Кириллов О. И., Клецкин С. З.* Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. — М.: Наука, 1984. — 221 с.
3. *Генес В. С.* Теоретические и математические подходы к индивидуальной оптимизации трудовых и спортивных нагрузок // Кн.: XIV съезд Всесоюзн. физиол. общ-ва им. И. П. Павлова. — Баку, 1983. — Т. 2. — С. 374.
4. *Генес В. С., Сокол Т. В., Шмутер Л. М.* Определение границ нормы и характеристических интервалов величин количественных показателей при патологии // Журн. Лабораторное дело. — 1986. — № 6. — С. 374—378.

THE INFLUENCE OF MICROWAVE RESONANCE THERAPY ON THE VEGETATIVE REGULATION IN PATIENTS WITH REMOTE AFTEREFFECTS OF CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURIES, CARDIOVASCULAR PATHOLOGY AND THEIR COMBINATIONS

V. S. Genes, O. I. Lobojko, V. I. Tajtslin

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

On the modal of research of effectiveness the treatment influence of microwave resonance therapy on the condition of vegetative ensuring the activities and the description of sympathetico-parasympathetic interaction in patients with remote aftereffects of closed craniocerebral injuries and cardiovascular diseases on the parameter of pulsimetery's variation had showed the high effectiveness of mathematico-statistical approach offered by V. S. Genes for revealing the normalize influence of treatment factors.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВНУТРЕННИХ ВОЙСК МВД УКРАИНЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ У НИХ АНТИСУИЦИДАЛЬНЫХ МОТИВОВ

В. С. Гичун

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Самоубийства в том или ином виде имели место на протяжении всей истории человечества. Они представляют собой наиболее актуальную трагическую проблему, с давних пор привлекающую внимание психиатров, психологов, юристов, общественных деятелей. Несмотря на это, особых успехов в их предупреждении пока не достигнуто.

В последнее время интерес к проблеме заметно возрос в связи с повышением уровня самоубийств во многих странах мира, особенно в странах, достигших высокого материального уровня жизни. Увеличилось число суицидентов среди молодежи, лиц пожилого возраста и психически больных (за счет их более открытого содержания). Самоубийства встречаются практически в любом возрасте с максимальной суицидальной активностью в 16—19 лет и высокими пиками в 20—30 и 45—60 лет. Среди причин смерти у лиц юношеского возраста (15—19 лет) суицид занимает 3—4-е место.

По данным ВОЗ ежегодно в мире лишают себя жизни около полумиллиона человек, т. е. более 1000 человек в день, а число пытавшихся покончить с собой превышает 5 млн. в год. При количестве завершенных самоубийств до 10 человек на 100 тыс. населения признано, что страна имеет низкий уровень самоубийств, от 10 до 20 — средний, от 20 и более — высокий.

Основной причиной суицидальных происшествий в армии среди всех категорий личного состава являются социальные факторы и недостаток социально-профилактической работы.

Среди социальных факторов на первом месте стоят специфические условия быта и особенности военной службы, отсутствие в воинских коллективах здорового морально-психологического климата. Причины заключаются в слабой заботе командиров и начальников о подчиненных, в недостаточной работе по улучшению жилищно-бытовых условий офицерского состава и прапорщиков, оздоровлению их семейно-бытовых отношений, в неуставных взаимоотношениях между военнослужащими, проходящими службу по призыву, в употреблении алкоголя, других токсических средств и т. д.

Самоубийство в условиях воинского коллектива всегда вызывает отрицательный резонанс, снижает уровень оптимизма, что, естественно, отражается на боеспособности.

Проблема профилактики самоубийств находится в центре внимания исследователей многих стран мира. Предупреждение самоубийств выходит за рамки ведомственных возможностей и должно решаться путем создания системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, правового, воспитательного характера.

Для прогнозирования суицидального риска у военнослужащих войск в каждом конкретном случае необходимо системное рассмотрение личностных ситуаций, в которых данная личность функционирует.

Особое значение для суицида имеет окружающая микросреда, то есть воинский коллектив, семья, родственники. Влияние семьи велико. Ей принадлежит значительная роль в формировании типа личности, в жизни, деятельности, в усвоении социально-культурных норм и моделей поведения. Роль воинского коллектива, семьи особенно возрастает тогда, когда человек оказывается в неблагоприятной, иногда кризисной ситуации, когда он нуждается в сочувствии, поддержке.

С одной стороны, воинский коллектив, семья являются источником суицидальных конфликтов, с другой стороны — выступают факторами, противодействующими реализации сформировавшихся у индивида суицидальных тенденций.

Согласно концепции суицида, разработанной А. Г. Амбрумовой, социально-психологическая дезадаптация — это нарушение механизмов взаимоотношений личности и среды за счет внутриличностных изменений или изменений в сфере ближайшего социального окружения. В этой связи возникает необходимость проследить зависимость между типами внутриколлективных, внутрисемейных общений и социально-психологической дезадаптации личности.

Социально-психологическая дезадаптация может определяться утратой индивидом высокозначимой для него позиции в структуре коллективного, семейного общения. В таком случае суицидальное поведение есть экстремальный способ восстановления равновесия, наряду с другими способами, манипулятивными действиями с целью вернуть утраченную позицию (например, суицидальные угрозы или имитация самоубийства без видимого желания умереть).

Вследствие конфликта военнослужащий может оказаться в состоянии одиночества. Одиночество — катастрофа для психики человека. Как существо социальное человек может существовать только в социуме. Отсутствие общения лишает военнослужащего привычных для него норм жизни, блокирует его человеческие проявления, вырывает его из жизни. Переживание одиночества неизменно порождает внутренний конфликт. Напряжение, вызванное таким конфликтом, может быть снято путем отказа (или подавления) одной из составляющих его причин либо снижением значимости самих ценностей.

Утрата или угроза утраты жизненных ценностей приводит к снижению активности деятельности, и уровень контактности человека резко снижается. Это едва ли не самый суицидоопасный из всех типов переживания одиночества, так как он в наибольшей степени «выключает из жизни». Суицидоопасность и сама возможность возникновения переживаний одиночества зависит от степени активности возникающей эмоциональной реакции, а она, в свою очередь, оказывается зависимой от содержания и значимости личных ценностей.

Среди факторов, значительно влияющих на суицид, необходимо выделить алкоголизацию, наркотизацию, низкий уровень социальной мобильности и разнообразные формы отклоняющегося поведения, которые указывают на дезадаптированность человека в социально-психологическом плане.

Профилактика самоубийств в войсках должна строиться как система, включающая в себя превентивные меры плюс мероприятия по предотвращению повторных суицидов. Командиры и начальники, офицеры-воспитатели, психологи, медицинские работники соединений и частей должны выявлять истинное состояние военнослужащего и предупреждать появление суицидальных мотивов на начальном этапе (пресуицидальный период).

Решению проблемы самоубийств у психически больных военнослужащих способствует выявление лиц с признаками психических расстройств, которые могут стать потенциальными суицидентами, их госпитализация и лечение, увольнение из армии по болезни. Значительно сложнее с практически здоровыми военнослужащими.

Командиры и офицеры по воспитательной работе должны в повседневной деятельности учитывать психофизиологические особенности солдат в 18—20-летнем возрасте: продолжающееся формирование организма, сохраняющуюся эмоциональную лабильность, чрезмерную сенситивность, категоричность суждений и полюсную оценку событий, импульсивность действий, отсутствие жизненного опыта, социальной зрелости, наработанных вариантов выхода из трудных ситуаций.

Не менее важна работа и во второй фазе — суицидальная попытка, которая может иметь как истинные цели, так и носить демонстративный характер.

Не менее сложной является третья фаза — постсуицидальное поведение. Суицидент всегда переживает за случившееся, и в это время ему просто необходима поддержка и общение, а иногда наоборот — он снова ищет возможности повторить суицидальную попытку.

Конкретными задачами по профилактике самоубийств среди военнослужащих войск, решаемыми командирами всех степеней, офицерами воспитательных структур, психологами и медицинской службой, являются:

1. Своевременное обнаружение и устранение состояний, несущих потенциальную угрозу самоубийства.

2. Раннее выявление суицидальных тенденций среди военнослужащих (в ходе медицинских осмотров, посредством получения информации из лечебных учреждений, от родных и близких).

3. Регистрация, учет, всесторонний анализ самоубийств и покушений на них.

4. Решение диагностических вопросов и применение необходимых лечебно-профилактических мер.

5. Купирование пресуицидальных состояний, социально-трудовая реабилитация военнослужащих, совершивших попытки самоубийства, и направление их к специалистам для углубленного обследования, профилактики повторных суицидов.

6. Обязательное предоставление адекватного отдыха лицам после выраженного психического и физического перенапряжения, особенно во время и после боевых дежурств.

7. Проведение широкой психогигиенической работы, выявление социальных причин суицидов.

8. Осуществление контактов с суицидологическими службами города, района, местности, где дислоцируется часть.

Нельзя успокаиваться, основываясь на том, что самоубийства среди военнослужащих встречаются в два раза реже, чем у аналогичной возрастной категории гражданской молодежи. Даже единичные случаи самоубийств в воинских коллективах должны привлекать пристальное внимание командования и медицинской службы, сопровождаться анализом причин случившегося, выработкой мер по своевременному разрешению конфликтных ситуаций и их предупреждению. Этого требует гуманизм и профилактическое направление военного здравоохранения.

SPECIFICS OF THE PROPHYLACTIC BUILDING OF ANTISUICIDAL MOTIVES AMONG PERSONS IN MILITARY SERVICE IN INNER TROOPS OF UKRAINE

V. S. Gitchun

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The work deals with causes of suicides among persons in military service. The social-psychological desadaptation and its types are analyzed. On this base the directions of prophylactic measures among practically healthy soldiers are defined, the concrete tasks of suicide prophylactic measures in the troops are determined.

ЦИТО-БІОФІЗИЧНИЙ ПОКАЗНИК БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ ТА ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ ДО І ПІСЛЯ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОАНАЛГЕЗІЇ

В. О. Коршняк

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології і психіатрії
м. Харків

Синдром вегетативної дистонії (СВД) є дуже розповсюдженим у структурі неврологічної захворюваності. Серед причин СВД значне місце займають екзогенно обумовлені органічні ураження нервової системи (черепно-мозкові травми, іонізуюче випромінювання, нейроінфекції та ін.). Лікування вегетативних дисфункцій нерідко малоефективно, і хворі до проведених традиційних методів залишаються резистентними. Крім цього, буває індивідуальна непереносимість медикаментозних препаратів та алергизація до них. Одним із таких немедикаментозних методів, який застосовується в медицині, є транскраніальна електроаналгезія — ТКЕА. Однак, по використанню цього методу лікування при захворюваннях нервової системи є лише поодинокі праці [1, 3, 4, 5, 6].

Разом з тим необхідні об'єктивні методи оцінки ефективності ТКЕА. В останні роки вивчений новий метод визначення біологічного віку та фізіологічного стану людини на основі показників проби його нативних клітин букального епітелію.

Безкровність та безболючість взяття проби клітин, нативність вивчаючих клітин та швидкість аналізу, доказане встановлення кореляції даного показника з біологічним віком та фізіологічним станом організму є достоїнством методу [6]. Запропонований метод може бути використаний при здійснені контролю за способом лікування. В доступній літературі приведені результати успішного застосування даного методу в ряді областей медицини та гігієни праці та спорту.

Метою роботи є оцінка ефективності застосування ТКЕА у хворих з СВД різного генезу за допомогою цито-біофізичного показника біологічного віку та фізіологічного стану організму.

Нами обстежено 65 хворих (42 особи чоловічої та 23 жіночої статі в віці від 24 до 43 років) з СВД різного генезу, котрі знаходилися в неврологічній клініці інституту в стані клінічної декомпенсації захворювання. Із них виділені три групи: 1) з неврологічними наслідками іонізуючого випромінюваннння (ІВ), ліквідатори аварії на ЧАЕС — 20 хворих (18 чоловічої, 2 жіночої статі); 2) з віддаленими наслідками черепно-мозкової травми (ВНЧМТ) — 25 (20 чоловічої та 5 жіночої статі); 3) з наслідками нейроінфекцій (НІ) — 20 (16 жіночої та 4 чоловічої статі). У всіх хворих СВД установлений на основі «Опитника для виявлення ознак вегетативних змін» (сума балів від 15 і вище) та «Схеми дослідження ознак вегетативних порушень» (сума балів більше 25) [2].

Усім хворим проводили ТКЕА за допомогою апарату «ЕТРАНС-2», що випускається промисловістю. ТКЕА проводили за методикою В. П. Лебєдєва [2]. Перший, пробний сеанс, проводили у другому режимі (з заповнювачем прямокутних хвиль), наступні — в першому режимі (без заповнювача прямокутних хвиль). Сеанси ТКЕА застосовували через день, тривалістю 20 хвилин. Курс лікування 9—12 сеансів.

Для об'єктивізації фізіологічного стану організму хворих та контролю ефективності ТКЕА використовували методику визначення біологічного віку за електрокінетичними властивостями клітинних ядер у пробі клітин букального епітелію [7]. Донорами клітин букального епітелію ротової порожнини були хворі вказаних вище 3-х груп.

Пробу клітин букального епітелію брали ранком до сніданку (до початку та після закінчення курсу ТКЕА). Обстежували хворих, у яких виключали паління, емоціональний стрес та інші фактори, які порушують енергетичний статус організму.

Методика дослідження заключалася в проведенні мікроелектрофорезу проби клітин за допомогою оригінального приладу в плоскій камері в розчині 3,03 мМ фосфатного буфера (pH — 7,0) з добавкою 2,89 мМ хлориду кальцію при напрузі в камері 30 В/см. Під мікроскопом в одношаровому мазку епітеліальних клітин на склі, при збільшенні в 400 разів визначали процент клітин з ядрами, котрі зміщувалися при електрофорезі в сторону анода, тобто ядер, які мали негативний дзета-потенціал. Цей показник названий процентом електронегативності клітинних ядер (ЕНЯ %). Підраховували кількість клітин з негативним *дзета*-потенціалом, за даними таблиці, розробленої В. Г. Шахбазовим [8], говорили про біологічний вік організму.

Вік у кожного хворого в 3-х групах ми зіставляли тричі, враховуючи: 1) календарний; 2) біологічний (до початку ТКЕА) по зміні показника ЕНЯ % клітин шляхом зіставлення з віковою нормою; 3) біологічний (після курсу ТКЕА) шляхом зіставлення з такими до лікування і з віковою нормою.

З таблиці 1 видно, що із загального числа хворих молодого віку (до 43 років), яким проводилися ТКЕА, найбільшу вікову групу (34±6 %) склали особи 41—43 років, в основному за рахунок хворих з наслідками ІВ (55±11 %), на 2-му місці (22±5 %) в віці 36—40 років, частіше також при наслідках ІВ (35±11 %).

Таблиця 1

Календарний вік хворих з СВД різного генезу

Групи	ВІК									
	24—25		26—30		31—35		36—40		41—43	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Наслідки ІВ n=20	—		—		2	10±7	7	35±11	11	55±11
Наслідки ЧМТ n=25	7	28±9	3	12±7	6	24±9	4	16±8	5	20±9
Наслідки НІ n=20	3	15±8	3	15±8	5	25±10	3	15±8	6	30±10
Всього n=65	10	15±4	6	9±4	13	20±5	14	22±5	22	34±6

Порівняння у хворих з СВД різного генезу календарного та біологічного віку до лікування (таблиці 1, 2) показало значне їхнє розходження та наявність більш старшого біологічного віку, порівняно з календарним, у 56 з 65 (86±4 %) хворих з більшим віковим розривом у залежності від нозології СВД.

При травматичному генезі СВД співвідношення осіб за біологічним віком до 45 років і старіше було відповідно 7(28±9 %) і 18(72±9 %) ($p<0,001$), з великими відмінностями по пя'тиріччям від 46 до 70 років. При інфекційному генезі СВД біологічний вік був старіше календарного у 19 з 20 (96±5 %) хворих ($p<0,001$), причому у всіх 19 з них він був в границях 51—60 років. Особливо переважав біологічний вік над календарним у 19 хворих (96±5 %) з наслідками ІВ та синдромом ВСД, які мали індивідуальний розкид по п'ятиріччям, аж до 75-річного біологічного віку.

Таблиця 2

Біологічний вік хворих до (1) та після (2) ТКЕА

Групи		ВІК										
		24—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75
Наслідки ІВ n = 20 (100 – 4 %)	1	—	—	—	—	1	2	5	7	2	1	2
						5±5 %	10±7 %	25±10 %	35±11 %	10±7 %	5±5 %	10±7 %
	2	—	—	—	—	4	7	5	4	—	—	
						20±9 %	35±11 %	25±10 %	20±9 %			
Наслідки ЧМТ n = 25 (100 – 4 %)	1	—	3	—	—	4	2	6	4	4	2	—
			12±7 %			17±8 %	8±6 %	25±9 %	17±8 %	17±8 %	8±6 %	
	2	1	3	7	12	2	—	—	—	—	—	—
		4±4 %	12±7 %	28±9 %	48±10 %	8±6 %						
Наслідки НІ n = 20 (100 – 5 %)	1	—	—	—	—	1	—	7	12	—	—	—
						5±5 %		35±11 %	60±11 %			
	2	—	—	2	7	9	2	—	—	—	—	—
				10±7 %	35±11 %	45±11 %	10±7 %					
Всього n = 65 (100 – 2 %)	1	—	3	—	—	6	4	18	23	6	3	2
			5±3 %			9±4 %	6±3 %	28±6 %	35±6 %	9±4 %	5±3 %	3±2 %
	2	1	3	9	19	15	9	5	4	—	—	—
		2±2 %	5±3 %	14±4 %	29±6 %	23±5 %	14±4 %	8±4 %	6±3 %			

Після курсу ТКЕА (таблиця 2) відмічалося достовірне зрушення в сторону зменшення (омолодження) біологічного віку: так у 47 (із 65) хворих (72±6 %) біологічний вік вернувся до рівня 45 років, тоді як до застосування ТКЕА в молодому віці було лише 9 хворих (14±4 %) ($p<0,001$). Найкращі результати одержані у хворих з синдромом ВСД травматичного генезу: у всіх 25 (100-5 %) біологічний вік вернувся до рівня 45 років, ($p<0,001$). При СВД інфекційного генезу у 18 із 20, тобто у 90±7 % хворих відмічалося повернення до рівня 45 років, порівняно з такими до лікування (5±5 %) ($p<0,001$). У хворих з СВД радіаційного генезу «омолодження» біологічного віку до 45 років відмічалося лише у 4 з 20-х (20±9 %), однак ще у 16 (80±9 %) також було зниження його до 46-57 років, порівняно з віком у них 51—75 років до курсу ТКЕА ($p<0,001$).

Таким чином, уже в фонових дослідженнях до застосування ТКЕА у хворих з неврологічними наслідками ЧМТ, ІВ, НІ відмічається зрушення показника електрокінетичних властивостей клітинних ядер у пробі букального епітелію в сторону «постаріння» і значного збільшення їхнього біологічного віку, порівняно з календарним.

Після курсу ТКЕА показник цієї проби свідчить про достовірну динаміку в сторону нормалізації та «омолодження» біологічного віку порівняно з показником ЕНЯ % до лікування, особливо при травматичному та інфекційному генезі захворювання.

Механізми зміни кількості ядер букального епітелію, які мають негативний *дзета*-потенціал, недостатньо відомі. Можна припустити, що ТКЕА приводить до реорганізації саногенетичних механізмів з нормалізуючим впливом на стан адаптивно-компенсаторних неспецифічних структур лімбічної системи з їхньою активацією та підвищенням регуляції функцій, в тому числі вегетативно-судинних, нейрогормональних та інших, включаючи і енергетичний стан клітин.

Метод визначення біологічного віку та фізіологічного стану організму на основі показників проби клітин букального епітелію є дуже чутливим, об'єктивним, відносно простим для експрес-діагностики в комплексі з клінічними даними. В наших спостереженнях він підтвердив ефективність використання ТКЕА у хворих з СВД різного генезу.

Література

1. *Акимов Г. А., Заболотных В. А., Лебедев В. П. и др.* Транскраниальное электровоздействие в лечении вегетососудистой дистонии // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. —Т. 91, вып. 7.—С. 75—78.
2. Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. проф. А. М. Вейна). — М.: Медицина, 1991. — С. 48—51.
3. *Малий В. Д.* Застосування трансцеребрального електровпливу при лікуванні ранніх форм цереброваскулярної патології: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Київ, 1994.— 19 с.
4. Новый метод безлекарственного лечения (Сб. материалов под редакцией д. м. н. В. П. Лебедева). — С.-Петербург, 1993. — 133 с.
5. *Руденко А. Е., Корженевский Л. В., Коваль А. З., Малый В. Д.* Применение транскраниального электровоздействия в лечении больных с ранними формами цереброваскулярной патологии // Пароксизмальные состояния в неврологии. — Киев, 1991.— С. 91.
6. *Тайцлин В. И., Коршняк В. А.* Применение транскраниальной электроаналгезии (ТКЭА) в лечении больных с психоорганическими и неврологическими синдромами травматического генеза // Український вісник психоневрології. — Харків. — 1995. — Вип. 1(5). — С. 211—213.
7. *Шахбазов В. Г., Колупаева Т. В., Набоков Л. А.* Способ определения биологического возраста человека: А. с. № 11669614 СССР// Б. И. 1985 № 28.
8. *Шахбазов В. Г., Григорьева Н. Н., Колупаева Т. В.* Новый цито-биофизический показатель биологического возраста и физиологического состояния организма // Физиология человека. — 1996. — Т. 22. — № 4. — С. 1—5.

CYTO-BIOPHYSICAL INDEX OF THE BIOLOGICAL AGE AND A PHYSIOLOGICAL ORGANISM STATE IN PATIENTS WITH THE VEGETATIVE DYSTONIA SYNDROME BEFORE AND AFTER TRANCSCRANIAL ELECTROANALGESIA

V. O. Korshnyak

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

65 patients with the vegetative dystonia syndrome (VDS) of various genesis (due to ionizing radiation, traumatic, neuroinfectional) who had resistance to a traditional treatment were examined. A course of the transcranial electroanalgesia (TCEA) was performed for these patients. To objectiveze patients' organism physiological state and to control of TCEA efficacy a method of identification of the biological age was used (Shakhbazov V. G. et al., 1985). For the background it was determined a significant increase of the biological age as compared with the calendar age while after the TCEA course it was occurred reliable dynamics towards normalization and «rejuvenation» of the biological age as compared with that one before treatment.

КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ ТКАНИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В. С. Мерцалов, В. Г. Черненков, Н. П. Волошина, В. В. Задорожный, А. В. Шатилло

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

В настоящее время одной из быстро развивающихся областей в терапии широкого круга заболеваний ЦНС является трансплантация эмбриональной нервной ткани (ЭНТ). Эпилепсия, как тяжелое инвалидизирующее заболевание с большим процентом резистентных к терапии форм, сопровождающееся нарастающим нейрональным и медиаторным дефицитом, может оказаться перспективным направлением в применении метода трансплантации ЭНТ.

Справедливость высказанного предположения подтверждается уже довольно большим количеством клинических исследований [1, 2, 7, 8, 9], однако трансплантация ЭНТ применялась в этих случаях как вспомогательный метод при нейрохирургическом лечении эпилепсии. Эффективность трансплантации ЭНТ как основного метода лечения и в её комбинации с традиционной противосудорожной терапией в данное время не изучена.

Прямое сдерживающее влияние трансплантации ЭНТ на судорожную активность показано в экспериментальных работах Воробьевой Т. М. и Ермаковой И. В. на модели аудиогенных судорог у крыс [5, 6].

В цикле работ, посвященном лечению эпилепсии методом деструкции миндалевидного ядра и/или трансплантации ЭНТ, группа авторов (В. Г. Антоненко, О. А. Лапоногов, В. И. Цимбалюк и др. 1998) исследуют особенности влияния вариантов трансплантации ЭНТ и деструкции эпилептогенных структур. Авторы отмечают отсутствие зависимости эффекта оперативного лечения от места внедрения ЭНТ (кора мозга, миндалевидное ядро, хвостатое ядро) и считают, что трансплантация без криодеструкции может влиять на частоту эпилептических припадков и выраженность психических нарушений.

Интересное исследование с анализом и клинико-патогенетическим обоснованием по предлагаемому направлению при целой группе хронических заболеваний ЦНС, в которую, однако, не входила эпилепсия, выполнили А. С. Брюховецкий и С. О. Ушаков [3, 4]. Ими было обнаружено благоприятное влияние трансплантации ЭНТ на биоэлектрическую активность в виде появления хорошо модулированного α-ритма преимущественно в лобных и теменных отведениях и регрессии признаков дисфункции стволово-мезодиэнцефальных структур в 45,6 % случаев уже в первые 2—3 недели.

Нами, в отделе нейрохирургии, была обследована группа больных с эпилепсией (4 человека), в комплексное лечение которых была включена малоинвазивная паратопическая трансплантация эмбриональных нервных тканей человека.

В группу вошли четверо больных без визуализируемой (по данным ЯМР-томографии) патологии головного мозга; трое из них имели вторично-генерализованный характер приступов, один — первично-генерализованный.

Трансплантация выполнялась паратопически посредством субокципитальной пункции по способу, на который получен патент № 22346А (МПК А 61 В 17/00. Способ трансплантации эмбриональных тканей. /Черненков В. Г., Задорожный В. В./). Для трансплантации использовалась суспензия эмбриональных нервных тканей человека сроком гестации 6—12 нед. клеточностью 20—80 млн/мл. Клеточность обусловлена количеством ткани, доступной от одного эмбриона. Премедикация включала десенсибилизирующую терапию с применением антигистаминных препаратов в обычных дозировках и кортикостероидов (однократное введение преднизолона в дозе 1мг/кг).

При обобщенном анализе динамики клинических проявлений эпилептического синдрома после выполнения трансплантации можно отметить фазность развития её эффекта.

В остром, посттрансплантационном периоде (2—7 дней) отмечалась температурная реакция с подъёмом температуры тела до 38—39° С, сопровождавшаяся головной болью. Головная боль имела различную степень выраженности и длительности до 2—3-х дней, боль в большинстве случаев эффективно купировалась однократным введением ненаркотических аналгетиков.

В одном случае, в первые 2-е суток после операции, был зарегистрирован эпилептический приступ обычного для больной характера и интенсивности. В данном случае приступ наблюдался у больной с катаминальной эпилепсией и совпал с менструацией т. е. в типичное для него время, согласно цикличности течения болезни.

Нейрофизиологическая динамика, контролируемая по данным ЭЭГ, регистрировалась после окончания температурной реакции. Было выявлено потенцирующее влияние трансплантации ЭНТ в остром посттрансплантационном периоде, на ЭЭГ — проявления судорожной активности, а также некоторый общий дезорганизующий эффект на биоэлектрическую активность. Отмечалось нарастание индекса и амплитуды медленных ритмов, при снижении индекса и увеличении представленности пароксизмальных форм α-ритма. Феномены судорожной активности в некоторых случаях регистрировались уже в фоне, либо отмечалось снижение порога судорожной активности, выявляемого функциональными пробами.

По катамнестическим наблюдениям (срок наблюдений 6—10 мес.) в раннем посттрансплантационном периоде, сроком от 2-х до 3-х месяцев, во всех случаях наблюдался бесприступный промежуток. Однако, для заключения о достоверной связи этого «светлого промежутка» с влиянием трансплантации имеющихся данных недостаточно, так как стадия заболевания, частота приступов и анамнестические данные о характере течения болезни в данной группе больных имели большой разброс.

Данные ЭЭГ исследований в этот бесприступный период демонстрировали вначале возврат биоэлектрической активности к дотрансплантационным показателям, затем — некоторую положительную динамику в виде увеличения индекса α-активности и повышения порога судорожной активности в ответ на функциональные нагрузки.

В одном случае эписиндром был установлен на основании анамнестических данных о единичных парциальных судорожных и несудорожных (галлюцинации) приступах, жалоб на частые (почти ежедневные) вегетовисцеральные пароксизмы с психоэмоциональным компонентом. В пользу эпилептической природы жалоб также свидетельствовали групповые разряды комплексов пик-волна частотой 3—4 Гц в левом височном отведении, регистрируемые на ЭЭГ после нагрузки гипервентиляцией, и эпилептоидные черты личности. В этом случае вегетовисцеральные пароксизмы купировались в течение 2—3-х недель после трансплантации и не отмечались больной за весь период наблюдений (5 мес.), также как и судорожные приступы. На повторных энцефалограммах вышеописанная судорожная активность не регистрировалась.

В более отдаленный период в остальных 3-х случаях, на которые имеется длительный катамнез (4—10 мес.), отмечалось возобновление приступов. Однако, в 2-х из них характер приступов изменился. Впервые отмечались приступы с частичным сохранением сознания, была менее выражена послеприступная оглушенность и астения, преобладали приступы с абортивным течением (без генерализации и потери сознания). Динамику ЭЭГ на этом этапе, по сравнению с исходной (до трансплантации), можно оценить как незначительное улучшение, проявляющееся уменьшением представленности пароксизмальных паттернов и некоторым увеличением порога эпилептиформного реагирования на функциональные нагрузки.

Таким образом, трансплантация ЭНТ может оказаться новым и достаточно действенным терапевтическим средством, способным самостоятельно или в сочетании с медикаментозной терапией оказывать выраженный противосудорожный эффект длительностью до нескольких месяцев. Однако, для определения степени клинической эффективности необходимо дальнейшее изучение проблемы и выделение групп больных с различными формами эпилепсии, которым трансплантация ЭНТ даст максимальный лечебный эффект, а также определения медикаментозной стратегии, потенцирующей его.

Литература

1. *Антоненко В. Г., Лапоногов О. А., Цимбалюк В. И. и соавт.* // Бюллетень УАН, 1998. — № 4. — С. 97—100.

2. *Берснев В. П. и др.* Доклад на II национальном симпозиуме: «Трансплантация фетальных тканей и клеток человека». — Москва, апрель 1998 г.

3. *Брюховецкий А. С., Ушаков С. О.* / В сб.: Трансплантация фетальных тканей человека.— М., 1996.— С. 53—56.

4. *Брюховецкий А. С., Ушаков С. О.* / В сб.: Трансплантация фетальных тканей человека.— М., 1996. — С. 57—59;

5. *Воробйова Т. М., Берченко О. Г., Гейка В. В., Гармаш Т. І.* — Український вісник психоневрології. — 1996. — Вип. 4. — № 5 (12). — С. 403—405.

6. *Ермакова И. В.* Доклад на II национальном симпозиуме «Трансплантация фетальных тканей и клеток человека». — Москва, апрель 1998 г.

7. *Лапоногов О. А. и др.* // Бюл. УАН. — 1998. — № 5. — С. 103.

8. *Овечко В. Н.* Нейрохирургическое лечение больных с цереброорганическим и эпилептическим синдромом методом трансплантации эмбриональной нервной ткани.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Санкт-Петербург, 1995.

9. *Цимбалюк В. І. та ін.* // Український медичний часопис. — 1998. — № 4 (6). — Т. VII—VIII. — С. 5—16.

CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL EFFECTS OF FETAL NERVOUS TISSUE TRANSPLANTATION TO EPILEPTIC PATIENTS

V. S. Mertzalov, V. G. Chernenkov, N. P. Voloshina, V. V. Zadorojnij, A. V. Shatillo

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry

Kharkiv

The new approach of epileptic patients treatment is discussed. The main feature of proposed approach is the use of fetal nervous tissue transplantation as a leading therapy factor or in combination with traditional drug therapy (not as additional method in neurosurgical treatment).

The preliminary clinical results and the effects of fetal nervous tissue transplantation on EEG activity are discussed.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ ПСИХОПАТИИ У МУЖА

А. Н. Скрипников

Украинская медицинская стоматологическая академия
г. Полтава

Коррекция аномальных личностных особенностей мужчин и женщин, страдающих психопатией, их психологической и социальной (микросоциальной) дезадаптации была объектом научных интересов ряда известных психиатров [1—3]. Значительно менее разработана и практически не освещена в литературе психотерапевтическая коррекция сексуального поведения мужчин с аномалией личности, приводящего к развитию дезадаптивных форм сексуальной дисгармонии супружеской пары.

Целью исследования была разработка системы дифференцированной психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации.

Под наблюдением было 250 супружеских пар, в которых мужья страдали психопатией и имела место сексуальная дезадаптация. У 46 мужчин был диагностирован эпилептоидный; у 24 — психастенический, у 32 — истерический, у 40 — астенический и у 38 — шизоидный тип психопатии. Коммуникативная форма дезадаптации наблюдалась у 79, сексуально-поведенческая — у 72, сексуально-эротическая — у 41, конституциональная — у 15 супружеских пар, сексуальную аверсию испытывали мужчины в 19 супружеских парах, аномальная форма дезадаптации — у 24 супружеских пар.

При разработке системы коррекции сексуальной дезадаптации мы основывались на концепции В. В. Кришталя [4], в соответствии с которой коррекция супружеской дисгармонии, направленная на достижение адаптации супругов на всех уровнях взаимодействия, должна состоять, соответственно трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия, из трех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального) и конативного (поведенческого).

Разработанные корригирующие мероприятия были направлены на компенсацию психопатии, нормализацию межличностных отношений супругов и адаптацию их сексуального поведения.

В задачи когнитивного компонента психотерапевтической коррекции входили выработка правильных установок супругов на межличностные отношения; уяснение ими необходимости и реальной возможности оптимизации своих отношений; повышение взаимопонимания; осознание связи между своим поведением и взаимоотношениями с окружающими, в том числе с женой/мужем; понимание причин формирования конфликтных взаимоотношений и своей роли в их возникновении; достижение адекватного отражения супругами друг друга с целью повышения уровня их взаимопонимания; знакомство с формами поведения, позволяющими нормализовать межличностные отношения и предотвратить возникновение конфликтов.

Второй, аффективный компонент коррекции имел своими задачами дезактуализацию переживаний супругов, связанных с конфликтными взаимоотношениями, снятие их негативного отношения друг к другу и устранение дезадаптации. Для достижения этих целей были необходимы изменение способов эмоционального реагирования супругов при межличностном общении, выработка критического отношения их к своему неправильному реагированию в конфликтных ситуациях, снятие неадекватных эмоциональных реакций, усвоение способов установления благожелательных, доверительных отношений. Для этого следовало добиться изменений в личностных структурах пациентов — самооценке, системе социального восприятия и т. п.

Воздействие на поведение супругов, что являлось целью третьего, конативного компонента психотерапевтической коррекции, было возможно при решении задач когнитивного и аффективного компонентов. В соответствии с этим основной задачей конативного компонента коррекции была модификация типов поведения каждого из супругов и типов их взаимодействия. Для ее решения необходимо преодоление неадекватных форм поведения, приводящих к супружеским конфликтам; обучение супругов формам поведения, способствующим адекватной адаптации, в частности, выработка и закрепление правильных способов разрешения семейных конфликтов; выработка форм поведения, помогающих достигнуть взаимопонимания, обеспечивающих взаимопомощь, доверительность отношений, ответственность и самостоятельность каждого из супругов.

При выборе методов психотерапии, определении конкретного содержания психотерапевтических занятий мы исходили из формы сексуальной дезадаптации, ее причин, механизмов развития и клинических проявлений с учетом имеющегося у пациента типа психопатии, личностных особенностей его жены, а также степени заинтересованности супругов в нормализации своих отношений. При этом использовали следующие современные методы психотерапии: коммуникационный, ролевой психосексуальный, сексуально-эротический тренинг, групповую психотерапию, рациональную психотерапию, индивидуальную и парную, а также вспомогательные методы — библиотерапию, элементы гештальт-техники, трансактный анализ и др.

Важнейшее значение мы придаем первой совместной беседе с супругами, поскольку в этой беседе, помимо выяснения основных данных о каждом из супругов и внутрисемейной ситуации, должен быть создан мотив участия супругов в процессе психотерапевтической коррекции, а при установке

на расторжение брака — выработка установки на его сохранение. С этой целью супругам, с одной стороны, объясняли реальную возможность оптимизации их взаимоотношений, а с другой — формировали у них правильное представление о психотерапевтической помощи. Во время первой беседы каждый из супругов должен был понять необходимость глубокого анализа супружеских взаимоотношений и собственной ответственности за успех проводимого лечения.

Добиться устойчивой установки на сохранение семьи и участия в психотерапевтическом процессе в одной беседе, разумеется, невозможно, и эта проблема остается в центре внимания на протяжении всего психотерапевтического процесса. Это тем более актуально, что для супругов с сексуальной дезадаптацией, особенно с аверсией, при напряженном характере их взаимоотношений, характерно аффективное либо негативное поведение во время первой беседы. Учитывая это, мы старались предотвратить резкие проявления конфликтности и осуждение супругами друг друга и обсуждали основные проблемы семьи и причины конфликтов с каждым из них в отдельности.

Формирование личности больных при психопатии, как известно, претерпевает ряд нарушений, среди которых отмечается и деперсонализация. Поэтому мы считаем, что в арсенал средств психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации больных с данной патологией должна входить персоналистическая психотерапия. Персоналистическая психотерапия проводилась нами при всех формах дезадаптации и начиналась с определения уровня развития и степени зрелости личности, состояния ее подсистем (интраиндивидной, интериндивидной и метаиндивидной), причин нарушения персонализации, конфликтных ситуаций и роли указанных факторов в возникновении сексуальной дезадаптации.

На следующем этапе коррекции мы проводили психологическую подготовку, направленную на повышение уровня знаний супругов в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений. Затем следовала психогигиеническая подготовка, задачей которой является повышение уровня осведомленности пациентов об имеющихся у них нарушениях и роли личности в генезе сексуальной дисгармонии.

На основном, реконструктивном этапе психотерапевтической коррекции решалась ее главная задача — формирование супругов новых установок, типа реагирования, перспективы адекватного разрешения противоречий между личностью и обществом путем перестройки активности, направленности личности, ее самосознания, уровня притязаний в соответствии с реальными обстоятельствами жизни.

Курс психотерапии завершался поддерживающим этапом, целью которого было закрепление достигнутого уровня персонализации супругов.

Персоналистическая психотерапия проводилась нами в форме индивидуальных бесед с помощью методов разъяснения, убеждения, внушения. Весь курс лечения составлял 10—12 занятий продолжительностью от 30 мин. до 1 часа.

Следует заметить, что индивидуальные занятия с супругами не исключают возможности одновременного проведения групповой психотерапии. Если персоналистическая психотерапия воздействует на метаиндивидные характеристики личности, то групповая психотерапия обращена к интериндивидным ее характеристикам, и использование обоих методов существенно повышает эффективность коррекции дезадаптивных форм сексуальной дисгармонии.

Проведенная система коррекции позволила достигнуть сексуальной адаптации подавляющего большинства супругов при всех формах сексуальной дезадаптации. В свою очередь, нормализация половой жизни способствовала более благоприятному течению психопатии у мужчин, уменьшению частоты ее декомпенсаций. Рецидивов нарушения сексуальной адаптации не было отмечено ни у одной супружеской пары при катамнестическом наблюдении в течение 2 лет.

Литература

1. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — Москва: Медгиз, 1933. — 186 с.

2. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Ленинград, 1977. — 208 с.

3. *Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. — Москва: Медицина, 1978. — 357 с.

4. *Кришталь В. В., Гульман Б. Л.* Сексология. Том 2. Клиническая сексология. Часть первая. Общая сексопатология. — Харьков, 1997. — 272 с.

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SEXUAL DESADAPTATION OF MARITAL COUPLE AT PSYCHOPATHY IN HUSBAND

A. M. Skrypnikov

Ukrainian medical stomatologic Academy
Poltava

The necessity of working out was proved for problem of psychotherapeutic correction of sexual behavior of men with anomaly of personality causing sexual desadaptation of spouses.

Principles and methods of worked by author system of psychotherapeutic correction of sexual desadaptation of spouses were brought at psychopathy of different types in men. The prosecution of psychotherapy was illuminated in detail, in particular tasks and stages of personalic psychotherapy was shown, which author used at all forms of sexual desadaptation at psychopathy in men. A rationality of using proposed methods of psychotherapy was substantiated.

The system of correction was approved at 250 spouses with a high therapeutic effect.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕТНОГО СИНДРОМА

И. В. Цыба

Донецкий областной наркологический диспансер
г. Донецк

Актуальность темы настоящего исследования объясняется в первую очередь следующими факторами:

• Высокая распространенность психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя (ППРВУА) среди населения во всем мире, в том числе в Украине.

• Ведущую роль в патогенезе ППРВУА играет изменение биологической реактивности к алкоголю.

• В структуре синдрома измененной биологической реактивности к алкоголю значительное место принадлежит алкогольному абстинентному синдрому (ААС) в связи с особой актуальностью патологического влечения к алкоголю в этом состоянии, выраженностью вегето-соматических расстройств и возможностью развития тяжелой психоневрологической патологии (психозы, энцефалопатия, эписиндром) как в структуре ААС, так и в случае его недостаточно успешной терапии. Остаточные психические расстройства после купирования ААС ухудшают течение реабилитации и прогноз эффективности лечения заболевания в целом.

• Соматическая ослабленность и церебрально-органическая «почва» у пациентов наркологического профиля, особенно при длительном или неблагоприятном течении заболевания и в его завершительных стадиях, резко снижает возможность использования методов активной противоалкогольной терапии ввиду возрастания риска тяжелых и опасных для жизни психических и соматических осложнений. Сюда же следует отнести интеллектуально-мнестическое и эмоционально-волевое снижение, которое зачастую сводит на нет эффективность условно-рефлекторной терапии и психотерапии.

• В состоянии алкогольной интоксикации и ААС организм больного содержит токсические количества высокоактивных недоокисленных метаболитов этанола (ацетальдегид, сальсолинол — продукт неэнзиматического взаимодействия ацетальдегида и дофамина) и других веществ, оказывающих непосредственное тотальное повреждение головного мозга и других органов и тканей.

Одной из основных задач по созданию высокоэффективных средств купирования алкогольной интоксикации и ААС является поиск относительно недорогих и безопасных для организма веществ, способных инактивировать свободные радикалы и образовывать с ними соединения, легко выводимые из организма естественным путем.

В настоящее время в практике Донецкого областного наркологического диспансера накоплен опыт по успешному применению гипохлорита натрия (ГН) в комплексном лечении ППРВУА.

Кафедрой наркологии Харьковской медицинской академии последипломного образования проводятся работы (И. К. Сосин, А. С. Волков, Ю. Ф. Чуев, 1996) по изучению эффективности и механизмов действия ГН у больных ППРВУА. При этом исследователей привлекает, в первую очередь, способность ГН являться мощным средством детоксикации, способным надежно купировать осложнения, угрожающие жизни больного (острая алкогольная интоксикация, алкогольный абстинентный синдром, пределириозные состояния, запойные состояния).

Однако известно, что различные структуры головного мозга обладают различной устойчивостью к повреждающему действию не только этанола, но и его метаболитов [3]. Известно также и то, что различные метаболиты этанола неравнозначны в спектрах психотропной активности, важную роль в реализации которой некоторые исследователи отводят модуляции межполушарной функциональной асимметрии — одному из фундаментальных факторов пространственно-временной организации психических функций.

Таким образом, целесообразно выявление и изучение, если таковые имеются, собственных психотропных свойств, а также сравнительная оценка эффективности ГН в комплексной терапии ААС, что и явилось целью настоящего исследования.

В исследование вошли больные в состоянии ААС с ХА I—II (n = 16), II (n = 38), II—III (n = 46) стадий (по классификации Н. Н. Иванца, 1988), поступившие в отделение не позднее 1 суток с момента последнего употребления алкоголя.

Исключались:

- больные с эпиприпадками, сахарным диабетом, тяжелыми черепно-мозговыми травмами, сопутствующими психическими заболеваниями в анамнезе, с уровнем сахара крови менее 5,5 и более 6,6 ммоль/л, перенесенными хирургическими вмешательствами в остром периоде в связи с литературными данными о возможном ухудшении состояния у этой категории пациентов на фоне применения гипохлорита натрия;
- с наследственной отягощенностью, шизофренией, сенильными и пресинильными психозами по данным анамнеза;
- больные с эндогенными психическими заболеваниями и с психопатией в преморбиде основного заболевания.

Основную группу (n = 50) составили больные ХА, в комплексном лечении которых *в качестве базового средства детоксикации* на этапе ААС *был использован ГН* (произведенный нами в результате электрохимической модификации стандартного 0,9 % раствора хлорида натрия на аппарате ЭДО-4). ГН был впервые использован нами в качестве монотерапии в первые 3 дня терапии ААС. При этом учитывались методические рекомендации по использованию ГН в наркологии (И. К. Сосин, А. С. Волков, Ю. Ф. Чуев, 1996, г. Харьков). После отмены ГН, с 4-го дня на

основании оценки состояния больного нами пересматривался комплекс дальнейшей терапии заболевания.

Контрольную (n = 50) — больные ХА с традиционным индивидуально-адекватным комплексом терапии ААС, *базовый компонент детоксикации* — гемодез-нео, витамины B_1, B_6, тиосульфат натрия.

Обе группы не имели существенных отличий по возрастному составу, факторам социально-психологической адаптации, клинической картине ППРВУА и психического состояния пациентов накануне терапии, латеральному морфофенотипу, который оценивали при помощи сенсибилизированного опросника А. П. Чуприкова и соавт. (1985), тестов «переплетение пальцев рук» (Lutz F. E., 1908), «поза Наполеона» (Лурия А. Р., 1962), «аплодирование» (Collins E. H., 1961), «дырка в карте» (Friedlander W. J., 1971), проб O. Rosenbach (1903), V. Rugiery, A. Morelli (1985), «прислушивание» (Berman A., 1971).

Все симптомы и симптомокомплексы накануне, в ходе и по окончании дезинтоксикационной терапии, а также в процессе реабилитации оценивали в баллах от 0 до 4, формируя из них следующие клинические блоки, степень выраженности которых оценивали в тех же баллах.

Алкогольная интоксикация: головная боль, идеомоторная заторможенность и неадекватность, вегето-соматические и токсико-обменные расстройства (по данным ЭКГ, функции печени, электролитный состав и формула крови и др.).

ААС: актуальное патологическое влечение к алкоголю в качестве ядра синдрома и ассоциированные с ним вегето-дистонические, вегето-соматические и психопатологические расстройства.

Психопатологические расстройства, возникающие на этапе угасания собственно ААС и являющиеся либо осложнением течения ААС, либо следующей закономерной постабстинентной фазой. В первом случае это — алкогольные психозы и алкогольная депрессия, во втором — алкогольная депрессия и разнообразные психопатологические проявления алкогольной энцефалопатии: астенические, психопатоподобные, интеллектуально-мнестическое и эмоционально-волевое снижение личности.

Практически все вышеперечисленные психопатологические расстройства, в той или иной степени выраженности, имели место у каждого пациента, при этом преобладающий уровень поражения (регистр) психических процессов определял характер и ядро текущего психического состояния пациента, а также индивидуальную клинику заболевания вне алкогольной интоксикации и ААС.

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с использованием стандартного набора статистических программ в среде Windows 95.

ГН в качестве монотерапии по истечении 3-дневного срока удалось использовать с положительным эффектом (полное купирование ААС и нормализация психического состояния) у 34 (68,0 %) пациентов основной группы.

На фоне детоксикации последующее ухудшение состояния с развитием психозов, препсихотической (усиление тревоги и внутренней напряженности, раздражительности с дисфорическим оттенком, бессонницы, появление отрывочных иллюзий и галлюцинаторных элементов в сновидениях при засыпании) и депрессивной симптоматики потребовало включение нейролептиков и антидепрессантов у 16 (32, %) пациентов основной и у 25 (50,0 %) — контрольной группы. Из числа этих больных в основной группе все имели II—III стадию заболевания, в то время как в контрольной группе 21 пациент страдал ХА II—III, а 4 — II стадии.

Таким образом, по сравнению с традиционной дезинтоксикацией, в профиле терапевтического действия ГН в качестве «моно-» помимо выраженного детоксикационного эффекта и быстрого купирования абстинентных расстройств преобладают общие неспецифические психо- и нейротропные модули, связанные, по-видимому, с инактивацией метаболитов этанола и продуктов их взаимодействия с нейромедиаторами и нейромодуляторами.

По завершении инфузиии у 17 (34 %) пациентов на фоне полного купирования явлений алкогольной интоксикации и ААС и улучшения соматического и психического состояния имели место транзиторные (2—4 суток) незначительные (11 пациентов) и умеренно выраженные (6 пациентов) вяло-астенические состояния. Такие «астенические ямы», в связи с их хорошей переносимостью не требовали каких-либо терапевтических изменений в последующем традиционном реабилитационном комплексе, и тем более не могут служить препятствием для назначения ГН больным ХА.

1. ГН может быть использован в качестве патогенетически обоснованной монотерапии у больных ППРВУА на этапе дезинтоксикации и купирования ААС. При этом наиболее эффективно и целесообразно его использование у больных со II и II—III стадией заболевания.
2. ГН обладает неспецифическим умеренно выраженным психо- и нейротропным действием, связанным, по-видимому с инактивацией метаболитов этанола и продуктов их взаимодействия с нейромедиаторами и нейромодуляторами.
3. «Астеническая яма» [1], наблюдаемая в первые 2—4 дня после завершения инфузии ГН, выражена в слабой или умеренной степени, и не может служить основанием для отмены ГН.
4. В последующие дни у больных основной группы наблюдается более быстрая, по сравнению с контрольными пациентами, нормализация психического состояния.
5. Использование ГН препятствует токсическому поражению внутренних органов и тканей, что подтверждается в соответствующих объективных исследованиях и консультациями узких специалистов, и проявляется в улучшении самочувствия и общесоматического состояния больных.
6. В относительно отдаленном после дезинтоксикации и купирования ААС периоде у больных основной группы существенно, по сравнению с контролем, снижается вероятность развития таких тяжелых осложнений, как алкогольные психозы, эпиприступы, алкогольная депрессия, облегчается проведение и повышается эффективность реабилитационных мероприятий.

[1] Варианты: «астенический провал».

Таблица

Сравнительная оценка эффективности ГН и традиционной комплексной терапии ААС [1]

№ п/п	Основные клинические блоки, симптомокомплексы, ведущие симптомы	Динамика и отдаленные последствия терапии, баллы [2]							
		накануне терапии		3-й день		7-й день		с 20-го по 40-й дни	
		О	К	О	К	О	К	О	К
1	Алкогольная интоксикация	3,6±0,04*	3,7±0,03	0,3±0,04	2,1±0,03	0,1±0.03	1.9±0,04	0,9±0,04	1,8±0,04
2	ААС	2,9±0,04	3,1±0,04	0,9±0,04	2,7±0,03	0,5±0,03	1,9±0,04	—	0,5±0,03
3	Патологическое влечение к алкоголю	3,5±0,01	3,7±0,01	2,5±0,01	3,2±0,01	1,2±001	2,2±0,01	0,9±0,01	1,9±0,01
4	Психопатологические расстройства на этапе угасания ААС	—	—	2,5±0,01	2,7±0,01	1,9±0,01	2,5±0,01	1,1±0,01	2,1±0,01
5	Астения	—	—	—	—	2,8±0,01	2,2±0,01	2,2±0,01	2,2±0,01
6	Тревога	3,5±0,01	3,2±0.01	2,8±0,01	3,1±0,01	2,6±0,01	2.6±0,01	1,5±0,01	1,6±0,01
7	Внутренняя напряженность	3,0±0,01	2,7±0,01	2,1±0,01	2.3±0,01	1,7±0,01	2,1±0,01	1,1±0,01	1,4±0,01
8	Раздражительность	2,6±0,01	3,1±0,01	1,9±0.01	2,5±0,01	1,6±0,01	2,2±0,01	1,1±0,01	1,9±0,01
9	Злобность	2,1±0.01	2,3±0,01	1.9±0.01	2,1±0,01	1.6±0.01	1,9±0,01	0,9±0,01	1.1±0.01
10	Депрессия	3,0±0,01	2,9±0,01	2,7±0,01	2,6±0,01	1,9±0,01	1,8±0,01	1,5±0,01	1,5±0,01
11	Апатия	3.0±0.01	3,0±0,01	2,1±0.01	2,9±0,01	1,1±0.01	2,3±0,01	0,9±0,01	1.9±0.01

Условные обозначения:
О — основная группа; К — контрольная группа;
Достоверность различий между средними значениями показателя в основной и контрольной группах:
* — P<0,05, ** — P < 0,01.

Литература

1. *Воробьева Т. М., Волошин П. В., Гарбузова С. Н. и др.* Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий. — Харьков: Основа, 1994. — 176 с.

2. *Давыдов А. Т., Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Бельских А. Н. и др.* Основные показания и противопоказания к использованию методов экстракорпоральной гемокоррекции в психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — № 2. — 1999.— С. 31—33.

3. *Котин А. М., Бичевая Н. К., Власов Г. П., Никонова И. Н.* Индукция асимметричных аномалий развития после воздействия продуктами превращения этанола: ацетальдегидом и сальсониолом // Вопросы наркологии. — 1992. — № 2. — С. 45—53.

4. *Литвинцев С. В., Костюченко А. Л., Давыдов А. Т., Софронов А. Г.* Эфферентная терапия неотложных состояний в психиатрии и наркологии.— Санкт-Петербург, 1998. — 69 с.

5. *Сосин И. К., Чуев Ю. Ф., Стрелко В. В.* Сорбционно-эндокологические проблемы клинической наркологии. — Харьков: Полиграфсервис, 1998. — 72 с.

6. *Сосин И. К., Чуев Ю. Ф.* Лазерная терапия алкоголизма. — Харьков: Полиграфсервис, 1999. — 136 с.

USING OF NATRIUMHYPOCHLORITUM IN ALCOHOL ABSTINENT SYNDROME COMPLEX TREATMENT

I. V. Tsyba

Region narcological Center
Donetsk

In the present article the method of treatment alcoholic abstinence of a syndrome with the help of introductions of a solution Hypochloritum Natrii is described. The method is known under a title «indirect electrochemical detoxification».

The author analyses 50 cases of use Hypochloritum Natrii at the patients with the different forms of mental and behavioral disorders owing to the use of alcohol. In an outcome of the conducted analysis the author comes to a conclusion about high efficiency Hypochloritum Natrii, uses as the reasonable monotherapy at the patients with mental and behavioral disorders owing to the use of alcohol at a stage detoxification and treatment alcoholic abstinence of a syndrome.

[1] $\bar{X}$ (средняя величина) ± δ^2 (дисперсия) (см. *Лакин Г. Ф.* Биометрия. — М.: Высшая школа, 1990. — С. 37—45, 46—52 и далее до с. 60).

[2] Расчет показателей для «О» и «К» групп производится для числа вариантов n = 50.

МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ

Ю. Ф. Чуев

Харьковская медицинская академия последипломного образования
г. Харьков

За последние годы в наркологическую практику внедрено большое число новых немедикаментозных методов лечения наркологических заболеваний. Продолжаются исследования по дальнейшему расширению арсенала средств интенсивной терапии, более дифференцированному обоснованию и изучению терапевтических возможностей каждого из данных методов, поиск способов их потенцирования, проводится разработка новых подходов к лечебно-реабилитационной стратегии и тактике [1, 2].

Выявляются все новые показания и сферы применения современных модификаций немедикаментозных методов. В первую очередь это относится к использованию широкого спектра лечебных свойств лучей лазера [3, 4, 5, 6]. Выполненный значительный объем научно-исследовательских работ позволил разработать основные модификации и оптимальные режимы лазерной терапии, определить их значение и место в комплексе средств и методов лечения патологической зависимости от психоактивных веществ [7, 8, 9].

Наш многолетний опыт научного обоснования и практического применения лечебных эффектов лазерного излучения позволил определить круг основных показаний к применению методов лазерной терапии в клинической наркологии. Исследования показали, что лазерная терапия может применяться как самостоятельный монометод, так и в сочетании с другими немедикаментозными и медикаментозными средствами интенсивной терапии. При этом, потребность в фармакологической коррекции неотложных наркологических состояний, проводимых на фоне лазерной терапии, становится минимальной. Применение методов лазерной терапии в сочетании с другими немедикаментозными методами детоксикации дает основания сделать вывод о том, что они достаточно часто потенцируют действие друг друга.

Учитывая механизм и патогенетическую направленность действия лечебных факторов лазерного излучения при наркологических заболеваниях, к основным показаниям при назначении данных методов терапии следует отнести следующие: острая интоксикация психоактивными веществами, употребление психоактивных веществ с вредными последствиями, состояние отмены, состояние отмены с делирием, синдром зависимости, запойные формы алкогольной зависимости, судорожный синдром, алкогольные полиневропатии, другие соматические и неврологические постинтоксикационные осложнения, ВИЧ-инфицированность больных наркоманией.

Проведенные нами исследования показали, что применительно к проблемам клинической психиатрии и наркологии базовым интенсивным методом терапии неотложных состояний является метод внутрисосудистой лазерной гемотерапии. Курсовое применение в наркологической практике внутрисосудистой лазерной гемотерапии позволяет в короткие сроки добиться выраженного детоксикационного и купирующего эффекта. Параллельное использование других модификаций лазерной терапии дает возможность врачу наркологу провести коррекцию постинтоксикационных соматических, неврологических и психопатологических расстройств, неизменно сопутствующих основной патологии.

Согласно наших данных, методы квантовой терапии (лазерная и ультрафиолетовая), моделирующие детоксикационные и саногенетические функции органов и систем и предполагающие использование дополнительных периферических устройств и терминалов, рубрифицируются следующим образом.

Инвазивные (интенсивные) методы лазерной терапии: внутрисосудистая лазерная гемотерапия, внутрисердечная лазерная гемотерапия, экстракорпоральная лазерная гемокарбоперфузия, комбинированная внутрисосудистая лазерная и инфузионная фармакологическая детоксикация.

Малоинвазивные методы лазерной терапии: паравазальная (надвенная) лазерная гемотерапия, глубокая лазерная стимуляция точек акупунктуры, вакуумно-лазерная гемотерапия, лекарственный лазерофорез.

Неинвазивные методы лазерной терапии: трансдермальная (чрезкожная) лазерная гемотерапия, лазерная рефлексотерапия, наружное лазерное воздействие на рефлексогенные зоны и поля, магнитно-лазерная терапия, гидролазерная терапия.

Методы ультрафиолетовой терапии: экстракорпоральная ультрафиолетовая гемотерапия, внутрисосудистая ультрафиолетовая гемотерапия, вакуумно-ультрафилетовая гемотерапия, чрезкожная ультрафиолетовая гемотерапия, ультрафиолетовая рефлексотерапия.

В настоящем сообщении рассматриваются прикладные аспекты и основные технические режимы применения интенсивных лазерных модификаций в комплексе средств и методов купирования неотложных состояний в клинике наркологических заболеваний.

Методика внутрисосудистой лазерной гемотерапии. Для проведения этого вида лазерной терапии нами использовались разовые оптические полимер-полимерные зонды (сечение 0,4 мм) и одноразовые иглы «Луер» (размер 0,8 х 40). Пунктировалась одна из крупных периферических поверхностно расположенных вен (как правило, в облас-

ти локтевого сгиба), далее в просвет иглы вводился разовый зонд, и выдвигался внутрь сосуда на 3—5 мм. Пунктировать периферическую вену желательно с предварительно введенным в одноразовую иглу разовым оптическим зондом, что технически намного облегчает проведение процедуры. Далее производилась стыковка разового зонда и магистрального световода, подключенного к аппарату лазерной терапии. Использовалось лазерное излучение красного спектра (длина волны 0,63 мкм, мощность 1,5 мВт), длительность экспозиции составляла 30—40 минут.

При отсутствии периферических вен, в силу природных особенностей строения сосудистой системы, или в силу деструктивно-органических сосудистых поражений и тотальной облитерации вен, которые очень часто имеют место у большинства больных инъекционными формами наркомании, мы прибегали к модифицированным методам лазерного воздействия.

Методика внутрисердечной лазерной гемотерапии. Проводится в условиях специализированной операционной в присутствии врача и подготовленной медицинской сестры. Больному производится пункция подключичной вены и устанавливается стандартный катетер. Подготавливается стерильная резиновая пробка (по диаметру катетера), с введенным в нее разовым полимер-полимерным зондом диаметром 0,6 мм и длиной 35—40 мм. Конструкция пробки с введенным зондом исключает доступ воздуха в катетер. На вдохе больной задерживает дыхание, открывается катетер, куда вставляется подготовленная стерильная резиновая пробка с разовым зондом. Очень медленно разовый зонд аккуратно продвигается внутрь катетера на указанную длину, и только затем подключается к магистральному световоду аппарата лазерной терапии. Применение оптического зонда заданной длины позволяет ввести его в просвет правого предсердия, экспозиция 30—40 минут. Используется лазерное излучение красного спектра, длина волны 0,63 мкм, мощностью 1,5 мВт.

Методика комбинированной внутрисосудистой лазерной и фармакологической инфузионной детоксикации. Настоящая модификация внутрисосудистой лазерной гемотерапии предполагает ее проведение на фоне инфузионных растворов (неогемодез, полиглюкин, гипохлорит натрия, глюкоза), традиционно используемых при купировании абстинентных расстройств в клинике наркологических заболеваний. Изучение оптических свойств вышеперечисленных растворов [10] показало, что они имеют почти 100 % оптическую прозрачность в диапазоне лазерного излучения свыше 500 нм, и поэтому могут быть использованы как базисные растворы при проведении лазерной гемотерапии.

Методика заключается в следующем. Берется флакон с одним из названных растворов и стандартная система, которая подсоединяется к флакону и заполняется раствором по общепринятым правилам. Одноразовой иглой накалывается отверстие в резиновой части системы, проводится разовый зонд (0,4 мм сечения) в просвет иглы так, чтобы его торец находился на уровне среза иглы. После этого, не отсоединяя иглу от системы, пунктируют периферическую вену (в области локтевого сгиба) и начинается капельное введение раствора. Далее разовый зонд подключают к магистральному световоду аппарата лазерной терапии, подготовленного к работе. Используется лазерное излучение красного спектра (0,63 мкм, мощность 1,5 мВт, экспозиция 30—40 минут). По окончании лазеротерапии разовый зонд отсоединяется, а инфузионная терапия при необходимости продолжается.

Настоящая методика позволяет проводить лазерную гемотерапию на фоне инфузионной терапии, не производя специально для этого дополнительной пункции вены. Световод, подключенный к аппарату лазерной терапии, введенный сквозь резиновую стенку в просвет стандартной системы для переливания крови, выставлялся в просвет иглы, где постоянно омывался инфузируемым раствором. Оптическое излучение, исходившее из торца световода, направлялось вдоль просвета иглы по ходу сосуда, что позволяло обеспечить равномерное освечивание крови. Улучшению условий для распространения оптического излучения в токе крови в предлагаемой модификации способствовал инфузируемый раствор гипохлорита натрия, который в данном случае выполнял не только мощную дезинтоксикационную роль, но и функцию протекторной оптически прозрачной среды.

Метод комбинированной экстракорпоральной лазерной гемокарбоперфузии. Абсолютным показанием для применения метода гемокарбоперфузии (гемосорбции) является наркомания и состояния, связанные с употреблением наркотических веществ (острая интоксикация, прекоматозные и коматозные состояния), а также тяжелые формы абстинентных расстройств в клинике алкогольной зависимости, запойные формы алкогольной зависимости, алкогольный делирий. Проведение одного сеанса гемокарбоперфузии как полнообъемного, так и по показаниям низкообъемного, вызывает значительное улучшение состояния больного. Вместе с тем, при проведении гемокарбоперфузии у больных наркоманией признаки абстинентного синдрома могут возникнуть прямо во время процедуры, в связи с резким падением плазменной концентрации наркотика. Лечение такого нейрогенного абстинентного синдрома состоит обычно в продлении гемосорбционной процедуры еще на 1,5—2 часа.

Для проведения метода гемосорбции нами использовался аппарат сорбционной очистки крови АСВ-01 и гемосорбенты гранулированные делигандизирующие (ГСГД), с размером гранул 0,4—0,6, предназначенные для удаления белок-связанных токсинов и метаболитов. При проведении гемосорбционной детоксикации используются одноразовые магистральные системы, конструкция которых позволяет проводить экстракорпоральное лазерное воздействие на реинфузируемую кровь.

Сущность метода заключается в лазерном воздействии на реинфузируемую кровь во время сеанса гемокарбоперфузии. Это позволяет нейтрали-

зовать довольно часто усиливающийся при гемокарбоперфузии наркотический абстинентный синдром, обусловленный форсированным выведением наркотика из жидких сред организма.

Как известно, в результате гемокарбоперфузии после снижения уровня ксенобиотиков и токсических метаболитов в крови через определенное время их концентрация начинает вновь повышаться, очень часто даже при сохранении или усилении положительного лечебного эффекта. Это объясняется тем, что большая часть метаболитов транспортируется основным белком — альбумином, а так как в сосудистом русле циркулирует лишь около 40 % альбумина, остальная же его часть содержится в органах и тканях, соответственно, в такой пропорции они и распределяются. При проведении гемокарбоперфузии элиминация метаболитов происходит в основном из кровеносного русла и в значительно более меньших размерах — из тканевого депо [11].

Оптимальными режимами гемосорбции, по нашим данным, обеспечивающими эффективное снижение уровня токсических метаболитов, являются скорость проведения 60—120 мл/минуту, объем — 2—4 ОЦК. Применение экстракорпоральной лазерной гемокарбоперфузии является наиболее оправданным при появлении начальных признаков наркотической ломки, и целесообразно проведение ее дважды, с интервалом в 1—2 дня, а именно в первые и третьи сутки начала интенсивной терапии.

Использовалось лазерное излучение красного спектра с длиной волны 0,63 мкм, мощность 1,5 мВт, применялся разовый оптический полимер-полимерный зонд сечением 0,6 мкм. Экспозиция лазерного воздействия составляла 30—40 минут.

При соблюдении основных правил проведения сеансов лазерной терапии, правильном подборе терапевтических режимов и адекватном выборе других параметров воздействия осложнений при проведении интенсивных терапевтических мероприятий мы не наблюдали. Важно учитывать при назначении интенсивных методов лазерной терапии не только общее состояние пациента, специфику клинических проявлений патологического процесса при наркологическом заболевании, его стадий и формы, тенденции развития, но также и сопутствующих расстройств, постинтоксикационных осложнений, половых, возрастных, профессиональных особенностей пациента. Наиболее результативной лазерная терапия оказывается при комплексном подходе к оценке всех вышеперечисленных факторов. Следует отметить, что к противопоказаниям при использовании методов лазерной терапии в медицинской практике вообще, и наркологической в частности, относятся: новообразования, заболевания крови, активные формы туберкулеза, заболевания внутренних органов в стадии острой декомпенсации, болезни эндокринных органов, беременность, острые лихорадочные состояния невыясненной этиологии.

Разработанные и предложенные нами основные модификации методов интенсивной лазерной терапии хорошо зарекомендовали себя в повседневной практике и значительно расширяют возможности клинической наркологии в комплексном лечении неотложных состояний в клинике наркомании и алкогольной зависимости, тяжелых постинтоксикационных соматоневрологических нарушений.

Литература

1. *Сосин И. К., Чуев Ю. Ф., Стрелко В. В.* Сорбционно-эндоэкологические проблемы клинической наркологии. — Харьков: Полиграфсервис, 1998. — 72 с.

2. *Сосин И. К., Чуев Ю. Ф., Мысько Г. Н.* Методы рефлексотерапии в наркологической практике. — Харьков: Полиграфсервис, 1999. — 174 с.

3. *Гамалея Н. Ф.* Пути развития лазерного направления в современной медицинской науке // Применение лазеров в биологии и медицине. — К., 1995. — С. 26—30.

4. *Илларионов В. Е.* Техника и методики процедур лазерной терапии. — М., 1994. — 178 с.

5. *Корепанов В. И.* Теория и практика лазерной терапии. — М.: Рапид, 1993. — 109 с.

6. *Попов В. Д.* Современные аспекты квантовой терапии в клинической медицине. — К., 1996. — 133 с.

7. *Сосин И. К., Чуев Ю. Ф.* Лазерная терапия опийной наркомании. — Харьков: Полиграфсервис, 1999. — 144 с.

8. *Сосин И. К., Чуев Ю. Ф.* Лазерная терапия алкоголизма. — Харьков: Полиграфсервис, 1999. — 136 с.

9. Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. Лазерная терапия никотинизма. — Харьков: Полиграфсервис, 1999. — 84 с.

10. *Дуткевич И. Г., Марченко А. В.* Новые методы фотогемотерапии. — Санкт-Петербург, 1993. — 49 с.

11. *Деденко И. К., Стариков А. В., Литвинюк В. А. и др.* Эфферентные методы лечения острых отравлений. — К., 1997. — 332 с.

METHODS OF INTENSIVE LASER THERAPY IN CLINICAL NARCOLOGY

Y. F. Chuev

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
Kharkiv

Preliminary results of using laser radiation in clinical narcology showed that these methods are very effective. This work presents the data of methods of intensive laser therapy application with the aim of narcology diseases treatment. An important role of laser methods is shown.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОСОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С ПРЕ- И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Л. П. Бедненко

**Клинический специализированный родильный дом № 5
г. Харьков**

Поражения нервной системы новорожденных и детей раннего возраста продолжают привлекать внимание многих исследователей. Значимость этого раздела неврологии очевидна в связи с высоким удельным весом детей с пре- и перинатальной патологией в структуре заболеваемости и смертности новорожденных; частотой неврологических, психоневрологических, соматоформных, нейроортопедических, нейроофтальмологических отдаленных исходов [1, 6, 7]. По данным ряда авторов до 80 % неврологических заболеваний этиологически связаны с прогенезом, пре- и перинатальными периодами жизни [2, 7].

Практическую ценность для своевременной коррекции выявленных нарушений и дальнейшего прогноза имеет ранняя диагностика неврологической патологии у новорожденных. Наибольшее значение среди диагностических методов у детей раннего возраста в настоящее время стало приобретать ультразвуковое исследование головного мозга (нейросонография). Преимуществами метода являются: информативность, безболезненность, отсутствие необходимости специальной подготовки пациента, возможность обследования у постели больного, отсутствие лучевой нагрузки [4, 5]. Нейросонография позволяет объективизировать морфологические изменения головного мозга у новорожденных, у которых рутинных анамнестического и клинико-неврологического методов может быть недостаточно для постановки диагноза [3—5].

Целью настоящего исследования явилось: определение характера структурных нарушений головного мозга и состояния ликворосодержащих пространств при ультразвуковом исследовании у новорожденных с неврологической патологией в условиях родильного дома и отслеживание динамики выявленных изменений у детей до года.

Работа выполнена в клиническом родильном доме № 5 г. Харькова (главный врач Н. И. Козуб). Обследованы новорожденные с неврологической симптоматикой различной степени выраженности и дети из группы риска по развитию неврологической патологии, родившиеся в роддоме № 5 с июня 1993 г. по декабрь 1995 г. Все обследованные новорожденные осмотрены детским неврологом, им проведена нейросонография. Сделано 1908 ультразвуковых сканирований головного мозга в раннем неонатальном периоде. В последующем до года прослежено 324 ребенка с пре- и перинатальным поражением нервной системы, которым выполнены клинико-неврологическое и нейросонографическое исследования в динамике.

Показаниями для проведения нейросонографии у новорожденных были:

— наличие неврологической симптоматики;

— крупноголовость, необычная форма головы;

— несоответствие размеров окружностей головы и груди;

— расхождение двух и более швов черепа или выраженное расширение одного из них;

— синдром задержки внутриутробного развития плода;

— недоношенность;

— клинические признаки незрелости ребенка;

— высокий уровень стигматизации;

— наличие пороков развития головного мозга, диагностированных внутриутробно;

— наличие пороков развития других органов и систем;

— отягощенный анамнез.

При ультразвуковом обследовании головного мозга в раннем неонатальном периоде выявлена следующая патология:

— отек мозга — у 12 % новорожденных;

— признаки внутричерепной гипертензии — у 22 %;

— диффузные изменения тканей мозга гипоксически-ишемического характера — у 60 %;

— гидроцефалия в виде расширения боковых желудочков — у 3,2 %;

— увеличения III желудочка — у 1,5 %;

— аномалии развития мозга (расширение боковых желудочков свыше 10 мм, иногда в сочетании с расширением III и IV желудочков мозга, гипоплазия и агенезия мозолистого тела, гипоплазия мозжечка) — до 0,6 %;

— субэпендимальные кисты — у 5 %;

— кисты сосудистых сплетений — у 1 %;

— внутричерепные кровоизлияния — у 2 % обследованных.

Степень выраженности выявленных морфологических изменений головного мозга у новорожденных не всегда соответствовала степени выраженности клинической симптоматики поражения нервной системы.

Динамическое нейросонографическое исследование детей на первом году показало увеличение частоты больных с гипертензионно-гидроцефальным синдромом до 48,8 %, уменьшение числа детей с субэпендимальными кистами до 1,5 % и кистами сосудистых сплетений до 0,6 %, формирование кист мозга у 0,9 % обследованных. Максимальный прирост ликворосодержащих пространств отмечен к 3—4 месяцам жизни.

В группе больных, получавших наряду с посиндромной терапией раннее реабилитационное лечение (с первых дней жизни ноотропы: пирацетам или пантогам; дифференцированно антигеморрагичес-

кую терапию при геморрагических поражениях мозга: дицинон, викасол, свежезамороженную одногруппную плазму, при гипоксически-ишемических поражениях — вазоактивные препараты: трентал, курантил или кавинтон; ортопедические укладки; с 3—4 недель жизни при необходимости — препараты рассасывающего действия, дегидратационную терапию в виде преимущественно ацетазоламида с препаратами калия длительно, массаж, ЛФК, музыкотерапию, ФТЛ), расширение ликворосодержащих пространств было выражено значительно меньше, чем в группе детей, не получавших в первые 3—4 месяца медикаментозной терапии.

Таким образом, изменение нейросонографической картины у детей первого года жизни с возрастом требует динамического наблюдения, повторных ультразвуковых исследований головного мозга для контроля лечения.

Литература

1. *Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Всеволожская Н. М.* Руководство по неврологии раннего детского возраста. — К.: Здоров'я, 1980.— 528 с.

2. *Барашнев Ю. И.* // Акуш. и гинекол. — 1993.— № 1. — С. 14—18.

3. *Бурцев Е. М., Дьяконова Е. Н.* // Журн. невропат. и психиатр. — 1997.— № 8.— С. 4—7.

4. *Ватолин К. В.* Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. — М.: Видар, 1995.— 120 с.

5. Лечебно-диагностические технологии и методы прогнозирования исходов перинатальных поражений центральной нервной системы: Методические рекомендации / *С. П. Катонина, Е. Г. Сулима, Е. А. Макарова и др.*— К., 1995.— 30 с.

6. Руководство по неонатологии / Под ред. Г. В. Яцык.— М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 400 с.

7. *Шабалов Н. П.* Неонатология: Учебник для студентов, интернов и резидентов педиатрических факультетов медицинских институтов (Т. I).— С.-Пб.: Специальная литература, 1997. — 496 с.

DYNAMICS OF CHARACTERS OF NEUROSONOGRAPHY IN CHILDREN WITH PRE- AND PERINATAL PATHOLOGY OF THE NERVOUS SYSTEM

L. P. Bednenko

Clinical Specialized Lying-in Hospital No. 5
Kharkiv

1908 ultrasonic brain scannings of newborns with neurological symptoms were carried out. 324 children were traced to age of 1 year and neurosonographic examination were performed in dynamics for these children. Results of the examination demonstrated an increase of frequency of patients with the hypertensive-hydrocranial syndrome from 3,2 % in a newborn period to 48,8 % to 3—4 months of the life; a decrease of quantity of children with subependymal cysts from 5 % to 1,5 % and vascular plexal cysts from 1 % to 0,6 %; a formation of brain cysts in 0,9 % of examined patients.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО СТВОЛОВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ПОЛУШАРНОМ МОЗГОВОМ ИНСУЛЬТЕ

В. И. Дарий

Запорожский государственный медицинский институт
г. Запорожье

Одним из грозных осложнений полушарного мозгового инсульта (МИ) является вторичный стволовой синдром (ВСС) [1, 4, 5]. ВСС имеет стадийное неуклонное течение, начинающееся с верхнестволовых структур и заканчивающееся нижнестволовыми [3, 6, 7]. Некоторые авторы утверждают, что в некоторых случаях данная стадийность может нарушаться [2, 3]. Между тем, четкие критерии дебюта и течения вторичных стволовых расстройств, а также их патогенез недостаточно изучены.

Целью настоящего исследования явилось выделение типов развития ВСС в зависимости от наличия осложнений мозгового полушарного инсульта.

Под нашим наблюдением находилось 195 больных с осложненным МИ, 91 — с геморрагическим и 104 — с ишемическим. Из них 96 женщин и 99 мужчин в возрасте от 44 до 72 лет.

В клинической картине обращалось внимание на выраженность симптомов полушарного поражения, время и темп развития ВСС, его диэнцефальные, мезенцефальные, понтинные и бульбарные проявления. Девяносто пяти из них в остром периоде инсульта проводилась компьютерная томография мозга с помощью компьютерного томографа СТ-1010. Учитывались размеры кровоизлияния или инфаркта мозга, степень отека мозга, выраженность смещения мозговых структур, признаки гидроцефалии. В случаях летального исхода (126 наблюдений) клинический диагноз МИ подтверждался патологоанатомическими исследованиями. При вскрытии особое внимание обращалось на локализацию, размеры, патоморфологические особенности как полушарного, так и стволового очага.

Все больные по темпу развития были разделены на 2 основные группы: 1) с постепенным медленным стадийным течением процесса (86 больных, 44,1 %) и 2) с внезапным началом, мгновенным развитием вторичной стволовой симптоматики (109 больных, 55,9 %). Кроме того, в каждой из этих групп выделены две подгруппы, в зависимости от времени возникновения ВСС, — сразу после начала МИ и в более поздней стадии.

В первой группе с медленно прогрессирующим ВСС (86 наблюдений) в большинстве случаев отмечался при ишемическом инсульте (ИИ) (53 больных), в меньшем количестве больные первой группы имели геморрагический инсульт (ГИ) (33 больных). Из них паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние было у пятерых, паренхиматозное — у 23 и субарахноидальное — у пятерых больных, то есть, в течении ВСС у лиц с осложненным ГИ преобладали паренхиматозные кровоизлияния (69,7 %).

У 44 больных (51,2 %) ВСС начался сразу после возникновения МИ, у 42 (48,8 %) — спустя некоторое время после начала. Исходы больных данной группы характеризовались большим процентом удовлетворительных результатов (51 выживший из 86 больных, 59,3 %) и длительностью ВСС у умерших до 7,5±0,4 суток. Из 26 больных с ИИ с первично медленно прогрессирующим развитием ВСС у 8 (30,8 %) можно предполагать кардиоэмболическую этиологию процесса: мерцательная аритмия и недостаточность кровообращения.

В структуре дебюта ВСС на первый план выступали нижнестволовые расстройства по сравнению с диэнцефальными и особенно мезенцефальными (в сочетании с другими уровнями, соответственно— 45,3 %; 24,4 %; 9,3 % и изолированно, соответственно — 34,9 %; 12,8 %; 3,5 %).

При КТГ исследовании признаки выраженного отека выявлены у 10 (20,8 %) из 48 больных данной группы. Смещение срединных структур мозга у группы больных с медленно прогрессирующим течением ВСС по данным КТГ было отмечено у 18 больных (37,5 %): в первой подгруппе в острейшем периоде — у 10 из 22 больных (45,5 %), а во второй — у 8 из 26 (30,8 %). Гидроцефалия наблюдалась у 37 из 48 КТГ-обследованных (77,1 %), а ее асимметрия — у 18 (37,5 %).

При детализированном паталогоанатомическом вскрытии 31 умершего установлено: объем полушарного очага превышал 30 куб. см у 19 (61,3 %), причем заметная разница в объемах очага была в подгруппах с началом ВСС сразу после возникновения инсульта (у 7 из 10 больных — 70,0 %) и началом ВСС в отдаленный период МИ (12 из 21 больных — 57,1 %). По видимому, раннее начало ВСС, наряду с другими причинами, объясняется большим объемом полушарного очага.

Как видно из вышеприведенных данных, в случае медленного постепенного нарастания симптоматики вторичных стволовых расстройств в острейшем периоде патогенез в большей степени выраженности протекает по классической дислокационно-дисциркуляторной схеме, вызванной увеличением супратенториального содержимого. Значительно меньше был выражен гидроцефально-окклюзионный механизм с явлениями внутренней компрессии сгустками крови.

Во 2-й группе с быстро прогрессирующим ВСС (109 больных) был геморрагический инсульт у 58 больных, из них паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние — у 30, паренхиматозное — у 26 и субарахноидальное — у двух. Ишемический инфаркт мозга отмечался у 51 больного.

У 60 больных (55,1 %) ВСС начался сразу после возникновения МИ, у 49 (44,9 %) — спустя некоторое время после начала. При этом, в I подгруппе было больше больных с ГИ (37 наблюдений, 61,7 %), а во II подгруппе — с ИИ (27 наблюдений, 55,1 %). Исходы больных данной группы характеризовались большим процентом летальности (91 из 109 больных, 83,5 %), с длительностью ВСС у умерших в среднем до 4,35±0,5 суток.

Внезапность развития ВСС при ишемическом инсульте обуславливалась также возникновением у 5 больных прорыва некротических масс в желудочковую систему мозга и у 28 — наличием ВСК, выявленных у 39 умерших при патологоанатомическом исследовании (соответственно — 12,8 % и 74,4 %). Помимо этого, из 22 больных с ИИ с первично внезапным и быстро прогрессирующим развитием ВСС у 15 (68,2 %) имелись мерцательная аритмия и недостаточность кровообращения, то есть предпосылки к кардиоэмболической этиологии процесса.

В структуре дебюта ВСС на первый план выступали мезенцефальные расстройства по сравнению с диэнцефальными и нижнестволовыми (изолированно, соответственно — 24,8 %; 15,6 %; 7,3 % и в сочетании с другими уровнями, соответственно — 44,0 %; 33,0 %; 29,4 %). Это, по видимому, связано с большим количеством ВСК, которые располагались преимущественно в верхнестволовых структурах. При КТГ исследовании признаки выраженного отека выявлены у 13 из 47 обследованных больных с быстро прогрессирующим ВСС (27,7 %): преимущественно в подгруппе с ранним возникновением ВСС — у 9 больных из 25 (36,0 %) по сравнению с подгруппой с поздним возникновением — у 4 больных из 22 (18,2 %). Смещения структур мозга по данным КТГ были у 15 больных (31,9 %) с быстро прогрессирующим течением ВСС: в первой подгруппе в острейшем периоде смещение наблюдалось у 10 из 25 больных (40,0 %), во второй — у 5 из 22 (22,7 %). Гидроцефалия наблюдалась у всех КТГ-обследованных, а ее асимметрия — у 38 из 47 больных (80,9 %).

При детализированном патологоанатомическом исследовании 72 умерших установлено: объем полушарного очага превышал 30 куб. см у 49 (68,1 %), причем заметная разница, приближающаяся к значимой, была в подгруппах с началом ВСС сразу (у 32 из 42 больных, 76,2 %) и началом ВСС в отдаленный период МИ (17 из 30 больных, 56,7 %). По всей видимости, раннее начало быстро прогрессирующего течения ВСС, также как и медленно прогрессирующего, объясняется большим объемом полушарного очага.

Существенное значение в развитии ВСС при этом варианте течения имеют в дебюте не только изменения, проявляющиеся наличием смещения и деформации с ВСК, но и сдвиги, связанные с нарушением микроциркуляции. В данном варианте ведущим механизмом, по-видимому, вначале вызвавшим ВСС, являлся мгновенный рефлекторный спазм артерий ствола на возникновение первичного очага в полушариях мозга. В ответ на кровоизлияние или тромбоэмболию происходит срыв ауторегуляции сосудов и их спазм не только в полушарной зоне, но и на отдалении в стволовом регионе, что клинически проявляется дисфункцией стволовых структур.

При паренхиматозно-вентрикулярных и паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлияниях ВСС может быть и следствием воздействия излившейся крови и продуктов ее распада на центральные серотонинергические и L-адренергические рецепторные системы, которые играют непосредственную роль в регуляции кардиоваскулярных функций организма и в определенной степени определяют характер ретикулоспинальных и ретикулокортикальных взаимоотношений.

Помимо вышеуказанных, при прорывах очаговых масс существенную роль оказывает ликвородинамический механизм, вызванный закупоркой Сильвиева водопровода сгустками крови или некротическими массами и как бы дополнительным сдавлением изнутри ствола мозга. При проникновении сгустков крови или некротических масс в желудочковую систему происходит «дополнительный удар» по «внутренним» стволовым структурам, что вызывает рефлекторный спазм сосудов ствола мозга и приводит к вторичной ишемии ствола.

Таким образом, следует отметить большую сложность и неоднозначность воздействия различных факторов на время и темпы развития ВСС, отражающего совокупность осложнений при МИ. При осложненных МИ, помимо классического стадийного течения ВСС, отмечается первичное и вторичное внезапное, быстро прогрессирующее его развитие, имеющее в основе вторичные стволовые кровоизлияния и прорыв очаговых масс в желудочки, вызывающие окклюзионный гидроцефальный синдром и внутреннюю компрессию стволовых образований.

Литература

1. *Віничук С. М.* Судинні захворювання нервової системи. — Київ: Наукова думка, 1999. — С. 250

2. *Лунев Д. К.* Мезэнцефальные эпиприступы при кровоизлияниях. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1974.— Т. 74.— Вып. 12.— С. 1761—1778.

3. *Соловьев О. И.* Вторичный стволовой синдром при кровоизлияниях и инфарктах в больших полушариях головного мозга: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1978.

4. *Brinaru V., Matijevic V.* Disorders of consciousness as a manifestation of neurologic disease. Neuroloska klinica KBC Rebro i Medicinskog faculteta Sveucilisa u Zagrebu: Lijec-Vjesn. — 1995 Jun; 117 Suppl 2: 50—3.

5. *Caplan L. R.* Brain ishemia basic concepts and clinical revelance. — Berlin: Sprinaer-Verl., 1995.— 380 p.

6. *Patten I.* Neurological differential diagnosis.— London, New York et al., 1981.

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

PATHOGENESIS FEATURES OF SECONDARY BRAINSTEM SYNDROME IN PATIENTS WITH COMPLICATED HEMISPHERAL STROKE

V. I. Dariy

State medical University
Zaporizhzhya

A complex of methods including clinical, computed tomography (CT), pathomorfological investigations was used to examine 195 patients aged 44—72 years with complicated stroke. There were two groups: group 1 with slowly appearing secondary brainstem syndrome (SBS); group 2 with suddenly appearing SBS. The each group has its own pathogenesis features of development complicated stroke. According to the clinical, CT and pathomorfological examination, criteria for the syndrome gravity and sudden SBS, risk factors were distinguished.

МЕТОД ОЦЕНКИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПСИХИЧЕСКИМ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

И. В. Линский

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Известно, что психические и поведенческие расстройства, развивающиеся вследствие употребления психоактивных веществ (далее в тексте статьи — расстройства-F1, по шифру в МКБ/ICD-10), относятся к заболеваниям с наследственной предрасположенностью [8—10]. Имеются свидетельства того, что наследственная предрасположенность утяжеляет течение расстройств-F1, усложняет их лечение и ухудшает прогноз, в тех случаях, когда она уже реализовалась в болезнь [11, 12]. Из сказанного следует, что своевременная оценка предрасположенности к расстройствам-F1 может стать основой как для формирования соответствующих групп повышенного риска с последующей профилактикой развития заболевания в них, так и для дифференцированного лечения больных, уже страдающих этими расстройствами. Поэтому целью настоящей работы было создание метода оценки предрасположенности к расстройствам-F1.

Ранее нами было показано [3], что наблюдаемая фенотипическая дисперсия по признаку наличия — отсутствия расстройств-F1 в поколениях родствен-

ников больных опийной наркоманией адекватно описывается в рамках квазинепрерывной и альтернативной моделей наследования. Обе эти модели предполагают, что признак (в данном случае предрасположенность к расстройствам-F1) находится под контролем группы генов. В свою очередь, любой из генов определяет, как правило, формирование нескольких фенотипических признаков. Поэтому у лиц, склонных к развитию расстройств-F1, должно наблюдаться значительное количество иных, не имеющих непосредственного отношения к указанной предрасположенности, признаков. Если это так, то данные признаки могут рассматриваться как маркеры предрасположенности к расстройствам-F1 и служить естественным основанием для метода ее оценки.

С целью выявления маркеров предрасположенности к расстройствам-F1 был проведен скрининг разноплановых признаков с привлечением анамнестического, антропометрического, дерматоглифического и экспериментально-психологических методов. В настоящей работе не применялись сложные инструментальные или лабораторные методы исследования. Это ограничение введено сознательно для того, чтобы обеспечить простоту практической реализации разрабатываемого метода и возможность его широкого применения в будущем.

Методом опроса испытуемых и их матерей [5] выясняли наличие родственников первой и второй степени родства. Изучали распространенность среди родственников испытуемых различных заболеваний (коморбидность). Оценивали гибридность испытуемых по степени экзогамии их родителей, которая отражает генетическую отдаленность их брака, с выделением соответствующих групп (см. ниже).

Антропометрическое исследование производили по методике НИИ антропологии Московского государственного университета с выделением соматотипов по классификации Бунак В. В. в модификации Чтецова В. П. [7].

В ходе дерматоглифического исследования оценивались только два признака: положение осевого ладонного трирадиуса «t» и длина проксимальной ладонной складки [1]. Оба упомянутых признака доступны при непосредственном изучении ладонных кожных узоров, без получения дерматокарт, что существенно упрощает процедуру исследования.

Для изучения типа характерологических изменений у испытуемых в возрасте 15—18 лет использовался патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) [4], а у испытуемых в возрасте 19 лет и старше — опросник Леонгардта — Шмишека [6]. Оценка экстра-интравертированности личности и уровня нейротизма производилась с помощью личностного опросника Айзенка (в адаптации А. Г. Шмелева). Оценка процессов возбуждения-торможения в ЦНС осуществлялась путем параллельного исследования испытуемых посредством тест-опросника Я. Стреляу [6].

На каждом этапе исследования оценивались частоты изучаемых признаков среди больных опиоманией (основная группа) и среди здоровых лиц (контрольная группа). В дальнейшем значения этих частот использовались для расчета диагностических коэффициентов (*ДК*) и мер информативности ($J(x_{ij})$) каждого признака по формулам:

$$ДК\left(x_{ij}\right)=10\,lg\frac{P\left(x_{ij}/A_1\right)}{P\left(x_{ij}/A_2\right)} \quad (1);$$

$$J\left(x_{ij}\right)=10\,lg\frac{P\left(x_{ij}/A_1\right)}{P\left(x_{ij}/A_2\right)}\cdot 0{,}5\left[P\left(x_{ij}/A_1\right)-P\left(x_{ij}/A_2\right)\right] \quad (2);$$

где:

$P(x_{ij}/A_1)$ — частота признака в группе больных;
$P(x_{ij}/A_2)$ — частота признака в контрольной группе [2].

Признаки с положительными *ДК* (частота данного признака в группе больных больше, чем в группе здоровых) *course of* рассматриваются как маркеры предрасположенности к расстройствам-F1, а признаки с отрицательными *ДК* (частота данного признака в группе больных меньше, чем в группе здоровых) — как маркеры устойчивости к данной патологии. *ДК* и $J(x_{ij})$ установленных признаков использовались в дальнейшем для выявления предрасположенности к расстройствам-F1 посредством стандартной последовательной процедуры распознавания патологических процессов [2].

Всего было обследовано 500 мужчин, больных опийной наркоманией, и 300 здоровых мужчин сопоставимого возраста (студенты старших курсов высших учебных заведений г. Харькова). Кроме того, на этапе исследования коморбидности в качестве контрольных использовались данные из официальных отчетов Минздрава о распространенности различных заболеваний среди населения Украины. Необходимые ограничения, обеспечившие сопоставимость этих данных с результатами собственных исследований, подробно описаны нами ранее [3].

Все достаточно информативные ($J(x_{ij}) \geq 0{,}05$) признаки — маркеры предрасположенности — были размещены в интегральной диагностической таблице в порядке убывания их информативности (табл.).

Процесс распознавания представляет собой последовательное сложение диагностических коэффициентов признаков, имеющихся у испытуемого. После каждого акта сложения текущий результат сравнивается с табличными значениями пороговых сумм диагностических коэффициентов ($\Sigma_{ДК}$) [2]. Сложение осуществляется с учетом знака *ДК* («+» или «–») начиная с признаков, имеющих наибольшую информативность. По достижении одного из пороговых значений (со знаком «+» или «–») диагностическую процедуру останавливают. Чаще всего используются пороговые величины $\Sigma_{ДК} = 13$, $\Sigma_{ДК} = 20$, и $\Sigma_{ДК} = 30$, при которых вероятность ошибки составляет соответственно 5 %, 1 % и 0,1 %.

Таблица

Маркеры предрасположенности к расстройствам-F1

Маркеры (группы маркеров)	*ДК*	$J(x_{ij})$
1. Расстройства-F1 у родственников пробанда I степени родства		18,5980 [1]
1.1. Есть у одного из родителей пробанда и у трех его сибсов	18,33	6,4025
1.2. Есть у одного из родителей пробанда и у двух его сибсов	16,59	5,0338
1.3. Есть у одного из родителей пробанда и у одного его сибса	13,68	2,9797
1.4. Есть у одного из родителей пробанда, но нет у сибсов (или нет сибсов)	10,21	0,9448
1.5. Нет у родителей, но есть у трех сибсов пробанда	12,47	1,6598
1.6. Нет у родителей, но есть у двух сибсов пробанда	10,82	1,0535
1.7. Нет у родителей, но есть у одного сибса пробанда	8,15	0,4398
1.8. Нет ни у одного из родственников пробанда I степени родства	– 0,91	0,0841
2. Акцентуации характера пробанда		0,9024 [2]
2.1. Эпилептоидный тип акцентуации характера	5,37	0,4151
2.2. Отсутствие акцентуации характера	– 4,00	0,3816
2.3 Психастенический тип акцентуации характера	– 3,05	0,0589
3. Гибридность пробанда		0,8725 [3]
3.1 IV группа гибридности [8]	5,73	0,4447
3.2. I группа гибридности [8]	– 4,02	0,2504
3.3. II группа гибридности [8]	– 1,63	0,1100
3.4. III группа гибридности [8]	1,29	0,0674
4. Темперамент пробанда		0,5676 [4]
4.1. Холерический темперамент	3,16	0,3767
4.2. Сангвинический темперамент	– 1,64	0,0841
4.3. Меланхолический темперамент	– 1,49	0,0624
5. Проксимальная ладонная складка		0,5398 [5]
5.1. Укорочена [9]	2,20	0,2718
5.2. Не укорочена [9]	– 2,17	0,2680
6. Нервное и/или психическое заболевание у родственника I степени родства		0,4560 [6]
6.1. Есть	3,46	0,3413
6.2. Нет	– 1,16	0,1147
7. Ладонный трирадиус t		0,3092 [7]
7.1. Смещен [10]	2,75	0,2276
7.2. Не смещен [10]	– 0,99	0,0816
8. Наличие расстройства-F1 у родственника пробанда II степени родства	7,28	0,3088
9. Грудной грацильный соматотип	4,88	0,5240
10. Наличие нервного и/или психического заболевания у родственника II ст. родства	2,46	0,1520
11. Наличие заболевания мочеполовой системы у родственника I ст. родства	3,25	0,1127

Примечания:

[1–7] — суммарная информативность соответствующих групп маркеров;

[8] — I группа гибридности — брак родителей мононациональный, супруги из одного села; II группа — брак родителей мононациональный, супруги из разных сел или одного города; III группа — родители принадлежат к разным народам, одной этнической группы (например, славяне); IV группа — родители принадлежат к народам различных этнических групп (славяне — цыгане, славяне — узбеки и т. п.);

[9] — проксимальная ладонная складка считалась укороченной, если она не достигала линии, проведенной через середину III пальца.

[10] — смещенным считали трирадиус «t» в том случае, если он располагался к ульнарному краю ладони на расстоянии больше, чем 1 см от линии, пересекающей ладонь через середину III пальца, и/или выше 1/5 высоты ладони от сгибательной складки до основания III пальца.

Так, например, при $\Sigma_{ДК} \geq +13$ с достоверностью на уровне не хуже $p<0,05$ делается вывод о наличии предрасположенности к расстройствам-F1, а при $\Sigma_{ДК} \leq -13$ с той же достоверностью делается, соответственно, вывод о наличии устойчивости к расстройствам-F1. При выполнении условия $-13<\Sigma_{ДК}<+13$ испытуемый относится в группу с неопределенным уровнем предрасположенности — устойчивости к расстройствам-F1.

Приведенные в таблице маркеры относятся к двум разновидностям: 1) взаимоисключающие и 2) комплиментарные. Взаимоисключающие маркеры

представлены в таблице погруппно. Одновременное использование принадлежащих к одной группе двух или более таких маркеров запрещено. Комплиментарные маркеры допускают использование в любых сочетаниях. Они представлены под индивидуальными номерами в конце таблицы.

Некоторые маркеры из группы «Расстройства-F1 у родственников пробанда I степени родства» ($\Sigma_{ДК}$>13) могут считаться «самодостаточными», поскольку каждый из них, взятый в отдельности, с высокой вероятностью свидетельствует о наличии предрасположенности к развитию наркоманий.

Остальные маркеры обеспечивают достаточную вероятность оценки предрасположенности к расстройствам-F1 лишь при использовании их в совокупности. При этом число привлекаемых признаков в такой совокупности определяется величинами их диагностических коэффициентов.

Для оценки дифференциально-диагностического качества разработанного метода были вычислены полные $\Sigma_{ДК}$ всех обнаруженных признаков у членов основной и контрольной групп. Достоверно установлено, что 379 испытуемых или 75,8 % от общей численности основной группы имели предрасположенность к расстройствам-F1 ($\Sigma_{ДК} \geq +13$). В отношении остальных членов основной группы нельзя было вынести какое-либо определенное заключение ($-13 < \Sigma_{ДК} < +13$). Предрасположенность к расстройствам-F1 в контрольной группе была достоверно выявлена у 7 человек (2,33 %). В отношении остальных членов контрольной группы, как и в отношении членов основной группы, вынести определенное заключение не представлялось возможным. Ни в основной, ни в контрольной группе не было выявлено ни одного достоверно установленного случая устойчивости к расстройствам-F1 ($\Sigma_{ДК} \leq -13$).

Путем сопоставления темпов течения болезни с уровнем предрасположенности к расстройствам-F1 (по показателю $\Sigma_{ДК}$) было установлено, что у лиц с достоверно установленной предрасположенностью течение опиомании отличается высокой прогредиентностью, в то время как у лиц с неопределенной предрасположенностью прогредиентность опиомании низкая. Кроме того, выяснилось, что распределение здоровых испытуемых по показателю $\Sigma_{ДК}$ является мономодальным, в то время как аналогичное распределение больных опиоманией бимодально. При этом, один из максимумов распределения больных опиоманией, тот, что образован больными с неопределенной предрасположенностью к расстройствам-F1, совпадает с максимумом распределения здоровых испытуемых.

1. Создан метод оценки предрасположенности к расстройствам-F1 по совокупности генеалогических, конституциональных и психологических маркеров.

2. У лиц с преморбидной предрасположенностью к расстройствам-F1 при развитии опиомании ее течение приобретает высокопрогредиентный характер, а у лиц без предрасположенности течение опиомании относительно малопрогредиентно.

Литература

1. *Атраментова Л. О.* Генетичні особливості урбанізованої української популяції (на прикладі м. Харкова) — Автореф. дис. ... докт. біол. наук. — Київ, 1992.

2. *Гублер Е. В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — М., Медицина, 1978. — 294 с.

3. *Лінський І. В., Атраментова Л. О., Матузок Е. Г.* Про співвідношення генетичних і середовищних детермінант в розвитку захворювань наркологічного профілю // Український вісник психоневрології.— Т. 6.— Вип. 3(18).— 1998.— С. 97—99.

4. *Личко А. Е., Иванов Н. Я.* Патохарактерологический диагностический опросник для подростков: Методические рекомендации. — Санкт-Петербург, 1992.

5. *Мерфи Э. А., Чейз Г. А.* Основы медико-генетического консультирования. — М.: Медицина, 1979. — С. 389.

6. *Рогов Е. И.* Настольная книга практического психолога. Книга первая. — М.: Владос, 1998. — С. 383.

7. *Чтецов В. П., Путовинова Н. Ю., Уткина М. И.* Опыт объективной диагностики соматических типов у мужчин. — Вопр. антропологии. — 1978. — Вып. 58. — С. 3—14.

8. *Dinwiddie S. H., Reich T.* Genetic and family studies in psychiatric illness and alcohol and drug dependence // Journal of Addictive Diseases. 12(3):17—27, 1993.

9. *George F. R.* Genetic models in study of alcoholism and substance abuse mechanism // Progr. Neuro-Psychopharm. and Biol. Psych.— 1993.— 17, № 3.— P. 345— 361.

10. *Marley R., Collings A., Elmer G. I., Sudakov S. K.* Genetic approaches to understanding the action of drug of abuse // Probl. of Drug Depend., 1992: Proc. 54th Annual Sci. Med. College on Probl. of Drug Depend., Inc. — NIDA Res. Monogr.,— 1993.— V. 132. — P. 47—51.

11. *McKay J. R., Longabaugh R., Beattie M. C., Maisto S. A., Noel N.* Changes in family functioning during treatment and drinking outcomes for high and low autonomy alcoholics // Addictive Behaviors.— 1993.— Vol. 18.— № 3.— P. 355—63.

12. *Peters K. R., Maltzman I., Villone K.* Childhood abuse of parents of alcohol and other drug misusing adolescents // International Journal of the Addictions. — 1994.— Vol. 29. — № 10. — P. 1259—68.

THE METHOD OF ESTIMATION OF PREDISPOSITION TO MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS OWING TO THE USE OF PSYCHOTROPIC SUBSTANCES

I. V. Linsky

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry

Kharkiv

The purpose of the work is creation method of estimation of predisposition to mental and behavioral disorders owing to use of psychotropic substances (disorders-F1, according to ICD-10). 500 patients with opiomania (basic group) and 300 practically healthy persons (control group) in total are surveyed. For revealing markers of required predisposition was carried out screening of different signs steadily accompanying the development of disorders-F1, by using of: anamnesical, anthropometrical, dermatoglifical and experimental-psychological methods. Diagnostic quotients and measures of informativeness of each signs was calculated. Selected markers was assembled in the diagnostic table and used further for revealing predisposition to disorders-F1 by means of standard consecutive procedure of recognition of pathological processes (after Gubler). As a result of approbation of the created method, in persons with premorbid predisposition to disorders-F1, at development opiomania, its course gets high-progredience character; and in persons without predisposition — the course of opiomania rather low-progrediently, was established.

О МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

П. А. Павлюк

Харьковская медицинская академия последипломного образования г. Харьков

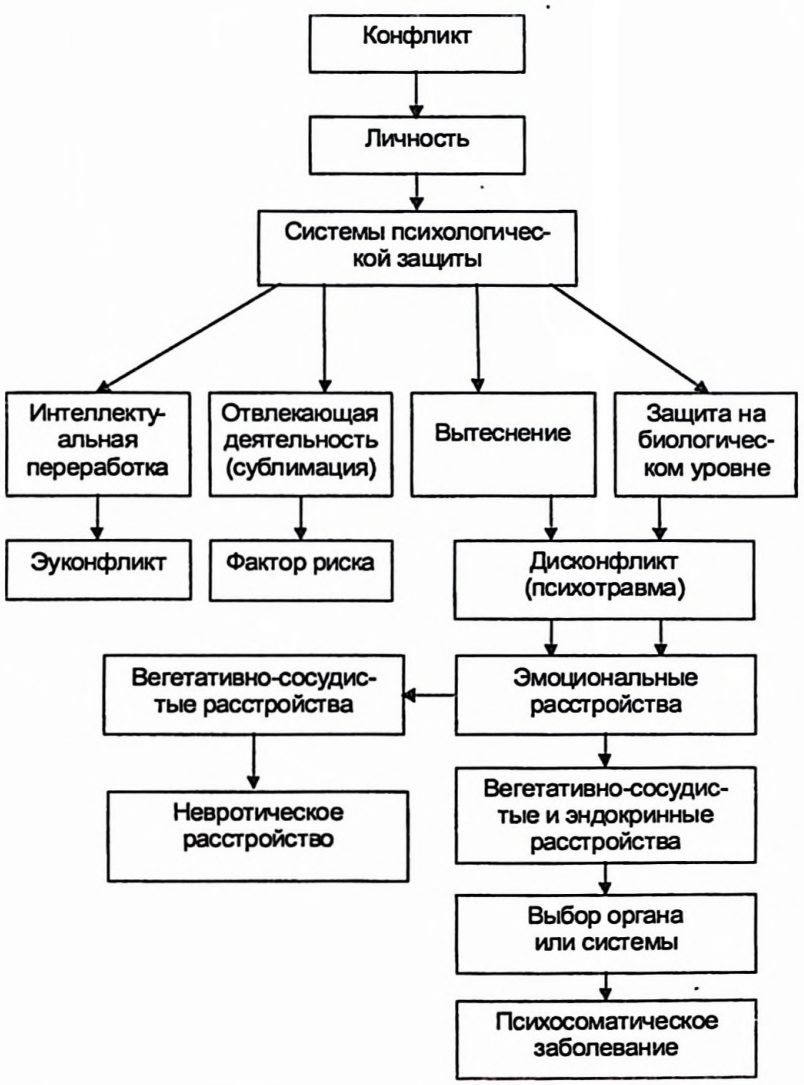
Формирование невротических расстройств и психосоматических заболеваний — одна из наиболее сложных проблем в медицине, которой посвящены многочисленные и разноплановые исследования, начиная с работ З. Фрейда и до наших дней [1—4 и др.]. В ее разработке были достигнуты определенные успехи, однако многие вопросы еще не нашли своего решения. В частности, до сих пор неясно, почему одинаковый конфликт, выступающий в качестве психотравмы, в одних случаях приводит к развитию невротического расстройства, в других — психосоматического заболевания.

Нам представляется, что решение указанной проблемы требует системного подхода. Системное понимание развития невротических расстройств и психосоматических заболеваний предусматривает изучение роли в их генезе не только конфликта, но и личностных особенностей, психологических механизмов защиты, эмоциональных реакций, соотношения сознательного и бессознательного, психического и соматического.

Нами была разработана психологическая концепция развития невротических расстройств и психосоматических заболеваний, в основе которой лежит взаимодействие конфликта с личностью.

Как видно из приводимой ниже схемы, в зависимости от использования личностью той или иной системы психологической защиты конфликт трансформируется в эуконфликт, фактор риска или дисконфликт.

Схема механизма формирования невротических расстройств и психосоматических заболеваний



Возникновение конфликта обусловлено неудовлетворением какой-либо потребности человека. А. Маслоу [5] выделил пять иерархически связанных уровней: физиологические потребности, потребность в безопасности и защищенности, социальные потребности, потребности в уважении и в самовыражении. В то же время наличие конфликта еще не свидетельствует о патогенности ситуации: конфликт — это противоречие, которое может быть положительным фактором, мобилизующим силы, разум, эмоции человека, и адекватное его разрешение закаляет личность, делает ее сильнее. В таких случаях можно говорить об эуконфликте. Если же конфликт приводит к нарушению адаптации, негативно влияет на психическое здоровье — следует говорить о дисконфликте, который может быть осознанным, неосознаваемым, может возникать в детстве и взрослом возрасте.

Большое значение в развитии конфликта имеет «конфликтоустойчивость», которая зависит от личностных особенностей — способности к эмпатии, уровня притязаний, самооценки, интеллекта, от типа акцентуации характера и систем психологической защиты личности.

Описано около 200 видов механизмов психологической защиты, но выделяются четыре ее системы: интеллектуальная переработка, отвлекающая деятельность (в том числе сублимация), вытеснение и психологическая защита на биологическом уровне.

Становление систем психологической защиты заканчивается с наступлением психической зрелости, и у каждой личности может быть одна система психологической защиты, но чаще встречается их сочетание. Развитие той или иной системы психологической защиты зависит от особенностей психического и соматического здоровья индивида и его личностных особенностей.

Для развития системы интеллектуальной переработки необходимы достаточно высокий интеллект, оперативность мыслительных процессов, она полностью осознаваема. При этой системе психологической защиты конфликт трансформируется в эуконфликт.

Система отвлекающей деятельности (сублимации) развивается при хорошем соматическом здоровье и достаточном благополучии в психической деятельности. Данная система вначале сознаваема, а затем становится подсознательной. Система вытеснения характерна для лиц с невротическим анамнезом, с определенным неблагополучием в регуляции психической деятельности. Эта система психологической защиты подсознательна, и наличие ее у личности приводит к развитию невротического расстройства.

Если у человека слабо развиты или неразвиты указанные три системы психологической защиты, развивается психологический механизм защиты на биологическом уровне; это полностью подсознательный, бессознательный механизм, приводящий к возникновению психосоматического заболевания.

Какое именно психосоматическое заболевание сформируется, зависит от предрасположенности, биологической неполноценности, слабости того или иного органа или системы организма и наследственной готовности к определенным реакциям.

В развитии психосоматических расстройств, как и невротических расстройств, участвуют эмоциональные, вегетативно-сосудистые и эндокринные реакции на дисконфликт.

Эмоции у человека не только сопровождают биологические и социальные потребности, но и отражают степень их удовлетворения; при этом и чисто биологические потребности становятся социально окрашенными.

Известно, что эмоции влекут за собой те или иные физиологические проявления. Негативные эмоции могут приводить к повышению артериального давления, учащению дыхания, изменению секреторной и моторной активности пищеварительного тракта, тонуса мочевого пузыря, напряжению скелетной мускулатуры и т. д. В конфликтных ситуациях, при невозможности удовлетворить свои потребности, у личности формируется постоянное эмоциональное напряжение, которое может оказывать отрицательное воздействие на нервную систему и функции внутренних органов. С этих позиций функциональные соматические нарушения следует рассматривать как состояние тревоги и депрессии, которые реализуются корой головного мозга при содействии подкорковых образований. При этом опосредующим звеном между функциями коры мозга и внутренних органов является гипоталамический аппарат.

Поскольку эмоциональное напряжение вызывает, с одной стороны, висцеро-вегетативную реакцию, с другой — соответствующую ее интерпретацию индивидом, то чем сильнее воздействие отрицательных эмоций, тем значительнее висцеро-вегетативные нарушения и тем больше оснований для развития невротических и психосоматических расстройств. В то же время, как указывалось выше, вступает в действие механизм психологической защиты. При этом механизм вытеснения приводит к развитию невротического расстройства, а защита на биологическом уровне — к возникновению психосоматического заболевания.

Выявленные различия механизмов психологической защиты в развитии невротических расстройств и психосоматических заболеваний открывают возможность дифференцированно подходить к психотерапевтической, медикаментозной коррекции и психопрофилактике невротических расстройств и психосоматических заболеваний.

Литература

1. *Тополянский В. Д., Струковская М. В.* Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.

2. *Vexcül Th.* Lenrbuch der Psychosomatischen Medizin. 3. — München: Aufl. Urban & Schwarzenberg, 1986.

3. *Щеглов Л. М.* Психосоматическая модель сексуальных расстройств. — С.-Пб.: Изд-во Санкт-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, 1993. — 32 с.

4. *Кискер К. П., Фрайерберг Г., Розе Г. К., Вульф З. И.* Психиатрия, психосоматика, психотерапия. — М.: Алетейа, 1999. — 503 с.

5. *Маслоу А.* Мотивация и личность.— М.: Медицина, 1998.

ON FORMING MECHANISMS OF NEUROTIC DISORDERS AND PSYCHOSOMATIC DISEASE

P. A. Pavlyuk

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
Kharkiv

Forming mechanisms of neurotic disorders and psychosomatic disease, a role of conflicts and psychological defense mechanisms in their development were considered. It was shown that a supplanting mechanism caused a rise of neurotic disorders and defense on biological level caused a rise of psychosomatic disease. The conclusion was made that revealed regularities opened the possibility of differential approach to psychotherapeutic correction and psychoprevention of neurotic disorders and psychosomatic diseases.

КРИТЕРИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

В. И. Реминяк, И. В. Реминяк

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии
г. Харьков

Проблемы современной терапии эндогенных психозов сложны. Основная трудность заключается в оценке ее эффективности. Эти сложности возрастают во много раз при попытках преодоления терапевтической резистентности этих форм психических заболеваний. Речь идет не столько о правильности оценки всей совокупности клинических и биологических факторов, сколько о преодолении влияния образовавшегося отрицательного лекарственного патоморфоза. Рост удельного веса резистентных форм эндогенных психозов — это результат прочной цепи, созданной в последние полстолетия и основанной на заманчивой перспективе простого и длительного применения психотропных препаратов в психиатрических (а порою и в общесоматических) стационарах, с последующим переводом больных во внебольничную сеть для лечения с применением широкого, хорошо разрекламированного ассортимента психотропных препаратов, в основном зарубежного производства. Таким образом, на ниве удачно построенной в принципе отечественной системы лечения психически больных отрицательный лекарственный патоморфоз обернулся серьезной проблемой.

Арсенал методов лечения эндогенных психозов и форм антипсихотропного воздействия как медикаментозных, так и немедикаментозных, неуклонно возрастает, но лечение эндогенных психозов не стало успешнее. Явления лекарственной адаптации больных усилились. Перед психиатрами со всей серьезностью встал вопрос, при этом проблема приобретает не только узко профессиональное значение, но и социальное, в связи с предстоящей перестройкой системы психиатрической помощи в Украине. В конечном итоге, речь идет об огромной массе психически больных, у которых наблюдаются длительно и вяло текущие формы эндогенных психозов, сдвинутые с биологического фундамента воздействиями нейролептиков в стационарных условиях и во внебольничной сети.

Периоды современной биологической терапии в течение всего XX века сменяли один другого с неоправданной эйфорией, но, похоже, что в конце века они оказались на перепутье. В практике лечения психически больных все чаще и чаще осуществляется сочетание старых традиционных и новых методов, поиски новых комплексных сочетаний медикаментозной и немедикаментозной терапии. Например, психофармакотерапия эндогенных депрессий до настоящего времени в клинических условиях часто сочетается с традиционной, что не случайно. Это свидетельствует о том, что общебиологические компоненты в схеме лечения резистентных форм эндогенных психозов неизбежны. Отечественная психофармакотерапия при разработке новых психотропных средств всегда учитывала возможность их взаимодействия с другими видами терапии.

Наши многолетние наблюдения в процессе лечения больных с резистентными формами эндогенных психозов с применением терапии высокими дозами атропина (ВДА) и управляемой краниоцеребральной гипотермии (КЦГ) позволяют нам утверждать о рациональности применения этих методик в процессе преодоления резистентности относительно устойчивого состояния в течении болезненного состояния. Дестабилизация связана прежде всего со способностью высоких доз атропина и краниоцеребральной гипотермии влиять на матрицы долговременной памяти (Н. П. Бехтерева), которые формируются у больных резистентными формами психопатологического процесса. Под влиянием ВДА и КЦГ, вне зависимости от форм патологического гомеостаза, у больных вырабатывается автономная биологически детерминированная реакция, основанием которой может служить гетерогенность больных в отношении к основному психопатологическому процессу. Мы полагаем, что именно в этом заключаются возможности рационального использования ВДА и КЦГ в терапии резистентных форм эндогенных психозов. Эти методы позволяют установить

прямую зависимость между клинической картиной и терапевтической чувствительностью при лечении этих заболеваний. В процессе лечения ВДА и КЦГ нами выявлена прямая корреляция саногенетического эффекта с нарастанием парасимпатических влияний. Наоборот — симпатикотония всегда свидетельствовала о прогностически неблагоприятном состоянии вегетативной нервной системы. Кроме общебиологического воздействия, ВДА и КЦГ поэтому обладают определенной антипсихотической направленностью и избирательностью при лечении резистентных форм эндогенных психозов. Например, атропин, применяемый в высоких дозах по нашей методике, способен не только прерывать шуб при ремиссионном течении психотического процесса, но и неблагоприятный вариант приступообразного прогредиентного течения переводить в чисто шубообразный, придавая течению заболевания более благоприятный парасимпатикотонический характер, который наблюдается на более ранних этапах заболевания. Редукция психопатологического процесса в случаях лечения ВДА и КЦГ существенно отличается от элективности психотропных средств с прицельным воздействием по принципу симптомовмишеней препарата. Характерно, что редукция психопатологической симптоматики при воздействии ВДА и КЦГ наступает в так называемой ударной фазе лечебного применения в течение первого сеанса терапии. Именно этот период лечения приводит к определенным изменениям в клинической, вегетативно-метаболической и биохимической картине, дающей право на изменение и прогноз лечебной тактики в каждом конкретном случае.

Одним из важных факторов преодоления резистентности у больных эндогенными психозами является феномен профилактики дефекта и углубления отрицательной психопатологической симптоматики. В этом сказывается результативность терапии резистентных форм психозов с помощью ВДА и управляемой КЦГ, при которых выявляются факторы упреждения интеллектуально-мнестических функций. Такая профилактическая направленность терапии ВДА и КЦГ способствует изменению адаптивных качеств организма. Дестабилизация патологического гомеостаза является устойчивым фактором создания фона для последующего психофармакологического лечения как в стационаре, так и во внебольничной сети, во-первых, в значительно меньших дозах, а во-вторых, более направленного патогенетически.

Следует отметить, что если терапия ВДА детерминирована в этиопатогенетических и социобиологических границах, то пролонгированная управляемая КЦГ воздействует на нормализацию жизненно важных функций психически больного человека. КЦГ делает возможным стабилизацию организма на требуемом уровне благодаря регулируемой силе воздействия. Эта резистентность жизненно важных функций организма к воздействию холодовых реакций является одним из важнейших пародоксов-факторов в лечении резистентных форм эндогенных психозов.

Вопрос о лечении резистентных форм эндогенных психозов является одним из тех, которые оказались на острие реорганизации психиатрической службы. Мы считаем, что для того, чтобы помощь психически больным превратилась в полноценную лечебную на всех этапах, необходимо органическое слияние стационарной и внебольничной систем на основе единой патогенетической доктрины лечения различных форм психопатологии и, в первую очередь, — резистентных форм психозов. Видоизменение лечения психопатологических процессов на симптоматическом и синдромологическом уровнях с использованием всех существующих медикаментозных и немедикаментозных методов требуют создания клинически и организационно обоснованных комплексов за счет существующих мощностей психиатрической сети как стационарных, так и внебольничных.

Психиатрию сегодня можно широко выводить во внебольничную сеть только при умелом, системном лечении резистентных форм эндогенных психозов в стационаре и вне него. В стационарной сети нужна специализация коек не только по социальным признакам, но и узкопатогенетическим, где возможно сосредоточение специалистов, оборудования и аппаратуры для проведения всех сложных видов лечения, включая и такие как ВДА и КЦГ. Это должны быть современные клинико-лабораторные комплексы с перспективой функционального развития по требованию времени и науки.

CRITERIA OF OVERCOMING OF THERAPEUTIC RESISTANCE OF ENDOGENIC PSYCHOSES

V. I. Reminyak, I. V. Reminyak

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

This work is devoted to overcoming of the therapeutic resistance of endogenic affective psychoses by means of high atropine doses usage and cranio-cerebral hypothermia. A therapeutic ground for use of these treatment methods, a mechanism of changes of course of the disease taking into account clinical and pathological data are written. The efficiency and ways for the decrease of the therapeutic resistance of endogenic psychoses are demonstrated both in the stationary and in the out-hospital network in the current stage of reorganization of the psychiatric service.

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ И НАСЛЕДСТВЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ У ПОДРОСТКОВ

В. В. Цыганенко

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Вегето-сосудистая дистония (ВСД) относится к мультифакториальной патологии f4, [6], что подтверждается и нашей предшествующей работой, в которой показана роль как генетической компоненты (наследственной предрасположенности) в семьях между пробандами и родителями, так и иных, в том числе неблагоприятных внешних факторов риска ее развития. Свидетельством пренатального дизонтогенеза и генетического преморбида (наследственной предрасположенности к возникновению определенных заболеваний) являются малые аномалии развития или стигмы дизэмбриогенеза (СД), особенно множественные, относящиеся к клинически значимым [6]. Поэтому изучение фенотипа с выделением у обследуемого СД и врожденных пороков развития представляется существенным в оценке степени риска развития у него мультифакториального заболевания, в том числе нервной системы, в частности, ВСД. Своевременное выявление синдрома вегетативной дистонии (СВД) имеет важное значение. Цель работы — выявить наследственно-конституциональные факторы у подростков, предрасполагающие к развитию СВД.

Задачи исследования:

1) определить частоту СВД у подростков и с учетом пола;

2) выявить СД у лиц с СВД (основная группа — ОГ) и без СВД (контрольная группа — КГ);

3) определить частоту встречаемости СД и выделить фенотипические маркеры, характерные для СВД;

4) установить соотношение СД в зависимости от выраженности СВД.

Для выявления СВД использовали анкету-опросник [4], основанную на балльной оценке каждого из 11 признаков (0—14 баллов — отсутствие СВД, от 15 баллов и выше — наличие СВД). СД выявляли с помощью карты фенотипического исследования личности [5]. Применительно к цели нашей работы при составлении карты исходили из данных эмбриологии, с учетом развития нервной системы и соединительной ткани [3]. Все количественные показатели обработаны методами математической статистики по определенной программе с вычислением процентов (Р) и их ошибок (S_P). Для сравнения достоверности различий в частоте показателей использовали критерий t-Стьюдента и точный метод Фишера [1]. Кроме того, применяли непараметрический метод характеристических интервалов [2], подход Байеса, метод χ-квадрат с последующим преобразованием в коэффициент корреляции R. Помимо этого выделяли детерминирующие (специфичные) признаки СД, т. е. встречавшиеся только в ОГ и отсутствовавшие в КГ, а также вероятностные СД, то есть достоверно чаще (на уровне $p < 0,05$—$0,001$) встречавшиеся в ОГ, по сравнению с КГ [2].

Обследовано 150 подростков в возрасте 15—17 лет, проходивших медицинскую комиссию в условиях райвоенкомата, в т. ч. 104 (69,3±3,7) % мужского, 46 (30,7±3,7) % женского пола. В результате обследования СВД выявлен у 109 (72,7±3,6) % человек, в т. ч. у 77 (70,6±4,4) % мужского пола, 32 (29,4±4,4) % женского. СВД отсутствовал у 41 (27,3±3,6) % подростка, в т. ч. у 27 (66±8) % мужского пола и 14 (34±8) % женского. Как видно, наличие СВД достоверно чаще, чем его отсутствие (2,7 : 1). С учетом выраженности СВД в баллах лица ОГ распределялись следующим образом: 15—20 баллов — 26 (23,8±4,1) % человек, в т. ч. 20 (77±8) % мужского пола и 6 (23±8) % женского; 21—30 баллов — 30 (27,5±4,3) %, в т. ч. 22 (73±8) % мужского пола и 8 (27±8) % женского, 31—40 баллов — 24 (22,5±4,0) %, в т. ч. 15 (62±10) % мужского пола и 9 (38±10) % женского; 41—50 баллов — 24 (22,5±4,0) %, в т. ч. 17 (71±10) % мужского пола и 7 (29±10) % женского; 51—60 баллов — 3 (2,8±1,5) %, в т. ч. 2 (67±33) % мужского пола и 1 (33±33) % женского; 61—70 баллов — 2 (1,8±1,3) %, в т. ч. 1 (50±50) % мужского пола и 1 (50±50) % женского.

При фенотипическом исследовании подростков изучались 203 СД, из которых у нашего контингента установлено 153 (75,4±3,0) %. По принципу регионарности стигмы распределялись на 17 групп, каждая из которых включала от 2-х до 26-ти стигм. В таблице представлена частота лиц с СД по отдельным регионам в ОГ и КГ на всем контингенте.

Как видно из таблицы, в ОГ, по сравнению с КГ, достоверно чаще встречались СД в регионах: ногти, подкожная клетчатка, череп, ушные раковины, область глаз, глазное яблоко, грудная клетка, позвоночник — $p < 0,001$, волосы, небо, конечности — $p < 0,01$; губы и полость рта, верхняя и нижняя челюсти, зубы, шея — $p < 0,05$. В регионах — кожа, мышцы, лицо, нос — различий не выявлено.

Коэффициент соотношения (КС) СД по регионам на всем контингенте определялся путем деления количества СД на количество лиц в ОГ и КГ. В ОГ, по сравнению с КГ, КС превалировал по всем регионам (разница составила 11,42). При сравнении показателей с помощью критерия знаков установлено, что СД достоверно чаще встречались в ОГ, по сравнению с КГ ($p < 0,001$).

Проведен анализ связи между выраженностью СВД в баллах и СД с помощью коэффициента корреляции (R). Установлено, что на всем материале R=0,5334, p < 0,0005, в группе с СВД R=0,3754, p < 0,0005, в группе без СВД R=0,2664, p < 0,05. Как видно, коэффициент корреляции в ОГ значительно превалировал по сравнению с КГ. С помощью непараметрического метода характеристических интервалов при парных сравнениях установлено, что у женщин при наличии СВД есть участок при балльности 15—23, где нет зависимости баллов и наличия СД, с 27 баллов преобладают баллы над количеством СД. У мужчин наблюдается аналогичная ситуация: при балльности 15—27 нет зависимости баллов и наличия СД, с 28 баллов преобладают баллы над количеством СД. Это может свидетельствовать, что баллы являются более показательными, чем количество СД, наблюдающееся у каждого человека. Поэтому к СД необходимо относиться достаточно осторожно, т. к. при баллах менее 15 (без СВД) стигмы также часто наблюдаются у обследуемых. С помощью критерия знаков в парных сравнениях (односторонний критерий) в группе с СВД установлена взаимосвязь между баллами и СД (p < 0,01) для мужчин — p < 0,05, для женщин — p < 0,01; в группе без СВД взаимосвязей нет (p > 0,1).

Таблица

Частота встречаемости СД по отдельным регионам у лиц в ОГ и КГ

№	Регионы (кол-во изучаемых СД)	ОГ (109 человек)			КГ (41 человек)		
		Без изменений	СД	P±Sp	Без изменений	СД	P±Sp
1	Кожа (13)	0	109	100 %	0	41	100 %
2	Ногти (3) ***	51	58	53,2±4,8 %	34	7	17,1±6 %
3	Волосы (4)**	96	13	11,9±3,1 %	40	1	2±2 %
4	Подкожная клетчатка (2)***	58	51	46,8±4,8 %	33	8	20±6 %
5	Мышцы (3)	91	18	16,5±3,6 %	36	5	12±5 %
6	Череп (11)***	72	37	33,9±4,5 %	38	3	7±4 %
7	Лицо (7)	53	56	51,4±4,8 %	26	15	36±8 %
8	Ушные раковины (10)***	29	80	73,4±4,2 %	27	14	34±8 %
9	Область глаз, глазное яблоко (23)***	57	52	47,7±4,8 %	33	8	20±6 %
10	Нос (13)	19	90	82,3±3,7 %	13	28	68±8 %
11	Губы и полость рта (8)*	18	91	83,5±3,6 %	14	27	66±8 %
12	Верхняя и нижняя челюсти, зубы (9)*	38	71	66,1±4,6 %	23	18	44±8 %
13	Небо (3)**	30	79	72,4±4,3 %	23	18	44±8 %
14	Шея (4)*	41	68	62,3±4,7 %	25	16	39±8 %
15	Грудная клетка (9) ***	19	90	82,3±37 %	20	21	51±8 %
16	Позвоночник (5) ***	6	103	94.5±2,2 %	16	25	61±8 %
17	Конечности (26)**	2	107	98,2±1,3 %	8	33	80±6 %

Примечание: *** — p<0,001; ** — p<0,01; * — p<0,05; нет * — p >0,1.

С помощью метода характеристических интервалов выявлены специфичные (детерминирующие) и относительно специфичные (вероятностные) показатели при сравнении СД в ОГ и КГ. Детерминирующие признаки выявлены для 35 показателей — 23 для мужчин и 12 для женщин. Среди них для мужчин: невусы множественные на лице, участки гиперпигментации на туловище, участки депигментации на туловище, участки депигментации на конечностях, волосы тонкие, подкожная клетчатка развита избыточно, микроцефалия, долихоцефалия, клиновидный рост волос книзу по средней линии, низко расположенная ушная раковина, гипоплазия надбровных дуг, широкий корень носа, гиперплазия нижней челюсти, прогнатия верхней челюсти; макростомия опущенные углы рта, грудина широкая, воронкообразная грудная клетка, кисть короткая, гипоплазия большого пальца кисти, укорочение нижней конечности за счет бедренной кости, короткая стопа, рекурвация в локтевых суставах. Для женщин: волосы ломкие, волосы тонкие, лицо длинное, лицо широкое, макротия, ушные раковины оттопыренные, надбровные дуги сильно развитые, антимонголоидный разрез глаз, бульбообразный кончик носа, гиперплазия нижней челюсти, брахидактилия пальцев кисти, широкая стопа.

Вероятностные признаки в ОГ, по сравнению с КГ (p < 0,05, p < 0,01, p < 0,001), обнаружены для 50 показателей: 37 — для мужчин и 13 — для женщин. Некоторые из них были одинаковыми как для мужчин, так и для женщин: кожа нормальная, ногти без изменений, ногти ломкие, ногти тонкие, волосы без изменений, ушные раковины без изменений, микротия, надбровные дуги без изменений, голубые склеры, незначительное укорочение верхней конечности за счет плечевой кости. У мужчин достоверно чаще наблюдались такие вероятностные СД: кожа сухая, телеангиектазии на шее, ангиома

на затылке, невусы единичные на конечностях, подкожная клетчатка без изменений, подкожная клетчатка развита недостаточно, подкожная клетчатка развита избыточно, череп без изменений, лоб выступающий, макротия, ушные раковины оттопыренные, ушные раковины дизморфичные, узкая глазная щель, глазной гипотелоризм, длинный нос, короткий нос, длинный фильтр, микростомия, небо высокое, небо готическое, грудина короткая, асимметрия грудной клетки, сглаженность физиологических изгибов позвоночника, брахидактилия пальцев кистей, плоскостопие, гипермобильность в суставах. Из вероятностных СД достоверно чаще у женщин наблюдались: волосы ломкие, рекурвация в локтевых суставах. Единичные случаи наличия отдельных признаков в нашей работе не учтены.

Полученные данные свидетельствуют о наличии у лиц с СВД множественных СД с высокой степенью достоверности коэффициента корреляционной связи. Установлена достоверная корреляционная зависимость между СД и выраженностью СВД. Выделенные детерминирующие и вероятностные СД могут быть как маркерами повышенного риска развития СВД, так и объективными критериями его наличия в семьях, что имеет важное значение при профилактических осмотрах для выявления лиц с СВД, их диспансеризации, лечебных и профилактических мероприятий.

Литература

1. *Бейли Н.* Статистические методы в биологии / Пер. с англ. — М.: Мир, 1963.— 271 с.

2. *Генес В. С.* Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и физиологических исследований — М.: Наука, 1967. — 208 с.

3. *Гречанина Е. Я. Песочина Э А., Гречанина Ю Б.* Наследственные заболевания соединительной ткани. — Харьков, 1998. — С. 3—26.

4. Заболевания вегетативной нервной системы Руководство для врачей (под редакцией проф. А. М. Вейна) — М.: Медицина, 1991. — 623 с.

5. *Молодан Л. В., Бугаева Е. В., Волчик И. В.* Описание фенотипа. Методические рекомендации. — Харьков, 1998. — 49 с.

6. *Шогам И. И., Песочина Э. А.* Медико-генетическое консультирование при мультифакториапьных заболеваниях нервной системы. — Харьков, 1989.— 18 с.

VEGETATIVE DYSTONIA SYNDROME AND HEREDITARY-CONSTITUTIONAL FACTORS IN ADOLESCENTS

V. V. Tsyganenko

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

150 adolescents were examined. Among them 2 groups were determined: 1) with the vegetative dystonia syndrome (VDS) and 2) without VDS; with proportion of 2,7 : 1. In persons with VDS multiply stigma of embryogenesis (SE) with high level of correlation were found out. Also it was defined a trustworthy correlation between SE and VDS expression. Determining and probability SE were defined as VDS phenotypic markers.

ВЛИЯНИЕ РИСПОЛЕПТА НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. А. Мангуби

Харьковский государственный медицинский университет
г. Харьков

В современной литературе имеются данные о том, что каждый четвертый больной шизофренией совершает суицидальную попытку. Иногда это может происходить и в условиях медицинского наблюдения. Суицид является самой распространенной причиной смерти больных шизофренией всех возрастов [1, 2, 5].

Активный параноидный процесс может увеличить риск суицида, также как и негативная симптоматика. Множество суицидальных попыток происходят во время госпитализации или вскоре после выписки. Своевременное определение суицидальных тенденций и активное лечение с применением фармакологических, психологических и социальных методов является важным аспектом деятельности врача-психиатра.

По последним научным данным подтверждается связь между нейробиологическими параметрами и суицидальным поведением [5, 11]. Серотонинергическая система исследована наиболее полно. Изучения посмертной ткани показали низкий уровень серотонина (5-гидрокситриптамина или 5-НТ) и его главного метаболита (5-гидроксииндолуксусной кислоты или 5-ГИУК) в мозговом стволе и гипоталамусе. Также, при исследовании с помощью меченых радиоактивных изотопов, было показано уменьшение пресинаптических рецепторов обратного захвата серотонина в лобной доле и увеличение плотности постсинаптических 5-ГТ2 рецепторов в одинаковых участках головного мозга у жертв суицида по сравнению с контрольной группой [1, 3, 7, 15].

Гормон-медиатор серотонин (5-НТ) выполняет важные для организма физиологические функции, в т. ч. участвуя в регуляции психоэмоциональных реакций при стрессе. Нарушение серотонинергических механизмов мозга лежит в основе патогенеза ряда психопатологий, включая шизофрению, ауто- и гетероагрессию и др. На взаимодействии с 5-НТ рецепторами основаны анксиолитические, антипсихотические и антидепрессантные эффекты многих серотонинергических препаратов, в т. ч. и таких, механизмы действия которых с серотонином долгое время не связывались. Аутоагрессия является одним из характерных проявлений стрессорного поведения человека и животных. Основываясь на имеющихся данных, считается, что активация 5-НТ рецепторов провоцирует тревожность и аутоагрессивное поведение, и что серотонин является анксиогенным медиатором. С другой стороны, это мало согласуется с точкой зрения на серотонин как на медиатор «счастья» или «благополучия», нарушения в системе которого приводят к серьезным психопатологиям. Имеются и некоторые другие веские аргументы. Так, избыток предшественника серотонина L-триптофана является скорее анксиолитическим фактором; хорошо известны анксиолитичность 5-НТ агониста буспирона и анксиогенность неселективного 5-НТ антагониста метерголина. И хотя на сегодняшний день только на животных проведено свыше 2 тысяч исследований, ясности в вопросе о роли серотонина при тревожности пока нет. Почему, задаются вопросом N. Coupland и D. Nutt (1995), стимуляция 5-НТ рецепторов одними методами приводит к аутоагрессивному поведению и тревоге, а другими — нет? Различными авторами предлагаются самые разнообразные гипотезы [14, 16, 21]. В частности, предполагают зависимость эффектов серотонина от природы самого стрессорного воздействия. Вероятно, этим может объясняться тот известный факт, что агонисты 5-НТ рецепторов типа 8-ОН-ДПАТ могут проявлять анксиолизис в одних животных моделях, и анксиогенез — в других. Более того, многие серотонин-активные вещества обладают би-фазностью кривых доза — ответ, объяснить которую фармакодинамикой возможно далеко не всегда. Указанная зависимость анксиотропного профиля серотонинергических препаратов от экспериментальных условий подчеркивается целым рядом авторов и поэтому вряд ли может считаться артефактом [5, 9, 13]. Пожалуй, ни с одним другим медиатором мозга у психофармакологов нет стольких проблем.

Рассматривая эту проблему с точки зрения психофармакологии, на сегодняшний день при достаточном изобилии современных конвенционных антипсихотических препаратов данных о психофармакологической антисуицидальной терапии для больных шизофренией в современной литературе не встречалось [1].

Обращает на себя внимание клинико-психопатологическая структура суицидального поведения у больных шизофренией, если оно является следствием продуктивной симптоматики, то, по-видимому, большинство конвенционных нейролептиков, купирующих позитивные симптомы, могут, редуцируя позитивные симптомы, опосредованно снижать суицидальною напряженность. Но в научной литературе, посвященной суицидальным попыткам больных шизофренией, их гибель в результате поведения, несовместимого с жизнью, расценивается как несчастный случай, поэтому фармакотерапия таких состояний сводится к купированию основной психопатологической симптоматики [5, 9, 27].

По имеющимся данным известно, что 15—20 % больных шизофренией отказываются от лечения в условиях стационара, от 40 до 70 % амбулаторных

пациентов с шизофренией отрицательно относятся к назначенному лечению, и это, в большинстве случаев, вызвано наличием экстрапирамидной симптоматики (ЭПС), что в свою очередь приводит к рецидивам заболевания и может служить еще одним фактором проявления суицидального поведения [21, 24]. В отечественной и зарубежной научной литературе пока еще не встречалось работ, целью которых было бы определение степени риска суицида из-за отказа или нерегулярного приема пациентом поддерживающего лечения. Однако, в связи с тем, что в каждом таком случае возможен переход болезни в хроническую форму и ухудшение течения уже имеющегося хронического расстройства, можно предположить немаловажную роль поддерживающей терапии в предотвращении новых суицидальных попыток [11, 16, 20].

Достаточно мало информации и об эффектах антипсихотиков на суицидальное поведение независимо от степени их воздействия на основные симптомы заболевания. Одно недавнее исследование было адресовано этой теме. Meltzer и Okayli оценили способность к суициду на протяжении определенного периода у 88 больных шизофренией, резистентных по отношению к традиционным нейролептикам, которые принимали клозапин (лепонекс, азалептин). Они нашли, что способность к суицидальным действиям была значительно редуцирована вследствие продолжающегося приема этого препарата [18, 23, 26].

Клозапин был внедрен в психофармакологию в 80-х годах и неоднократно за рубежом отмечалось его выраженное седативное действие, а также токсическое действие на кровь. До сих пор длительное применение препарата требует мониторинга показателей крови. И, несмотря на то, что клозапин обладает определенными способностями в аспекте редукции симптоматики, его влияние на нейрофизиологические нарушения при шизофрении незначительно.

Однако, в середине 90-х годов в психофармакологии появился новый атипичный антипсихотический препарат — рисполепт. Исходя из его химической формулы, а также нейрофизиологического профиля, мы предположили, что, возможно, новый препарат рисполепт может оказывать специфическое воздействие на суицидальную активность больных шизофренией. Тем более, что проведенные недавно в Киеве исследования в Центре физиолого-биологических проблем убедительно показали, что те медиаторы серотонинергической системы, к которым проявляет сродство рисполепт, являются ключевыми в развитии аутоагрессивного поведения при шизофрении [1, 2, 3, 4].

Фармакологические характеристики рисполепта позволяют отделить его от традиционных нейролептиков. По химической структуре препарат представляет собой производное бензисоказола и оказывает комбинированное блокирующее действие на серотониновые 5-НТ2 и катехоламиновые (преимущественно дофаминовые D2) рецепторы. В последние годы внимание исследователей привлекла роль серотонина и его возможных взаимодействий с дофамином в обуславливании антипсихотической активности этих новых препаратов. Предполагалось, что антагонизм к рецепторам 5-НТ2 может оказаться ключевым механизмом, обуславливающим более выраженную эффективность рисполепта при лечении негативной симптоматики, купировании суицидального поведения и меньшую частоту возникновении ЭПС.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности рисполепта при лечении больных с шизофренией с преобладанием в клинической картине суицидального поведения, а также возможности применения этого препарата для поддерживающей терапии и превенции повторных суицидальных попыток.

Изученную выборку составили 23 молодые женщины, находившиеся на стационарном лечении в психиатрическом отделении Харьковской городской психиатрической больницы с диагнозом «шизофрения», выставленным в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 на основании медицинской документации, истории болезни, клинической симптоматики. Для участия в данном психофармакологическом исследования были допущены 11 больных с эпизодической параноидной шизофренией (F20.01, F20.02, F.20.03), 6 больных с простой шизофренией (F.20.60), 3 больных с резидуальной шизофренией (F.20.5), 2 больных с непрерывной параноидной шизофренией (F.20.00), 1 больная с недифференцированной шизофренией (F.20.3), 2 больных с хроническими бредовым расстройствами (F.22.0).

Средний возраст составил 27 лет (разброс от 20 до 40 лет). Клиническое состояние всех пациентов оценивалось по шкале PANSS. Критерием включения в исследование являлось преобладание в клинической картине суицидального поведения. Первоначальная оценка состояния пациентов в 11 случаях проводилась на фоне клинического ухудшения, возникшего, несмотря на проводимую классическую нейролептическую терапию, в 7 случаях на фоне самостоятельного снижения дозы и в 3 случаях на фоне произвольной отмены нейролептиков, приведшей к клиническому ухудшению. Пролонгированные формы препаратов пациентами не принимались. После первоначального плацебо-периода все пациенты в течение 4—8 недель получали рисполепт, а впоследствии наблюдались катамнестически до 4 месяцев. Начальная суточная доза рисполепта составила 2 мг, наращивание доз проводилось градиентно до максимума в 6 мг/сут (средняя доза 4,6 мг/сут., разброс 2—6 мг/сут). Допускался пероральный прием бензодиазепинов в качестве седативных средств. Первое клинико-психологическое тестирование каждого пациента совпадало по времени с оценкой по шкале PANSS, а последующие проводились после 4 недель терапии рисполептом и через 3 месяца после окончания исследования. При тестировании оценивался общий суицидологический настрой, снижение симптоматики по шкале PANSS ($p < 0.05$).

Таким образом, полученные в исследовании результаты доказывают, что применение рисполепта приводит к достоверной редукции ($p<0.05$) суицидального поведения в группе пациентов, страдающих шизофренией. Начальные и конечные показатели PANSS достоверно коррелировали с соответственными показателями шкалы суицидальности ($p<0.05$). Обнаруженная закономерность позволяет предполагать наличие общей редукции суицидальной активности для негативной симптоматики и позитивной симптоматики, являющихся терапевтической мишенью для рисполепта.

Рассматривая предварительные результаты выше описанного исследования, можно рекомендовать препарат рисполепт в качестве препарата первого выбора при лечении шизофрении с преобладанием суицидального поведения в психопатологической симптоматике.

Дальнейшие катамнестические исследования на клинических выборках могут существенно расширить круг научного знания о возможном влиянии препарата рисперидона на суицидальные нарушения, являющиеся неотъемлемой характеристикой шизофрении.

Литература

1. *Громов Л. А.* Фармакотерапия тревожных состояний / Кн.: Актуальные проблемы психопатологий. Ред. А. В. Калуев. — Киев, 1998. — С. 87—88.
2. *Губский Ю. И., Шаповалова В. А., Кутько И. И., Шаповалов В. В.* Лекарственные средства в психофармакологии. — Харьков: Здоровье, 1997.— 288 с.
3. *Калуев А. В.* Стресс, тревожность и поведение. Киев: Энигма, 1998. — 98 с.
4. *Попова Н. К.* Влияние антагонистов серотониновых рецепторов 5-НТ2А типа на реакцию испуга и замирания / Кн.: Этологическая фармакология. Тезисы докладов.— С.-Пб.: Изд-во С.-ПбГМУ, 1997. — С. 24.
5. *Andrews N., Hogg S., Gonzalez L, E., File S. E.* (1994) Pre- and post-synaptic actions of 8 -OHDPAT in the rat social interaction test of anxiety // Behavioral Pharmacology, 5.— P. 75.
6. *Bentley K. R. Bames N. M.* (1995) Therapeutic potential of serotonin 5-HT3 antagonists in Neuropsychiatric disorders // CNS Drugs, 3, 5, P. 363—392.
7. *Blier P., De Montigny C.* (1994) Current advances and trends in the treatment of depression // TIPS, 15, P. 220—226.
8. *Conell J., Graeff F., Hellewell J. S., Hettem L. A., Deakin J. W.* (1995) 5-HT2 receptors and anxiety // Behavioural Pharmacology, 6, Suppl 1.— P. 35
9. *Coupland N., Nutt D. J.* (1995) Neurobiology of anxiety and panic. In Cholecystokinin ans Anxiety. Eds. Bradwein J., Vasar E.— N-Y.: Springer-Verlag. — P. 1—32.
10. *Graeff F. G., De Barros V. M., Do Olivera M. P, Guimaraes F. G., Hettem L. A.* (1995) Dual role of 5-HT in experimental anxiety. // Behavioural Pharmacology, 6, Suppl 1.— P. 146.
11. *Graeff F. G., Guimaraes F. S., De Andrade T. C., Deakin J. F.* (1996) Role of 5-HT in stress, anxiety and depression // Pharmacology Biochemistry and Behavior, 54, 1. — P. 129—141.
12. *Griebel G.* (1996) Variability in the effects of 5-HT-related compounds in experimental models of anxiety // Polish Journal of Pharmacology, 48 (2). — P. 129—136.
13. *Hamon M.* (1995) Neuropharmacology of anxiety: perspectives and prospects // TIPS, 15. — P. 26—39.
14. *Handley S. L, McBlane D., Critchey M. A, Njunge K.* (1993) Multiple serotonin mechanisms in animal anxiety // Behavioral Brain Research, 58. — P. 203—210.
15. *Borison R.* Clinical efficacy of serotonin-dopamine antagonists relative to classic neuroleptics // J. Clin. Psychopharm.— 1995. — Vol. 15, № 1 (Suppl. 1).— P. 24—29.
16. *Borison R.* The role of cognition in the risk-benefit and safety analysis of antipsychotic medication // Ada Psychiatr. Scand. — 1996.— Vol. 94, № 339.— P. 5—11
17. *Chouinard O.* Effect of risperidone in tardive dyscinesia: an analysis of Canadian multicenter risperidone study // J. Clin. Psychopharm.— 1995.— Vol. 15, № 1 (Suppl. 1). — P. 36—44.
18. Kliescr E., Lehman E., Kinzier E. and al. Randomized, double-blind, controlled trial of risperidone versus clozapine in patients with chronic schizophrenia // J. Clin. Psychopharm.— 1995. — Vol. 15, № 1 (Suppl. 1).— P. 45—51.
19. *Knapp M., Kavanagh S.* Economic outcomes and costs in the treatment of schizophrenia // Clin. Therapeutics.— 1997. — Vol. 19, № 1. — P. 128—138.
20. *Leysen J., Janssen P., Megens A. et al.* Risperidone: a novel antipsychotic with balanced serotonin-dopamine antagonism, receptor occupancy profile, and pharmacological activity // J. Clin. Psychiatry. — 1994. — Vol. 55 (Suppl. 5), — P. 5—12.
21. *Lindstrom E.* The hidden cost of schizophrenia // J. Drug Developm. Clin. Pract. — 1996.— Vol. 7, № 4.— P. 281—288.
22. *Lindstrom E., Eriksson B., Hellgren A. et al.* Efficacy and safety of risperidone in the long-term treatment of patients with schizophrenia // Clin. Therapeutics. — 1995. — Vol. 17. — P. 402—412.
23. *Mardcr S., Meibach R.* Risperidone in the treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry.— 1994. — Vol. 151, № 6. — P. 825—835.
24. *Me Evoy J.* Efficacy of risperidone on positive features of schizophrenia // J. Clin. Psychiatry.— 1994.— Vol. 55 (Suppl. 5).— P. 18—21.
25. *Meltzer H.* The role of 5-HT, antagonism in schizophrenia // Current Approaches schizophrenia. The 1-st International risperidone Investigators' meeting. Paris, France, March 9—10, 1992. — P. 10—16.
26. *Meltzer H.* The role of serotonin in schizophrenia and the place of serotonin-dopamine antagonist antipsychotics // J. Clin. Psychopharm.— 1995.— Vol. 15, № 1 (Suppl. 1).— P. 2—3.
27. *Muller-Spahn F.* Risperidone in the treatment of chronic schizophrenic patients, an international double-blind parallel-group study versus haloperidol // Clin. Neuropharmacol. — 1992. — Vol. 15 (Suppl. 1). — P. 90—91.
28. *Owens D.* Exirapiramidal side effects and tolerability of risperidone: a review // J. Clin. Psychiatry. — 1994. — Vol. 55 (Suppl. 5). — P. 29—35.

INFLUENCE OF RISPOLEPTY ON SUICIDAL BEHAVIOUR AT THE PATIENTS WITH SHIZOPRENIA

V. A. Mangubi

Kharkiv State medical University

Kharkiv

The main idea of this article is consisting from the treatment by rispolept patients with paranoid shizoprenia. The suicidal behavior of these patients is very seriously problem and reason of death. Rispolept is the new drug which has antisuicidal power.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРФИРИЛА И ВЕГЕТОТРОПНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ С НАЛИЧИЕМ ЭМОЦОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

С. В. Титиевский, А. С. Сницаренко, С. И. Табачников, Б. В. Переверзев, А. В. Кравчук

Донецкий государственный медицинский университет
Областная психиатрическая больница
г. Донецк

К основным проявлениям эмоциональных состояний относятся вегетативные сдвиги, которые обнаруживаются изменением температуры, потоотделения, кардиоваскулярных, гастроинтестинальных и других показателей [1, 6, 7, 8]. При этом коррекция эмоционального статуса положительно отражается на деятельности вегетативной нервной системы [2]. В то же время, нормализация вегетативных функций, устранение дисбаланса между симпатической и парасимпатической регуляцией при эпилепсии улучшает состояние больных, способствуя уменьшению частоты пароксизмов [3].

Вальпроаты, оказывая антипароксизмальное воздействие, способствуют также нормализации эмоционального состояния больных [4, 5, 9], а соответственно, и вегетативных показателей у больных эпилепсией. Данный эффект вальпроатов потенцирует вегетотропная терапия, воздействие которой изучено в настоящем исследовании.

Обследованы 42 больных эпилепсией (23 женщины и 19 мужчин) в возрасте от 18 до 52 лет, с наличием парциальных и генерализованных пароксизмов (простые парциальные — 5 чел., сложные парциальные — 3 чел., парциальные со вторичной генерализацией — 22 чел., генерализованные бессудорожные — 10 чел., генерализованные судорожные — 2 чел.) частотой 3—4 раза в неделю. Во всех случаях отмечены изменения эмоционального состояния (в рамках непсихотических психических расстройств, либо без проявлений других психических нарушений). У всех обследованных изучен ряд показателей, характеризующих деятельность вегетативной нервной системы (вегетативный индекс Кердо, коэффициент Хильдебранта, глазосердечный рефлекс Ашнера — Даньини, клино- и ортостатическая пробы). Все показатели исследовались в связи с воздействием на состояние больных комплексной медикаментозной терапии, включающей монотерапию препаратом орфирил (использовались покрытые энтерооболочкой таблетки орфирила фирмы Desitin) и вегетотропную терапию (препараты пирроксан, беллатаминал, платифиллина гидротартрат, редергин, грандаксин, феназепам, назначавшиеся в зависимости от характера вегетативного дисбаланса, доминирования явлений симпатикоили парасимпатикотонии), до и после лечения в стационаре (в среднем, в течение 1 месяца).

Установлено, что назначение комплексной медикаментозной терапии, включающей орфирил и вегетотропные препараты, способствует значительному улучшению состояния больных, которое затрагивает не только уменьшение частоты пароксизмов (либо их полное прекращение), но и выраженную редукцию эмоциональных нарушений, уменьшение проявлений вегетативного дисбаланса.

Так, назначенное лечение в большей степени повлияло (табл. 1) на возникновение генерализованных пароксизмов и парциальных пароксизмов со вторичной генерализацией, в меньшей — на возникновение простых и сложных парциальных пароксизмов.

Таблица 1

Влияние орфирила и вегетотропной медикаментозной терапии на частоту пароксизмальных проявлений эпилепсии

№ п/п	Тип пароксизмов	Урежение пароксизмов более, чем на 50 %	Урежение пароксизмов менее, чем на 50 %	Без улучшения
1	Простые парциальные	–	+	–
2	Сложные парциальные	–	+	–
3	Парциальные со вторичной генерализацией	+	–	–
4	Генерализованные бессудорожные	+	–	–
5	Генерализованные судорожные	+	–	–

Изучено также влияние проведенной терапии на ряд показателей, характеризующих эмоциональное состояние больных (табл. 2).

Таблица 2

Влияние орфирила и вегетотропной медикаментозной терапии на эмоциональные нарушения при эпилепсии

№ п/п	Симптомы	Частота встречаемости (%) до лечения	Частота встречаемости (%) после лечения	p
1	Тоска, грусть	55,6	33,4	< 0,01
2	Тревога	54,3	42,3	< 0,05
3	Страх	47,2	31,3	< 0,01
4	Агрессивность, вспыльчивость	31,4	21,2	< 0,05
5	Чрезмерно повышенная или сниженная активность	35,7	27,4	< 0,05
6	Уменьшение (потеря) интереса к окружающему	41,3	32,1	< 0,05
7	Пессимистическое видение будущего	45,4	32,3	< 0,01
8	Мысли о смерти, суицидальные мысли	24,8	5,4	<0,001
9	Сниженные самооценка и чувство уверенности в себе	39,4	28,7	< 0,05
10	Мысли о собственной виновности, самоуничижительные мысли	32,1	11,4	< 0,01

Установлено достоверное улучшение по всем из изученных показателей, в большей мере — уменьшение встречаемости у больных мыслей о смерти, суицидальных мыслей, мыслей о собственной виновности, самоуничижительных размышлений, тоски, грусти, страха, пессимистического видения будущего. В меньшей степени положительная динамика характеризовала встречаемость тревоги, агрессивности, вспыльчивости, чрезмерно повышенной или сниженной активности, уменьшения (потери) интереса к окружающему, сниженных самооценки и чувства уверенности в себе. Комплексная характеристика вегетативных показателей до и после лечения больных представлена в табл. 3.

Таблица 3

Влияние орфирила и вегетотропной медикаментозной терапии на ряд показателей деятельности вегетативной нервной системы при эпилепсии

№ п/п	Показатель	До лечения	После лечения	p
1	Вегетативный индекс Кердо:			
	– эйтония (%)	4,2	22,3	< 0,001
	–симпатикотония (%)	37,9	40,2	> 0,05
	– парасимпатикотония (%)	57,9	37,5	< 0,05
2	Коэффициент Хильдербранта (средние величины)	4,78±0,81	4,03±0,61	< 0,05
3	Глазосердечный рефлекс Ашнера – Даньини:			
	– эйтония (%)	52,4	75,1	< 0,01
	– парасимпатикотония (%)	9,1	5,2	< 0,05
	– симпатикотония (%)	13,6	8,4	< 0,05
	– извращенная реакция (%)	24,9	10,3	< 0,01
4	Ортостатическая проба (ускорение пульса в тече ние 1-й мин., уд./мин.)	24,0±1,3	10,8±0,7	< 0,05
5	Клиностатическая проба (урежение пульса в тече ние 1-й мин., уд./мин.)	24,1±1,7	10,5±0,6	< 0,001

Как следует из данной таблицы, в группе обследованных лиц отмечено достоверное увеличение частоты встречаемости эйтонии, снижение встречаемости симптоматико- и парасимпатикотонии, уменьшение частоты встречаемости извращенной реакции в пробе Ашнера — Даньини, значимая нормализация показателей коэффициента Хильдебранта, клино- и ортостатической проб. Указанные изменения свидетельствуют о достоверно позитивном влиянии проведенной терапии на проявления вегетативного дисбаланса у обследованных, которое отмечается параллельно с урежением частоты пароксизмов, нормализацией эмоционального состояния больных эпилепсией.

Таким образом, сочетанное применение при эпилепсии монотерапии орфирилом и вегетотропной терапии способствует нормализации эмоционального состояния больных, а также их вегетативного статуса, что потенцирует антипароксизмальное действие препарата, приводит к уменьшению его побочных эффектов, связанных с проявлениями вегетативного дисбаланса.

Литература

1. *Гельгорн Э., Луфборроу Дж.* Эмоции и эмоциональные расстройства. — М.: Мир, 1966.— 672 с.
2. Заболевания вегетативной нервной системы // *А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев и др.* / Под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицина, 1991.— 624 с.
3. *Титиевский С.* В. Вегетативные нарушения при эпилепсии и их коррекция в процессе комплексной медикаментозной терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М.,1991.— 15 с.
4. *Brown R. U. S.* Experience with valproate in manic depressive illness: a multicenter trial // J. Clin. Psychiatry.— 1989.— Vol. 50.— P. 13—16.
5. *Calabrese J. R., Delucchi G. A.* Spectrum of efficacy of varproate in 55 patients with rapid-cycling bipolar disorder // Am. J. Psychiatry. — 1990.— Vol. 147.— P. 431—434.
6. *Cannon W. B.* The emergency function of the adrenal medula in pain and in the major emotions // Am. J. of Phys.— 1914.— Vol. 33.— p. 356—372.
7. *Delius L., Fharenberg J.* Psychovegetative syndrome.— Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1966.— 682 p.
8. *Mathew R., Swihart A., Weinman M.* Vegetative symptoms in anxiety and depression // Brit. J. Psychiat.— 1982.— Vol. 141.— P. 162—165.
9. *Post R. M., Ketter T. A., Pazzaglia P. J., George M. S., Marangell L., Denicoff K.* New developments in the use of anticonvulsants as mood stabilizers // Neuropsychobiology.— 1993.— Vol. 27.— P. 132—137.

THE USE OF ORFIRIL AND VEGETOTROPIC DRUG THERAPY IN EPILEPSY WITH EMOTIONAL DISORDERS

S. V.Titievsky, A. S. Snitsarenko, S. I. Tabachnikov, Y. V. Pereverzev, A. V. Kravchuk

State medical University
Region mental clinic
Donetsk

We have studied 42 patients suffered from epilepsy with emotional disorders to whom complex drug therapy (orfiril and vegetotropic medicaments) was ordered. It was determined, that above-mentioned treatment promotes normalization of emotional state of patients and also of their vegetative status. This reinforces the antiparoxismal action of orfiril and follows to decrease of its side effects connected with vegetative disbalance's manifestations.

АСПЕКТЫ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ВНЕДРЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИКА «ГАЛОПРИЛ»

В. А. Шаповалова, В. С. Михайлов, В. В. Шаповалов, И. И. Кутько, Ю. В. Васина, Н. М. Ситченко

**Государственное фармацевтическое предприятие «Здоровье народу»
Следственное управление ХГУ УМВД Украины в Харьковской области
Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии
г. Харьков**

Актуальность научных исследований в области создания новых лекарственных средств (ЛС) для фармакотерапии психических и невротических расстройств определяется высокой частотой распространения указанных заболеваний во всех социальных слоях и возрастных группах населения [1, 7, 19, 20].

В целях обеспечения потребности отечественного здравоохранения в эффективных ЛС антипсихотического действия Харьковским государственным фармацевтическим предприятием «Здоровье народу» (директор — В. С. Михайлов) при участии ГНЦЛС (директор — проф. В. П. Георгиевский) и Украинским НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии (директор — проф. П. В. Волошин) разработан и внедрён в промышленное производство и клиническую практику препарат «Галоприл» (руководитель разработки — проф. В. А. Шаповалова) [5, 10, 11, 17, 18].

Действующим веществом «Галоприла» является галоперидол. Лекарственная форма «Галоприла» представлена в виде 0,5 % раствора для инъекций в ампулах по 1 мл (в 1 мл «Галоприла» содержится 0,005 г галоперидола).

В настоящее время на Украине зарегистрирован ряд препаратов галоперидола, выпускаемых различными фирмами: Галоперидол («Гедеон Рихтер», Венгрия), Галопер («СТС Кемикал Индастри ЛТД», Израиль), Галоперидол — Ривофарм («Ривофарм», Швейцария, Нидерланды), Апо-Галоперидол («Апотекс», Канада) [12, 14].

С позиций фармакологической классификации ЛС «Галоприл» относится к группе нейролептиков или больших транквилизаторов [12, 14]. По химическому строению нейролептики подразделяются на следующие подгруппы: производные фенотиазина, тиоксантена, бутирофенона, дифенилбутилпиперидина, дибензодиазепина, производные индола, замещённые бензамиды.

С клинической точки зрения выделяют следующие общие действия нейролептиков: успокаивающее, антипсихотическое (влияние на бред и галлюцинации) и стимулирующее (повышение контактности) [6, 12, 13].

Как правило, в обычных дозах нейролептики не обладают выраженным снотворным действием, однако могут вызывать дремотное состояние и способствовать наступлению сна. Они усиливают действие снотворных и других успокаивающих препаратов, потенцируют действие наркотиков, анальгетиков, анестетиков, ослабляют эффекты психостимулирующих препаратов [14].

Большинство нейролептиков хорошо всасывается при различных путях введения. Они проникают через гематоэнцефалический барьер, однако, накапливаются в мозге в значительно меньших количествах, чем во внутренних органах (печень, лёгкие). Метаболизируются в печени и выделяются в значительных количествах с мочой, частично — с калом [27].

Характерное побочное действие нейролептиков — неврологические расстройства (экстрапирамидные симптомы).

«Галоприл» является одним из наиболее активных препаратов бутирофенонового ряда. «Галоприл» обладает выраженным антипсихотическим действием, превосходящим активность производных фенотиазина, тиоксантена, индола, дибензодиазепина и бензамида в несколько раз [26].

Впервые действующее вещество «Галоприла» — галоперидол (химическое название 4-[(парахлорфенил)-пропил]-пиперединол-4 или 4-[4-(парахлорфенил)-4-оксипиперединол]-4-фторбутирофенон) было синтезировано в лаборатории Janssen в 1956 г.

Психотропный эффект «Галоприла» заключается в мощном антигаллюционном действии и быстрой редукции бредового синдрома. Стимулирующий компонент фармакологических свойств препарата выражается в повышении контактности, появлении критичности и упорядоченности поведения.

Терапевтическое действие «Галоприла» развивается быстро и эффективно, выгодно отличаясь при этом от большинства нейролептиков отсутствием влияния на сердечную деятельность, артериальное давление, секреторную и моторную функции желудочно-кишечного тракта. Кроме того, препарат обладает выраженным противосудорожным эффектом, оказывает более слабое влияние на периферическую нервную систему в сравнении с другими нейролептиками, а также не вызывает у больных вялости и апатии [12, 14].

Как и другие нейролептики, «Галоприл» обладает избирательным успокаивающим влиянием на центральную нервную систему (ЦНС) без признаков сна, наркоза или паралича, усиливает эффект наркотических и анальгетических веществ, снижает температуру тела.

Особенностью «Галоприла» является сильное противорвотное действие, в 50 раз превышающее действие аминазина.

Существенная роль в механизме действия «Галоприла» принадлежит его влиянию на обмен в мозге дофамина и норадреналина [21, 24]. Дофамин является регулятором двигательных и поведенческих реакций, контролируемых базальными подкорковыми структурами. При накоплении дофамина ослабляется тормозная функция стриатума, а при его недостатке развиваются экстрапирамидные симптомы — каталепсия, ригидность, тремор [2, 3, 8, 9, 23, 25].

«Галоприл» блокирует центральные *альфа*-норадренергические и особенно сильно — центральные дофаминергические рецепторы, ускоряя при этом скорость распада дофамина, в результате чего уменьшается содержание дофамина и повышается концентрация его метаболитов — гомованилиновой и диоксифенилуксусной кислот в дофаминергических синапсах ЦНС. Их накопление в переднем мозге является причиной угнетающего действия нейролептиков [4, 8, 15, 16].

«Галоприл» быстро и полностью всасывается из кишечника при абсолютной биодоступности 50—70 %. В плазме крови препарат обратимо метаболизируется в восстановленную форму [24], белки плазмы связывают 90 % «Галоперидола». После приёма внутрь максимальная концентрация препарата в крови определяется через 2—6 часов, после инъекции — через 10—60 минут и сохраняется на достаточно высоком уровне около 3 суток. Метаболизируется преимущественно в печени, 1,5 % выделяется с желчью, период полувыведения почками — 21 час. В моче обнаруживается 3 конъюгированных метаболита «Галоприла», из которых основным является глюкуронидный конъюгат по гидроксильной группе [27].

После инъекции препарата эффект наступает через 30—45 мин и продолжается 24 часа, после орального приёма — 72 часа [10].

Антипсихотическое действие «Галоприла» обычно достигает должного уровня только после 2—3 недельного применения, что, возможно, является результатом существенных перестроек во многих нейромедиаторных системах головного мозга.

В медицинской практике «Галоприл» используют для купирования различного рода возбуждений и бреда. Применяют препарат при шизофрении, маниакальных состояниях, параноидных бредовых состояниях, при ажитированных депрессиях, олигофренических, инволюционных, эпилептиформных, алкогольных психозах и других заболеваниях, сопровождающихся галлюцинациями, психомоторным возбуждением [6, 12, 14].

Для купирования болевого синдрома при стенокардии и инфаркте миокарда «Галоприл» используют в сочетании с фентанилом.

Как правило, побочные эффекты при применении «Галоприла» встречаются редко. Наиболее существенными являются экстрапирамидные расстройства в виде паркинсонизма, акатизии, дистонических явлений [6, 12, 14]. В начале лечения иногда возникают приступы двигательного возбуждения и судорожные сокращения различных мышечных групп, явления тревоги и страха. Как правило, они проходят самостоятельно и не требуют отмены препарата.

Противопоказаниями к применению «Галоприла» являются органические заболевания ЦНС, нарушения сердечной проводимости, заболевания почек с нарушениями их функции [6, 12, 14].

Назначают «Галоприл» внутримышечно и внутривенно в виде 0,5 % инъекционного раствора.

Препарат «Галоприл» проходил клинические исследования на базе Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии под руководством проф. И. И. Кутько. В задачи клинического испытания входило:

1. Определение спектра психотропной активности «Галоприла».
2. Изучение терапевтической активности и диапазона эффективных доз «Галоприла».
3. Изучение клинической эффективности действия препарата в зависимости от нозологии.
4. Изучение клинической эффективности препарата «Галоприл» в зависимости от синдромов.
5. Сравнение действия «Галоприла» с другими нейролептиками.
6. Выявление критериев переносимости изученного препарата.
7. Выявление побочных, аллергических реакций у пациентов.
8. Выявление противопоказаний.

«Галоприл» назначался в виде монотерапии и совместно с другими препаратами (снотворные, анальгетики).

Все испытуемые пациенты находились на стационарном лечении, срок пребывания в стационаре составлял от 1 до 2,5 месяцев. Все пациенты были тщательно обследованы: исследовался клинический анализ крови, мочи, сахар крови, общий белок, билирубин, аминотрансфераза. Проведены инструментальные обследования больных ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ, ЭХО, ЭГ. Пациенты были проконсультированы специалистами: невропатологом, окулистом, терапевтом, отоларингологом. Всего при клиническом изучении «Галоприл» получали 40 больных — 4 группы. Пациенты были разделены по нозологии следующим образом:

1. шизофрения, сопровождающаяся психомоторным возбуждением — 13 человек;
2. инволюционный параноид с выраженным психомоторным возбуждением — 10 человек;
3. алкогольный психоз — 10 человек;
4. маниакально-депрессивный психоз — 7 человек.

«Галоприл» исследовали на вышеуказанных 4 группах пациентов с заболеваниями, которые наиболее часто встречаются в психиатрии.

«Галоприл» назначали внутримышечно и внутривенно по 5—10 мг: внутримышечно — по 5 мг 1—2 раза в день, внутривенно — по 5—10 мг. С лечебной целью препарат назначали для купирования психомоторного возбуждения и галлюцинаторно-бредового синдрома в течение 1—2 месяцев в условиях стационара.

Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Пол	Возраст						Всего	
	28—29		30—49		50—65			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужской	7	17,5	12	30	3	7,5	22	55
Женский	5	12,5	9	22,5	4	10	18	45
Всего	12	30	21	52,5	7	17,5	40	100

Из табл. 1 видно, что преобладающую часть пациентов составляли мужчины. Возраст больных в основном колебался от 30 до 49 лет.

Во всех группах больных ведущим психопатологическим синдромом служили:

1. психомоторное возбуждение;
2. галлюцинаторно-параноидные реакции.

Клиническая эффективность терапии «Галоприлом» в зависимости от суточной дозы и возраста представлена в табл. 2, в которой высокая эффективность обозначена ++++, средняя +++, малая ++, незначительная +, отсутствие эффекта — 0.

Таблица 2

Клиническая эффективность «Галоприла» в зависимости от суточной дозы и возраста пациента

Возраст больного	Эффективность препарата		
	Разовая доза		
	5 мг	10 мг	15 мг
19—29	++++	++++	—
30—49	++++	++++	++++
50—65	++++	—	—

Из табл. 2 видно, что клиническая эффективность препарата в дозах 5 мг и 10 мг достаточно высокая для возрастной группы от 19 лет до 49 лет. Препарат у пациентов в возрасте старше 50 лет в дозе 10—15 мг не назначался.

Результаты изучения клинической эффективности «Галоприла» приведены в табл. 3—5.

Таблица 3

Клиническая эффективность «Галоприла» в зависимости от синдрома и длительности применения

Синдром	Длительность применения препарата			
	10 дней	20 дней	30 дней	2 мес.
Психомоторное возбуждение	++++	++++	—	—
Галлюцинаторно-параноидный синдром	++	+++	+++	++++

Из табл. 3 видно, что уже через 2—3 недели происходит редукция психомоторного возбуждения, т. е. поведение пациента становится упорядоченным, внешне спокойным, доброжелательным, контактным, пациент охотно общается с окружающими, но галлюцинаторно-параноидный синдром редуцируется только после 30—40—50 дней.

Таблица 4

Клиническая эффективность «Галоприла» в зависимости от формы патологии

Форма патологии	Эффективность препарата			
	Длительность применения препарата			
	10 дней	20 дней	30 дней	2 месяца
Шизофрения	+	++	+++	++++
Инволюционный параноид	+	+++	+++	++++
Алкогольный психоз	++++	++++	++++	—
МДП	++	+++	++++	++++

Из табл. 4 видно, что при 10-дневном приёме «Галоприла» высокая эффективность отмечается при алкогольных психозах, т. к. психомоторное возбуждение исчезает, больной становится внешне спокойным, упорядоченным, адекватным обстановке Наименее эффективен препарат при шизофрении и инволюционном параноиде. При применении препарата в течение 20 дней эффективность отмечается во всех группах, кроме шизофрении. При применении препарата в течение 1 месяца отмечается значительная эффективность во всех группах.

При алкогольном психозе препарат после 1 месяца приёма не назначался вследствие редукции психопатологических синдромов.

Таблица 5

Клинические критерии характеристики эффективности «Галоприла»

Изучаемые показатели	До лечения	10 дней	20 дней	30 дней	2 мес.
Клинические проявления	—	+++	++	+++	++++
Клинический анализ крови	—	+++	++	+++	++++
Клинический анализ мочи	—	+++	++	+++	++++

Из табл. 5 видно, что уже через 10 дней после приёма препарата отмечается улучшение клинических проявлений, улучшение состояния пациента, клинических анализов крови и мочи.

Исчезновение патологических синдромов происходит через 1—2 месяца.

Клиническая ценность препарата заключается в том, что препарат хорошо переносится пациентами. Во избежание осложнений, в целях предупреждения нейролептического эффекта пациентам назначался циклодол по 1 таблетке 2—3 раза в сутки, паркопан — по 1 таблетке 2—3 раза в сутки.

Побочные реакции при исследовании не отмечались. «Галоприл» не вызывал соматических расстройств, не было отмечено кожных проявлений. Все пациенты хорошо перенесли препарат.

Данные клинических и лабораторных исследований были статистически обработаны общепринятыми в медицине методами, в частности, с определением достоверности по критерию t-Стьюдента и с оценкой вероятности полученных результатов на уровне значимости не менее 96 % (P=0,05).

Таким образом, были сделаны следующие выводы:

1. При применении препарата «Галоприл» отмечается положительная динамика в состоянии больного, редукция патологических симптомов.

2. Выражена значительная эффективность препарата «Галоприл» при наличии психомоторного возбуждения и галлюцинаторно-параноидного синдрома различного генеза, сопровождающих психические заболевания.

3. Препарат «Галоприл» рекомендован в лечебную практику Украинским НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии (г. Харьков) как один из основных отечественных нейролептиков, не уступающих по эффективности, безопасности и качеству имеющимся аналогам зарубежных фирм.

4. Стоимость препарата «Галоприл» значительно ниже в сравнении с имеющимися аналогами других производителей, что играет одну из важных ролей в условиях экономического кризиса, сложившегося в Украине, России и других странах СНГ, и способствует снижению стоимости лечения пациентов.

Литература

1. *Алликменте Л. Х., Жарковский А. М., Оттер М. Я. и др.* // Ж. высш. нервн. деятельности. — 1979. — Т. 29. — Вып. 5. — С. 1067—1070.

2. *Арашунян Э. Б., Попова А. П.* Изменение ритмической структуры галоперидоловой каталепсии у крыс при стриатэктомии // Фармакол. и токсикол. — 1987. — № 3. — С. 24—27.

3. *Ботулу А. Д.* Экспериментальная галоперидоловая кататония и изыскание её антагонистов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1970. — 18 с.

4. Взаимодействие галоперидола и фенамина в эксперименте на животных / *Столяров Г. В., Литвинова Н. М., Бобрицкая З. М. и др.* // В сб : Вопросы психиатрии и психотерапии: Краткие тез. докл. Тамб. обл. научн.-практ. конф., июнь 1977. — Тамбов, 1977. — С. 213—215.

5. *Гацура В. В.* Методы первичного фармакологического исследования биологически активных веществ. — М.: Медицина, 1974. — 143 с.

6. *Громов Л.А.* Нейропептиды.— К.: Здоров'я, 1992.— 248 с.

7. *Губский Ю. И., Шаповалова В. А., Кутько И. И., Шаповалов В. В.* Лекарственные средства в психофармакологии. — К.: Здоров'я, Х.: Торсинг, 1997. — 288 с.

8. *Жарковский А. М., Алликменте Л. Х., Оттер М. Я.* Зависимость между содержанием гомованилиновой кислоты в мозге крысы после введения нейролептика и степенью чувствительности дофаминовых рецепторов к агонисту // Бюлл. эксперим. биол. и мед.— 1979.— Т. 87.— № 6.— С. 559—560.

9. *Кару Л. Э.* Каталептическое действие трифлуоперазина и галоперидола. Экспериментальное исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Тарту. 1972. — 30 с.

10. Клиническая фармакология / Под ред. В. Г. Кукеса. — М.: изд-во Московской мед. академии, 1991. — 444 с.

11. *Майметс М. О. Нурк А. М., Васар Э. Э.* Сравнительный фармакологический анализ типичного нейролептика галоперидола и антагониста серотонин$_2$-рецепторов пиперпирона // В сб.: Молекулярный механизм психотропных веществ. Тарту. 1987. — С 98—108.

12. *Машковский М. Д.* Лекарственные средства. В 2 т. — Харьков: Торсинг, 1997. — Т. 1. — 560 с.

13. Роль серотониновых и дофаминовых рецепторов в механизме действия галоперидола и пиперпирона / *Майметс М. О., Васар Э. Э., Нурк А. М. и др.* // Фармакол. и токсикол. — 1985. — № 2. — С. 15—18.

14. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. — М.: АстраФармСервис, 1997. — 1504 с.

15. *Усватова И. Я.., Петухов Е. Б.* Влияние галоперидола и фентанила на тканевое дыхание // В сб.: Нейролептоанальгезия. Искусственная вентиляция лёгких. 4-й Пленум Правления Всесоюзн. об-ва анестезиол. и реаниматологов. 9—11 дек. 1971. — М., 1971. — С. 91—93.

16. Участие процессов микросомального окисления в формировании толерантности к галоперидолу при введении мелатонина и эпифизэктомии у крыс / *Арашунян Э. Б., Зарубин В. В., Попов А. В. и др.* // Фармакол. и токсикол. — 1990. — Т. 53, № 5. — С. 48—51.

17. *Шарикіна Н. І.* Повідомлення Фармакологічного комітету МОЗ України № 4. Про «Положення про реєстрацію вітчизняних лікарських засобів» // Фармацевтичний журнал.— 1994. — № 3. — С. 43—47.

18. *Шаповалова В. О.* До питання фармакологічної взаємодії діючих речовин при розробці нового анальгетико-психотропного препарату для лікування психічних порушень судинного генезу // Укр. вісник психоневрології. — 1996. — Т. 4, вип. 5 (12). — С. 454—455.

19. *Шаповалова В. О., Кутько І. І.* Систематизація екстемпоральної рецептури і пошук нових препаратів психоневрологічного профілю // Фармаком, 1995. — № 4. — С. 25—27.

20. *Шаповалова В. О.* Аналіз, уніфікація та перспективи створення нових вітчизняних препаратів в галузі психофармакології // Фармац. журн. — 1997. — № 1.— С. 112—116.

21. *Якимовский А. Ф.* Сравнение эффектов галоперидола при системном введении и инъекции в стриатум крыс // Эксперим. и клин. фармакология. — 1993. — № 1.—С. 11—13.

22. A double-blind comparative study of bromperidol versus haloperidol in schizophrenic patients / *Spina E., de Domenico P., Bonanzinga M et al.* // New Trends Exp. and Clin. Psychiat. — 1992. — V. 8, N 2. — P. 67—71.

23. *Dijk S., Krugers H. I., Korf I.* The effect of theophyline and immobilization stress on haloperidol-induced catalepsy and on metabolism in the striatum and hippocampus, studied with lactography // Neuropharmacology. — 1991. — V. 30, N 5. — P. 469—473.

24. Effect of quinidine on the interconversion between haloperidol and reduced haloperidol / *Hawes E. M., Fossler M. J., Young D. et al.* // J. Basic and Clin. Physiol. and Pharmacol. — 1992. — V. 3, Suppl. 5. — P. 256.

25. Repeated haloperidol administration changes basal release of striatal dopamine and subsequent response to haloperidol challenge / *Zhang W., Tilson H., Stachowiak M. K. et al.* // Brian Res. — 1989. — V. 484, N 1—2. — P. 389—392.

26. The lowering effects of chronic treatment with haloperidol on β-carboline derivative-induced tonic convulsion / *Sekimoto M., Ushijima I., Mizuki Y. et al.* // Jap. J. Psychiat. and Neurol. — 1991. — V. 45, N 3. — P. 743—744.

27. Use of antisera in the isolation of human specific conjugates of haloperidol / *Oida T., Terauchi Y., Yoshida K. et al.* // Xenobiotica. — 1989. — V. 19, № 7. — P. 781—793.

ASPECTS OF MEDICO-PHARMACEUTICAL INTRODUCTION IN CLINICAL PRACTICE OF PUBLIC HEALTH SERVICES OF DOMESTIC NEUROLEPTIC HALOPRIL

V. A. Shapovalova, V. S. Mykhailov, V. V. Shapovalov, I. I. Kutko, U. V. Vasina, N. M. Sytchenko

Kharkiv state pharmaceutical enterprise "Zdorovye Narodu", Investigation management KSM MMID of Ukraine in Kharkiv area, Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry

Kharkiv

The main aspects of medico-pharmaceutical introduction in clinical practice of public health services of a domestic preparation from group neuroleptics — halopril, developed by the Kharkiv state pharmaceutical enterprise "Zdorovye narodu", with the participation of State center of Science of Medicinal Means, Ukrainian Pharmaceutical Academy and Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry are considered.

The outcome tests of halopril testify to it of high efficiency and safety, which is not making a concession those among being available analogs of foreign firms.