

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М.ГОРЬКОГО
ДОНЕЦКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПСИХИАТРОВ УКРАИНЫ

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

**Матеріали
Пленуму товариства неврологів, психіатрів та наркологів України**

№ 2 (12), 2004 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого государственного медицинского университета им. М.Горького

ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. А. Абрамов

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

О.В.Абрамов (відповідальний секретар), І.О.Бабюк, Б.Б.Івнев, В.М.Казаков, В.В.Кришталь, Б.В.Михайлов, В.Б.Первомайський, П.Т.Петрюк, В.С.Підкоритов, Т.Л.Ряполова, І.К.Сосін, В.Я.Уманський, Л.Ф.Шестопалова, Л.М.Юр'єва

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Ю.А.Александровський (Росія), В.С.Бітенський (Україна), І.Й.Влох (Україна), П.В.Волошин (Україна), В.Л.Гавенко (Україна), С.О.Гримблат (Україна), С.Є.Казакова (Україна), М.М.Кабанов (Росія), В.М.Кузнецов (Україна), І.І.Кутько (Україна), Н.О.Марута (Україна), О.М.Морозов (Україна), О.К.Напрєєнко (Україна), Б.С.Положий (Росія), Н.Г.Пшук (Україна), В.П.Самохвалов (Україна), А.М.Скрипніков (Україна), Т.Т.Сонник (Україна), І.Д.Спіріна (Україна), С.І.Табачніков (Україна), О.О.Фільц (Україна), А.П.Чуприков (Україна), Л.М.Юр'єва (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

Свідоцтво про державну реєстрацію ДЦ № 947 від 12.05.1995р.

Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 1999, №4)

Адреса редакції:

Україна, 83037, м.Донецьк, сел.Перемоги. Обласна клінічна психіатрична лікарня, кафедра психіатрії та медичної психології Донецького державного медичного університету. *Тел./факс:* (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

Рекомендовано до друку Вченою радою ДонДМУ (протокол засідання № 5 від 16.06.2004р.)

УДК 616.8 +616.89].001-082 (477)

*П.В. Волошин, И.И. Кутько, Л.И. Дьяченко***ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ И СЛУЖБЫ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: психоневрологическая, распространенность, заболеваемость.

Во Всемирной декларации по здравоохранению еще в 1998 г. сказано, что иметь максимально достижимый уровень здоровья – является одним из главных прав каждого человека, а степень успешности проводимой общественной политики определяется степенью успешности ее влияния на здоровье населения. Поэтому Указом Президента Украины утверждена концепция развития здравоохранения Украины, а 2001 год был объявлен годом здравоохранения.

К сожалению, медико-демографическую ситуацию, которая сложилась в Украине в последнее время, можно определить как кризисную. Идет неуклонное постарение населения, больше того, 73,4% мужчин и почти 78% женщин имеют низкий и ниже среднего уровень физического здоровья, который не обеспечивает должную устойчивость организма к развитию наиболее распространенных современных болезней. К таким болезням в Украине также относятся неврологические и психические заболевания.

Проблема цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) является одной из наиболее актуальных в современной клинической медицине в связи с их значительной частотой, большим процентом инвалидизации больных и смертности. Возрастает частота инсультов, транзиторных ишемических атак, а также хронических, медленно прогрессирующих форм церебральной сосудистой патологии, которые часто приводят к развитию деменции.

Распространенность цереброваскулярных заболеваний в Украине неуклонно растет и составляет 7609,5 на 100 000 взрослого населения. По сравнению с 1992 годом их число возросло в 2,0 раза. Почти вдвое увеличилось и число впервые выявляемых случаев ЦВЗ (соответственно, 531.6 и 993.0). Возрастает количество сосудистых заболеваний головного мозга в связи с артериальной гипертензией, со-

ставляющих почти половину всех зарегистрированных случаев ЦВЗ.

Ведущее ранговое место в структуре ЦВЗ занимает наиболее тяжелая патология – инсульты, число которых в 2003 г. составляло 312,5 на 100 000 взрослого населения (в 1992 г. – 223.8). 46% больных с инсультами на протяжении первого месяца умирают. Из числа больных, что выжили, только 10% возвращаются к работе, 53% – требуют посторонней помощи, 48% – имеют гемипарезы, в 30% – развивается психоорганический синдром [1,8,9,10]. Обращает на себя внимание тот факт, что в Западном регионе Украины (Львовской, Закарпатской, Черновицкой, Ровенской области) показатель заболеваемости ЦВЗ, в частности инсультов, и смертности в 2 раза ниже, чем в среднем по Украине.

Цереброваскулярные заболевания в большинстве случаев приводят к развитию инвалидности, то есть значительно ухудшают качество жизни больных, хотя в последние годы и наметилась некоторая тенденция к сокращению показателя первичного выхода на инвалидность вследствие ЦВЗ с 6.5 на 10 тыс. населения в 2000 г. до 5.5 в 2003 г. Вместе с тем, улучшение этого показателя – одна из конечных целей здравоохранения.

Смертность от ЦВЗ стабильно занимает второе место в структуре общей смертности. Как положительный фактор можно отметить тенденцию снижения этого показателя с 282.7 на 100 000 населения в 2001 г. до 224.6 – в 2003 г.

Величина показателя распространения ЦВЗ в Украине не отличается от показателей в России и других странах СНГ, однако в большинстве стран Европы смертность от ЦВЗ в 2-5 раза ниже, чем в Украине. В США на протяжении последних 15 лет уровень смертности от инсультов уменьшился на 30%, ежегодно снижается на 5%, и составляет теперь 50 на 100 тыс. населения [5,18, 20, 21, 22].

Причиной нетравматической инвалидизации лиц молодого и среднего возраста, а в последние годы и подростков, является рассеянный склероз (РС), распространенность которого постепенно возрастает: в 1999 г. – 41.1 на 100 000 взрослого населения, в 2003 г.- до 48.0. За 10 лет отмечен рост числа заболеваний почти на 30%. По зарегистрированному числу заболеваний РС в лечебно-профилактических учреждениях Украины четко выявляются более высокие показатели распространения РС в западных регионах Украины. В странах Азии и Африки показатель распространенности РС значительно ниже (до 5-10 случаев), в США, Канаде, Западной Европе достигает 30-60 случаев, в России, странах Балтии – 30-50 [2,6,7,16,19]

Рост числа нетрудоспособных инвалидов среди больных РС, ограниченные возможности оказания им адекватной и эффективной медицинской помощи в полном объеме, делает проблему РС крайне актуальной для современности, переводя ее из числа медицинской проблемы в ранг социально-экономической. На одного больного в США выделяется до 35 тыс. долларов. В Украине этот показатель в десятки раз меньше.

До настоящего времени не решены вопросы этиологии и патогенеза РС, недостаточно скоординированы эпидемиологические исследования и изучение факторов, влияющих на возникновение РС.

Весьма важной проблемой современной неврологии является проблема инфекционных поражений нервной системы (персистирующие, медленные инфекции нервной системы после гриппа, герпетических и хламидийных поражений, прионовые заболевания).

Психические, поведенческие и социальные проблемы в психиатрии занимают все более заметное место среди факторов, влияющих на здоровье населения на всем земном шаре. Нарушения психики и поведения составляют до 8,1% от общего числа заболеваний, 34% всех потерь трудоспособности обусловлены социально-психологическими причинами.

Эксперты международных организаций отмечают, что социальные потери из-за болезни и преждевременной смерти вследствие психических расстройств уже в 1990 году превысили этот показатель среди онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, а к первой четверти XXI века предполагается его рост еще в 1,5 раза [11, 23].

Наиболее высокие показатели распространенности психических расстройств характерны

для экономически развитых стран, причем прогностично эта закономерность будет сохранена до 2010 года. Чрезвычайно важную проблему для большинства стран мира представляют самоубийства. Средний их показатель составляет 15,1 на 100 тыс. человек, при этом для мужчин – 24,0, для женщин – 6,8 на 100 тыс. населения соответствующего пола.

По данным отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.Н.Сербского, ежегодно за психиатрической и наркологической помощью в Российской Федерации обращается более 7,5 млн. человек. Показатели первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами за последние 10 лет ежегодно увеличиваются в среднем на 1,5-2%. В последние годы отмечаются высокие темпы роста (на 2-4% в год) инвалидизации населения вследствие психических заболеваний. Значительно увеличилось число суицидов, от которых ежегодно погибает почти 60 тысяч человек [15].

В Украине на протяжении 1999-2003 гг. зарегистрированные показатели распространения психических расстройств в целом среди населения имели относительно стабильный характер (в 1999 г. – 1199344 психически больных или 2405,9 на 100 тысяч населения, в 2003 г. – 1181435, или 2472,3 на 100 тыс.). Наметилась тенденция к снижению показателя заболеваемости (в 1999 г. – 132506, или 265,8 на 100 тыс. нас., в 2003 г. – 115842, или 242,4).

В то же время имело место видимое увеличение относительных показателей распространения этих расстройств среди детей и подростков (1999г. – 2676,0 и в 2003г. – 2840,8 на 100 тыс. соответствующего населения.). Следует отметить, что выше указанные показатели, как и в России, отражают лишь ситуацию обращения населения за психиатрической помощью, а не действительное состояние заболеваемости и распространения среди населения психических расстройств, которые в условиях социально-экономического напряжения в стране, согласно данным эпидемиологических исследований, постоянно увеличиваются и, прежде всего, их непсихотические формы (в структуре заболеваемости - 71,3% и распространенности - 49,5%) .

Высокий (27 на 100 тыс. населения) показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических расстройств. За 12 лет число психически больных, имеющих группу инвалидности, возросло в 1,3 раза (с 402 на 100 тыс. на-

селения в 1990 г. до 530,9 в 2003 году).

Растет и показатель госпитализированной заболеваемости с 487,1 (1999г.) до 508,9 (2002г.) на 100 тыс. населения.

К числу наиболее распространенных психических расстройств отнесены депрессивные состояния, 20% которых становятся хроническим заболеванием без ремиссий, особенно когда больные не получают своевременного и адекватного лечения.

По данным Всемирной организации здравоохранения около 5% населения мира страдает тяжелыми депрессиями (среди лиц старше 55 лет – 15%), многие из этих больных совершают попытки самоубийства [11,14,23].

По прогнозам Ассоциации американских психиатров до 2010–2030 гг. распространенность депрессий станет большей чем патология сердечно-сосудистых заболеваний, и выйдет на первое место среди заболеваний, которые опасны для жизни.

Актуальность проблемы депрессий обусловлена продолжающимся ростом их распространенности, высоким риском хронизации состояний этого круга, их дезадаптирующим влиянием на социальное функционирование, трудоспособность и качество жизни.

В структуре психических расстройств в Украине только зарегистрированное число аффективных расстройств, преимущественно депрессивных, составляет 4%. При этом, не учтены депрессивные компоненты при таких расстройствах как шизофрения, невротические и соматоформные расстройства, различные психические расстройства органического генеза и др., сопровождающиеся в значительном числе случаев депрессией.

Эпидемиологические исследования, проведенные в институте, свидетельствуют о том, что в структуре заболеваемости депрессиями преобладают атипичные, маскированные формы, часто резистентные к терапии, 80-85% лиц с различными формами депрессивных расстройств впервые обращаются в общесоматические лечебные учреждения, что делает проблему депрессий особенно актуальной для врачей общесоматической сети.

Среди больных соматического профиля частота депрессий составляет 20-35%. Часто депрессия провоцирует соматическую болезнь, утяжеляет ее течение. Гиподиагностика депрессий в общесоматической сети, несвоевременность их распознавания приводит к дальнейшему ухудшению состояния больных, хронизации заболева-

ния, увеличивает риск суицидального поведения и совершения суицида [12,13].

Остается высоким, хотя и с некоторой тенденцией к снижению, уровень совершенных самоубийств среди населения (29,6 на 100 тыс. населения в 1998 г. и 25,8 – в 2003 г.). Ежегодно около 13000 жителей Украины заканчивают жизнь самоубийством. 27% суицидальных попыток заканчиваются смертью. По данным мировой статистики, депрессивные состояния и шизофрения являются причиной 60% всех случаев самоубийств психически больных, до 10% суицидальных попыток совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Только 8% лиц, совершивших завершённое самоубийство, обращались на протяжении жизни за психиатрической помощью.

В последнее время в связи с ростом во всем мире количества экстремальных происшествий, растет, как их следствие, число психических и поведенческих нарушений. Это посттравматические стрессовые расстройства, депрессии, самоубийства, алкоголизм, наркомания, состояния социально-психологической дезадаптации и др. Приобретает актуальность проблема реабилитации жертв экстремальных ситуаций.

По данным эпидемиологических исследований, различные психические нарушения развиваются у 25-100% пострадавших в экстремальных ситуациях. Исследования, проведенные в институте выявили посттравматические стрессовые расстройства у 20-25% участников военных действий в Афганистане и у 15-18% лиц-ликвидаторов аварии на ЧАЭС.

Из-за несвоевременного и недостаточно адекватного оказания психологической, психотерапевтической, психореабилитационной помощи и мер по социальной адаптации лицам, пострадавшим вследствие экстремальных ситуаций, растут среди них депрессии, пограничная психическая патология, психосоматические расстройства, алкоголизм, наркомании.

Проблема преодоления медико-социальных последствий психических и поведенческих расстройств, одна из важнейших в психиатрии. Больные психоневрологического профиля - наиболее социально незащищенная прослойка населения. Расширение адаптационных возможностей организма во всех сферах его деятельности, формирование положительных социальных навыков, восстановление утраченных психических и психологических функций, интеграция больного в общественно-полезную деятельность - основные задачи реабилитационного процесса.

Чрезвычайно широко распространены нарушения, связанные со злоупотреблением алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами. Так, в мире от 4 до 10% населения употребляет психоактивные вещества, наркотические вещества - от 0,4 до 4%.

На протяжении 15 последних лет в Украине продолжалось увеличение числа лиц, употребляющих психоактивные вещества. Причем, увеличение распространенности наркоманий сопровождалось медленным, но неуклонным снижением зарегистрированной распространенности алкоголизма: в 1997 г. было зарегистрировано 55429 лиц, употребляющих наркотические вещества, в 2003 году их стало 85448, лиц, употребляющих алкоголь, соответственно, 700084 и 658950. Определившиеся эпидемиологические процессы происходили на фоне высокого уровня употребления абсолютного алкоголя на душу населения (11.0-12.0 литров), что соответствует уровню таких стран, как Испания, Германия, Австрия.

Почти в 4 раза увеличилось число лиц злоупотребляющих опиатами и в 3,6 раза увеличилось число наиболее тяжелых психотических форм алкоголизма. Созданная в институте с 1994 года система мониторинга наркоманий позволяет оценить реальное количество больных наркоманией. Проведенные расчеты указывают на то, что употребляющих наркотические вещества в 2-2,5 раза больше, чем зарегистрировано в наркологических учреждениях [3].

Под диспансерным наблюдением наркологических учреждений с целью лечения и реабилитации находится 1206 подростков и детей, еще около 15 тысяч детей и подростков наблюдаются с целью профилактики употребления психоактивных веществ. Кроме того, ежегодно официально регистрируется около 10 тысяч отравлений алкоголем, наркотиками и токсическими веществами у детей и подростков. Причем, у детей отравление чаще наступает вследствие употребления токсических веществ (бензин, различные растворители и средства бытовой химии), а у подростков – алкогольными напитками.

Наибольшая распространенность наркоманий наблюдается в юго-восточных регионах Украины, а алкоголизма – преимущественно в центральном и северном регионах [4].

Выявлена тесная связь между географией распространения зависимости от психоактивных веществ и географией ряда социально-экономических факторов, что свидетельствует о состоянии здоровья общества и качества его жизни. В

регионах, где наиболее высок уровень распространения зависимости от психоактивных веществ, регистрируется и наиболее высокий уровень преступности, суицидов, относительно низкий средний уровень жизни.

На фоне возрастающего числа лиц с зависимостью от психоактивных веществ, особое беспокойство вызывает широкая реклама алкогольных напитков, пива, табака и других, так называемых, слабоалкогольных молодежных напитков, особенно пагубно влияющих на неокрепшую психику детей и подростков.

Современный этап развития общества характеризуется все возрастающей ролью научных исследований. Наука при этом становится фактором, определяющим не только стратегические направления цивилизационного процесса, но и формирует основы критериев качества жизни человека, определяет прогностические тенденции здоровья населения и разрабатывает научно обоснованные текущие и перспективные меры его улучшения.

Вместе с тем, качественный прогресс науки замедляет недостаточное финансирование. В Украине один из самых низких показателей финансирования науки в мире - 11 долларов на душу населения, в США – 1000 дол., Японии – 900, Финляндии – 700-800, России – 60-66. Низкий уровень оплаты труда научных сотрудников, недостаточное обеспечение оснащением, современными информационными и коммуникационными средствами усугубляет положение [17].

В стране осуществлена большая работа по усовершенствованию психоневрологической службы. Верховным Советом Украины в 2002 г. принят, разработанный Институтом неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Украинским НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, научными коллективами кафедр психиатрии, главными специалистами и врачами лечебно-профилактических учреждений Закон Украины «О психиатрической помощи». В свете этого закона разработаны и продолжают разрабатываться подзаконные акты и нормативные документы, регламентирующие оказание психиатрической, наркологической и судебно-психиатрической помощи в Украине. Принят МЗ Украины в 2002 г. подготовленный институтом приказ «О совершенствовании медицинской помощи больным с цереброваскулярной патологией». Научными коллективами Украины выполняются Государственные программы «Здоровье нации», «Дети Украины», «Профилактика и лечение артериальной гипер-

тензии в Украине», в которых предусмотрены отдельные разделы по цереброваскулярным заболеваниям, рассеянному склерозу, психоневрологическим расстройствам. В институте готовится Регистр распространенности инсультов и создан мониторинг наркоманий в Украине. Научными и практическими коллективами Украины разрабатываются «Стандарты» диагностики, лечения и оказания медицинской помощи больным с заболеваниями нервной системы и цереброваскулярными расстройствами, эпилепсией, вертеброгенной патологией, психическими и поведенческими расстройствами. Внедрены в практику «Критерии диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств у взрослых» и «Критерии диагностики и принципы лечения психических и поведенческих расстройств у детей и подростков».

Значительная работа в Украине проведена и по реорганизации сети коечного фонда и его специализации в неврологических и психиатрических учреждениях, что приблизило уровень оказания помощи в них к соответствующим показателям развитых стран.

В Институте неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, в Украинском институте судебной и социальной психиатрии и наркологии МЗ Украины, на кафедрах неврологии и психиатрии медицинских академий, университетов и институтов проводится большая научно-исследовательская работа по проблемам психоневрологии. Успешно работают Институт проблем медицинской реабилитации, Международная клиника восстановительного лечения в г.Трускавец, Львовский реабилитационный центр «Элита», Украинский центр медицинской реабилитации больных с органическими нарушениями нервной системы, Донецкий областной клинический центр нейрореабилитации и другие специализированные центры, где оказывается высококвалифицированная помощь больным с психоневрологическими расстройствами.

Вместе с тем, несмотря на актуальность проблемы психоневрологического здоровья в Укра-

ине, ей уделяется недостаточно внимания. Часто в принятых и разрабатываемых государственных и межведомственных программах упускаются из виду социальные аспекты психоневрологического здоровья, рост в стране потребления наркотиков и алкоголя. Выделяемые бюджетом средства на выполнение этих программ, а также на профилактику и решение социально-реабилитационных проблем не пропорционально малы в сопоставлении с той угрозой, какую представляет психоневрологические расстройства, наркомания, алкоголизм. Медленно решаются вопросы развития реабилитационного звена в неврологии, психиатрии и наркологии, специализированной помощи детям и подросткам, особенно в наркологии.

На сегодняшний день существенным образом возрастает роль долгосрочных дисциплинарных эпидемиологических исследований состояния здоровья населения и качества его жизни. Они должны носить комплексный межведомственный характер с учетом не только медицинских, но и духовных, социальных, материальных, экологических и др. аспектов их составляющих и стать основополагающими при разработке государственной политики в сфере социальных, экономических и технических преобразований в здравоохранении.

Необходимо принять государственную самостоятельную межведомственную программу по психическому здоровью нации, по рассеянному склерозу, как самостоятельное направление развивать эпидемиологические исследования зависимости от психоактивных веществ, предусмотреть программу профилактических мероприятий по снижению суицидологического напряжения в стране, межведомственные разработки ранней диагностики и терапии соматизированных и маскированных депрессий. При ограниченном финансировании психоневрологических и наркологических учреждений более рационально использовать имеющиеся ресурсы, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс, разработать и внедрить четкие критерии оценки конечных результатов.

ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ЗАВДАННЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В сучасній клінічній медицині найбільш актуальними є судинні розлади головного мозку, розсіяний склероз, інфекційні ураження нервової системи. Психічні та поведінкові розлади внаслідок психічних захворювань та вживання психоактивних речовин набувають не тільки медичного, але і соціального значення. В задачі психоневрологічної науки та служби включаються епідеміологічні дослідження, прийняття державних програм, інтенсифікація лікувально-діагностичного процесу для досягнення кінцевого результату – поліпшення здоров'я людини та якості її життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.3-8)

P.V. Voloshin, I.I. Kutjko, L.I. Djachenko

CONDITION AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC SERVICES OF UKRAINE

Institute of neurology, psychiatry and narcology of Ukraine

In modern clinical medicine the most actuals are the vascular diseases of brain and increasing the number of multiple sclerosis, the infectious lesion of nervous system. Psychological and behavioural disorders caused by psychological diseases and the use of the psychoactive substance have not only medical but social significance.

In the aim of psychoneurological science and service including the epidemiological researches, accepting the state programm, intensification of treatment-and-diagnostical process for achievement of the ending result are the improvement of the man's health and the quality of his life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.3-8)

Литература

1. П.В.Волошин, Т.С.Мищенко. Профилактика мозгового инсульта//Медицина газета «Здоровья Украины».- Київ, 2002, №5.- с.14. 2. С.М.Віничук, О.А.Мяловицька. Розсіяний склероз. Навчальний посібник, Київ.-2001.
3. П.В.Волошин, О.І.Мінко, І.В.Лінський, Н.П.Волошина, К.Д.Гапонов. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні //Український вісник психоневрології, 2001,т.9,вип.3 (28)
4. П.В.Волошин, І.В.Лінський, О.І.Мінко, Н.П.Волошина, К.Д.Гапонов. Система мониторинга – основа организации наркологической помощи в современных условиях // Укр. медичний часопис, Київ, №4(30), 2002, 46-49
5. Г.Р.Де Фритас, Дж.Богуславский. Первичная профилактика инсульта.//Ж. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. Инсулт. приложение, вып.1.-2001,-с.7-17.
6. Е.И.Гусев, И.А.Завалишин, А.Н.Бойко, Н.Л.Хорошилова, А.П.Яковлев. Эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в России//Ж.невропатологии им.С.С. Корсакова., спец.выпуск. Рассеянный склероз, приложение к Ж.Медиасфера.-200.- с.3-6.
7. И.А.Завалишин, В.И.Головкин.Рассеянный склероз. Избранные вопросы теории и практики. Москва, 2000, 639 С.
8. В.Ф.Москаленко, П.В.Волошин, П.Р.Петрашенко. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку// Український вісник психоневрології, -т.9, вип.1 (26).-2001.-с.5-7
9. Т.С.Мищенко. Транзиторные ишемические атаки// Медицинская газета. – Киев, 2003.-№6.-с.14-15
10. Т.М.Мищенко Диагностика и лечение дисциркуляторных энцефалопатий // Здоровья Украины. - Київ, 2003.-№23-24 (84-85).- с.16.
11. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2001 г.:Женева, ВОЗ, 2001.-217 с.
12. В.С.Подкорытов.Проблема депрессий в общесоматической практике// Ж. Архив психиатрии.- Т.9, 1(32).-2003.- С.69.
13. В.С.Підкоритов В.С., Скринник О.В. Організаційна модель амбулаторної допомоги хворим на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення.// Архив психиатрії, т.10, 2(37), 2004, с.61-63
14. А. Смулевич. Тревожные депрессии.// Новости медицины и фармации, №6 (146), 2004
15. А.А.Чуркин, Н.А.Творогова. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2001 г. (аналитический обзор). - Москва.-2003.-35 С.
16. Олександр Ярош, Олег Ярош. Поширеність розсіяного склерозу в Україні//Лікарська справа, «Здоров'я», Київ, №9-10, 1995.-с.84-86.
17. Україна може виконувати фундаментальні роботи на світовому рівні. За умови...// Газета «СВІТ», №19-20(334-335) травень 2004
18. Hacke W., Kaste M., Skyhoj Olsen. T, at al. Recommendations for Stroke Management //Cerebrovascular Diseases – 2000- Vol. 10, Suppl.3, p.1-11.
19. Kurtzke J.F. MS epidemiology world wide. One view of current status.//Acta Neurol.Scand.-1995,-91./161/-P.23-33.
20. Nanaka K., Imaizumi Y. Deaths from cerebrovascular diseases correlated to month of birth: elevated risk of death from subarachnoid hemorrhage among summer-born//Int.J.Biometeorology.-2000.-44.- P.182-185.
21. Saposnik G., Del Brutto O. Stroke in South America.A systematic review of incidence.prevalence and stroke subtypes// Stroke.-2003.-34.-p.2103-2108
22. Sarti C., Rastenyte D., Cepaitis Z. International trends in mortality from stroke 1968 to 1994 //Stroke.-2000.-31 .P.1588-1601.
23. TheWorld Health Report; 2001:Mental Health:Now Understanding.New Hope.

Поступила в редакцию 14.06.2004

УДК: 616.858.036.865

*Н.Б. Маньковский, Н.В. Карабань***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА**

Институт геронтологии АМН Украины

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, социальная адаптация, шкала самооценки, качество жизни

Болезнь Паркинсона (БП) представляет собой одно из наиболее распространенных хронических прогрессирующих нейродегенеративных заболеваний ЦНС [1]. Частота встречаемости БП составляет от 60 до 187 на 100 000 населения [2]. Основным инвалидизирующим фактором у больных БП является нарастающее нарушение двигательной активности [3, 4, 5]. Степень инвалидизации при БП определяется стадией процесса, адекватностью проводимой антипаркинсонической терапии, наличием сопутствующих когнитивных нарушений. Комплекс этих факторов, как и каждый из них в отдельности, определяет качество жизни пациента, уровень социальной адаптации. Известное понятие качества жизни включает интегральную характеристику

физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии [6]. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Методология исследования качества жизни - многокомпонентный процесс, основными этапами которого являются разработка дизайна исследования, обследование больных, формирование базы данных с последующими обработкой, анализом и интерпретацией результатов [7, 8]. Базовыми инструментами при проведении исследования качества жизни являются социально разработанные опросники, которые, как правило, заполняются самими больными [9, 10].

Материал и методы исследования

Для количественной оценки качества жизни пациентов с БП мы применили «Шкалу самооценки социальной адаптации больного паркинсонизмом» – ШССА [10]. В шкале имеется три раздела, отражающие различные сферы жизнедеятельности больного – общественно-трудовую (профессиональная), семейно-бытовую и сферу самообслуживания. В каждом из разделов имеется ряд пунктов и подпунктов, оцениваемых соответствующим количеством баллов. Шкала построена в форме опросника, который заполняется в процессе беседы врача с больным. Балльные оценки были установлены авторами экспериментально с помощью метода экспертных оценок значимости каждой сферы жизнедеятельности человека для качества его жизни. Максимально возможная суммарная оценка I раздела шкалы (пункты 1-6) составляет 87 баллов; суммарная оценка II раздела (пункты 7-13) – 77 баллов; соответствующая оценка III раздела (пункты 14-18) – 41 балл. Максимально возможная суммарная оценка по трем разделам шкалы составляет 205 баллов. Таким образом, по числу баллов в каждом разделе шкалы можно сказать,

какая сфера активности у больного более сохранена, оценить степень общей социальной адаптации и проанализировать параметры, ее определяющие. Установлено [10], что степень полной адаптации – от 198,3 до 205 баллов – наблюдается у больных БП на начальной стадии, когда при адекватной фармакотерапии они чувствуют себя практически здоровыми. 1-ая степень дезадаптации – незначительная социальная дезадаптация – от 161,7 до 198,2 балла (почти неограниченная сохранность возможностей во всех сферах жизнедеятельности); 2-ая степень дезадаптации – степень частичной социальной дезадаптации – от 125,1 до 161,6 балла (ограниченные возможности трудовой деятельности при удовлетворительных возможностях в семейно-бытовой сфере); 3-ая степень дезадаптации – степень умеренной социальной дезадаптации – от 88,5 до 125 баллов (невозможность трудовой деятельности, значительное ограничение возможностей в семейно-бытовой сфере); 4-ая степень дезадаптации - степень выраженной социальной дезадаптации – от 51,9 до 88,4 балла (невозможность трудовой деятельности, значитель-

ное ограничение возможностей в семейно-бытовой сфере и частичное ограничение самообслуживания); 5-ая степень дезадаптации – сте-

пень полной социальной дезадаптации – менее 51,8 балла (полная утрата возможности самообслуживания).

Результаты исследования и их обсуждение

При помощи шкалы самооценки социальной адаптации (ШССА) были обследованы 116 больных БП среднего (n=64) и пожилого (n=52) возраста со стадией заболевания 1,0 – 4,0 (по Hoehn a. Yahr) и длительностью болезни от 2х до 10,5 лет. Диагноз БП устанавливали с использованием критериев «включения-исключения» согласно UK Brain Bank Criteria [11]. Количественная оценка выраженности двигательных нарушений проводилась с помощью международной шкалы Unified Parkinson's Disease Rating Scale – UPDRS [12]. При анализе всей группы больных в целом установлено, что 1-я сфера жизнедеятельности (общественно-трудовая деятельность) была сохранной только в 19 % случаев (22 больных). У остальных пациентов отмечалось выраженное снижение трудоспособности. Активность в семейно-бытовой сфере была сохранной в 16,4 % наблюдений (19 больных). Полная сохранность в сфере самообслуживания выявлена только в 40,5 % случаев (47 больных).

У 13 больных (11,2 %) установлена 1-ая степень социальной дезадаптации на фоне сохран-

ной трудовой деятельности и начальной степени выраженности клинических симптомов паркинсонизма, что клинически соответствовало 1,0 стадии заболевания. 2-ая степень (частичная социальная дезадаптация) была установлена в 31,9 % наблюдений (37 больных) и была характерна для пациентов с 1,5 – 2,0 стадией БП. Умеренная социальная дезадаптация (3-ая степень) выявлена в 38,8 % случаев (45 больных) со степенью тяжести болезни 2,5 – 3,0. Выраженная социальная дезадаптация, что соответствовало 4-ой степени, определялась в 18,1 % случаев (21 больной), причем у большинства из этих пациентов имелись отчетливые мнестико-интеллектуальные нарушения. Сравнительный анализ зависимости показателей социальной адаптации от степени тяжести БП (стадийность течения по Hoehn a. Yahr) показал, что по мере прогресса заболевания наблюдается уменьшение значений показателей в различных сферах жизнедеятельности (p<0,05). Подобная зависимость имела и при сравнении тяжести БП по шкале UPDRS (табл. 1).

Таблица 1

Показатели социальной дезадаптации (в баллах) по шкале самооценки у больных БП при различных стадиях течения заболевания

Разделы ШССА	Стадия БП (по Hoehn a. Yahr)		
	1,0 – 2,0 n=38	2,5 – 3,0 n=51	3,0 – 4,0 n=27
I сфера (n=22)	56,3±11,2	44,2±10,3	30,7±5,6 *
II сфера (n=19)	62,7±7,2	49,8±8,8	32,4±7,6 *
III сфера (n=47)	39,5±3,4	30,1±6,2	26,4±3,3 *
Суммарный моторный балл UPDRS	66±4,7	128±8,1 *	147±10,8 **

Примечание: * - p < 0,05 ** - p < 0,01

Худшие показатели социальной адаптации наблюдались у больных с преобладанием в клинической картине паркинсонизма акине-

зии по сравнению с больными, в симптоматике которых доминировал тремор и ригидность (табл. 2).

Таблица 2

Зависимость показателей социальной адаптации (в баллах) по шкале самооценки у больных БП от клинического синдрома паркинсонизма

Разделы ШССА	Клинический синдром БП	
	Акинетики-ригидный n=47	Дрожательно-акинетики-ригидный n=69
I сфера	44,7±5,6	59,2±8,2
II сфера	50,1±6,7	62±4,3
III сфера	27,3±1,4	39,4±2,2
Суммарный балл UPDRS	96,5±11,5	68,7±5,2

Существенное влияние на социальную адаптацию во всех сферах жизнедеятельности оказывал возраст больных (табл. 3). Так, по мере старения больных наблюдается относительное снижение показателей качества жизни, что совпадает с процессом хронически прогрессирующей БП, длительностью течения заболевания

и присоединяющимися изменениями когнитивных способностей. Наименее выраженной оказалась связь возраста с показателями самообслуживания (III-я сфера жизнедеятельности) по сравнению с показателями общественно-трудовой (I сфера) и семейно-бытовой (II сфера) деятельности.

Таблица 3

Возрастные особенности социальной адаптации больных БП (в баллах) в различных сферах жизнедеятельности

Разделы ШССА	Возраст больных	
	45 – 49 лет n=64	60 – 74 года n=52
I сфера	68,2±4,1	54,6±6,9 *
II сфера	57,2±2,6	42,7±2,2 *
III сфера	37,1±1,8	35,6±2,4 *
Суммарный балл UPDRS	75,9±4,1	104±7,8 **

Примечание: * - $p < 0,05$ ** - $p < 0,01$

В наших исследованиях не обнаружено отчетливой зависимости показателей ШССА от пола и уровня образования больных.

Значительное влияние на качество жизни больных БП оказывала адекватная патогенети-

ческая терапия противопаркинсоническими препаратами. Положительная динамика показателей социальной адаптации в зависимости от вида лечения была обнаружена в процессе 3-месячного наблюдения у 56 больных (табл. 4).

Таблица 4

Динамика показателей социальной адаптации (в баллах) больных БП в зависимости от вида патогенетической терапии

Разделы ШССА	Вид лечения					
	Амантадин + холиноблокаторы (n=23)		Ингибиторы MAO-B (n=12)		Леводопа-содержащие препараты (наком, мадопар) (n=21)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
I сфера	52,1±2,2	64,2±2,8 *	66,3±4,4	72,4±5,1 *	49,4±2,8	68,2±4,2 *
II сфера	48,2±2,4	56,0±4,5 *	57,1±2,4	62,4±3,3	39,4±1,8	55,2±2,6 *
III сфера	30,6±1,6	38,2±2,2 *	36,6±1,4	39,0±2,5	24,8±1,2	31,2±2,8 *
Суммарный моторный балл UPDRS	74,2±5,2	51,4±4,4 *	42,3±2,7	30,5±2,9	116±6,9	82,3±5,6 **

Примечание: * - $p < 0,05$ ** - $p < 0,01$

Так, у пациентов, лечившихся комплексом амантадин с холиноблокаторами, отмечено достоверное улучшение активности в общественно-трудовой деятельности, семейно-бытовой сфере и в способности самообслуживания, что соответствовало уменьшению степени инвалидизации с 74,2±5,2 до 51,4±4,4 баллов по шкале UPDRS ($p < 0,05$). Селективные ингибиторы MAO-B (юмекс), применяемые в качестве монотерапии на начальных стадиях БП, положительно влияли на все сферы социальной активности, однако полученные результаты были недостоверными, за исключением значений суммарного моторного балла, показатели которого до лечения составили 42,3±2,7 балла, а после – 30,5±2,9 балла ($p < 0,05$). Существенное влияние на жизнедеятельность и качество жизни больных БП оказывала терапия леводопасодержащими препаратами. Все обследованные пациенты отмечали значительное облегчение в сфере самообслуживания, в быту и возможности выпол-

нять профессиональную работу. Положительная динамика этих показателей качества жизни прямо коррелировала со снижением выраженности двигательных нарушений, определяемых с помощью шкалы UPDRS (со 116±6,9 до 82,3±5,6 баллов, $p < 0,01$).

Таким образом, исследование отдельных показателей качества жизни больных БП с помощью шкалы самооценки социальной активности (ШССА) показало ее высокую информативность и адекватность для объективизации функционального состояния больных БП, влияния факторов, связанных с течением заболевания и эффективностью патогенетической терапии.

Количественная оценка качества жизни больных БП дает возможность выделить ряд наиболее информативных параметров, влияющих на различные сферы социальной активности, на которые оказывают существенное влияние степень выраженности заболевания, возраст больных, вид патогенетической терапии. Примене-

ние ШССА при долговременных наблюдениях за уровнем качества жизни каждого из обследуемых больных позволит прогнозировать

темпы прогрессирования БП, и перспективу эффективности проводимой медикаментозной терапии.

М.Б. Маньковский, М.В. Карабань

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА

Інститут геронтології АМН України

Проаналізовані кількісні показники якості життя у 116 хворих на хворобу Паркінсона середнього та похилого віку на стадії захворювання 1.0-4.0 (Hoehn a. Yahr). За допомогою шкали самооцінки соціальної адаптації (ШССА) вивчені три сфери життєдіяльності хворих на хворобу Паркінсона: суспільно-трудова, сімейно-побутова та можливості самообслуговування. Показана висока інформативність шкали для оцінки зв'язку якості життя хворих зі ступенем важкості захворювання, тривалістю хвороби, видом клінічного синдрому, ефективністю медикаментозної терапії, що використовується. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.9-13)

N.B. Mankovsky, N.V. Karaban

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Institute of Gerontology, Kiev, Ukraine

The quantitative indices of life quality of the middle-aged and elderly patients (n=116) with Parkinson's disease, stage 1.0-4.0 (Hoehn a. Yahr) were analyzed. With the help of a Rating scale of self-estimation of social adaptation, the three spheres of patients' life activity were studied: professional-working, family and self-service. The high informativeness of the scale has been shown for estimating associations between the patients' quality of life, stage of disease, disease duration, kind of the clinical syndrome and drug therapy effectiveness. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.9-13)

Литература

1. Martilla R. J. Diagnosis and epidemiology of Parkinsons disease // Acta neurologica Scandin.-vol. 68.-p. 9-17.
2. Marsden C. D. Parkinsons disease // Lanset.-1990.-vol. 335.-p.948-952.
3. Голубев В. Л., Левин Я. И., Вейн А. М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма.- М.: Медпресс, 1999.-416 с.
4. Olanow C. W., Tatton W. G. Etiology and pathogenesis of Parkinsons disease // Ann. Rev. Neurosci. — 1999.- vol. 22.- p. 123-144/
5. Крыжановский Г. Н., Карабань И. Н., Магаева С. В., Кучеряну В. Г., Карабань Н. В. Болезнь Паркинсона. —М.: "Медицина", 2002, 335 с.
6. Colman S. S., Rothermich B. A., Rowland C. R. Application of the extended methodology among migraineurs: results from a clinical trial // Quality Life Res. — 2002.-vol. 9. № 3. p. 258-264.
7. Hagell P., Sandlund B. Patients self-assessment of disease and symptom severity in Parkinsons disease // Quality Life Res. — 2002.-vol. 9. № 3. p. 285-288.
8. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб, 1999.
9. Новик А. А., Одинак М. М., Ионова Т. И., Бисага Г. Н. Концепция исследования качества жизни в неврологии // Неврологический журнал , 2002, № 6, с. 49-52.
10. Шток В. Н., Федорова Н. В. Лечение паркинсонизма. М., 1997, 196 с.
11. Hughes A. I., Ben-Shlomo Y., Daniel S. E., Lees A. I., What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinsons disease : a clinico-pathologic study // Neurology.- 1992.-vol. 42.- p. 1142-1146.
12. Fahn S., Elton R. Unified Parkinsons disease rating scale. Resent developments in Parkinsons disease // Fahn S., Marsden C., Calne D., et al. (Eds) Macmillan Healthcare Informations.- 1987.-№ 5.-p. 153-163.
13. Glozman J. M., K. G. Bicheva., N. V. Fedorova. Scale of quality of life of care-givers. (SQLS) // J. neurology, 1998, 245. Suupl. I, 539-541.

Поступила в редакцию 25.06.2004

УДК 616.722-036.3-002:616-08-039.76

*Е.Н. Мороз***ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности

Ключевые слова: неврологические осложнения остеохондроза, ограничение жизнедеятельности

Вертеброгенные заболевания пояснично-крестцового отдела нервной системы (рефлекторные, корешковые и корешково-сосудистые) являются широко распространенными, поражая преимущественно лиц трудоспособного возраста, приводя к временной и стойкой утрате трудоспособности.

Наиболее частым симптомом остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника (ОХ) является боль в спине. Около 20% взрослого населения страдает от периодически рецидивирующих болей в спине, среди них у 80% боли проходят под воздействием лечения в течение месяца, а у 4% - боли принимают хронический характер [1]. Хроническое течение заболевания, приводящее к стойкому ограничению различных аспектов жизнедеятельности, снижает качество жизни пациентов и вызывает их инвалидизацию. В то же время, малоэффективное лечение заболевания приводит к возрастанию эмоционального напряжения, что снижает еще больше результативность терапии, формируя «порочный круг» [2].

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [3].

В 1999 г. в Украине в связи с заболеваниями костно-мышечной системы были признаны инвалидами 17535 человек, из них 28,4% вследствие ОХ [4]. Несмотря на активное внедрение в повседневную клиническую практику современных диагностических и лечебных технологий, показатели официальной статистики инвалидности вследствие вертеброгенной патологии

на Украине за 2000 – 2003 годы [5, 6, 7] свидетельствуют о росте инвалидизации. Так, показатель первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста в 2000 и 2003 годах составил соответственно 1,8 и 2,1 случаев на 10 000 населения, а ежегодный прирост первичной инвалидности колебался от +5,6 до +5,0%. Количество первично признанных инвалидами среди взрослого населения по Украине составило в 2000 и 2003 годах соответственно 5738 и 6718, среди трудоспособного населения – 5012 и 6022 человек.

Официальная медицинская статистика накопленной инвалидности при вертеброгенных заболеваниях в настоящее время отсутствует. Доля накопленной инвалидности вследствие неврологических осложнений ОХ в структуре всей накопленной инвалидности за 1998-2000 годы по г.Днепропетровску составила 5,4%, 9,4% и 7,9% [8].

Прямые и опосредованные затраты обусловленные вертеброгенной патологией весьма значительны. Так, ежегодный экономический ущерб в результате боли в поясничном отделе позвоночника в США составил 19 млрд. долл., включая затраты на диагностику, лечение и компенсацию нетрудоспособности работающим [9]. Аналогичных отечественных исследований не проводилось.

Цель исследования: исследовать взаимосвязи степени выраженности клинических синдромов ОХ, количественных характеристик нарушений по балльным оценочным шкалам и степени ограничения основных видов жизнедеятельности у больных с неврологическими осложнениями остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материал и методы исследования

В клинике института обследованы 160 больных с неврологическими осложнениями томографически верифицированного ОХ. Оценивался неврологический статус с выделением ведущих клинических симптомов (рефлекторные синдромы – 30 больных, корешковые – у 97, корешково-сосудистые – 33 пациента) и их унифицированной градацией, всем больным проведена функциональная спондилография.

Для определения нарушений жизнедеятельности по степени выраженности за основу нами были взяты «Инструкция об установлении групп инвалидности» [10]. Для оценки вида и степени выраженности ограничения жизнедеятельности применяли также «Международную классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» [11]. Согласно вышеизложенного номенклатура ограничения жизнедеятельности включает следующие аспекты: способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контролю за своим поведением, способность к обучению и труду [10,11], каждый из них имеет четыре степени выраженности. Определение стойкого ограничения жизнедеятельности (групп инвалидности) основывается на качественных и количественных характеристиках указанных аспектов. Под ограничением жизнедеятельности следует понимать отклонение от

нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучением и трудовой деятельностью [12]. При патологии позвоночника преимущественно страдают самообслуживание, передвижение и возможность трудовой деятельности. Последний аспект во многом зависит от профессии и класса выполняемого труда и на степень его нарушений влияют первые два аспекта. Ввиду этого нами исследовались аспекты «ограничение способности осуществлять самообслуживание и передвижение».

Степень нарушения жизнедеятельности вследствие вертеброгенной патологии устанавливали по данным опросника Освестри (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire) [13], модифицированного индекса нарушения физического состояния Ваделля (Waddell Disability Index) [14], опросника о характере боли Мак-Гилла (McGill pain questionnaire) [15], с применением визуальной аналоговой шкалы оценки боли/ВАШ (visual analog scale/VAS) [15]. Данная система шкал балльной оценки состояния пациентов с исследуемой патологией использовалась в клинических исследованиях, проводившихся в нашей клинике [16].

Результаты исследования и их обсуждение

При комплексной оценке полученных количественных характеристик исследуемых показателей различные виды ограничения жизнедеятельности выявлены у 98,1% больных. Среди них у 93,7% пациентов наблюдалось ограничение способности к самостоятельному передвижению, у 87,5% отмечалось ограничение способности к самообслуживанию.

Ограничение способности к передвижению. I степень зафиксирована у 33,7% пациентов, (легкое- нарушение передвижения, сохранная возможность передвижения на большие расстояния с небольшим изменением походки, необходимостью замедления темпа ходьбы, использованием простых вспомогательных средств). Балльная количественная оценка соответствовала: опросник Освестри (11,4±1,6%), индекса Ваделля (15,7±2,8%), опросника Мак-Гилл (8,7±0,4 балла), данных ВАШ (17,0±9,7 балла). В клинических группах I степень ограничения передвижения

встречалась: в группе рефлекторных синдромов у 53,3% больных, корешковых – у 15,5%, корешково-сосудистых - у 6,1% пациентов.

2 степень зафиксирована у 56,8% пациентов (умеренное нарушение передвижения, ограничение расстояния передвижения от 1 до 1,5 км. при медленном темпе ходьбы, явном изменении походки, необходимости использования более сложных вспомогательных средств (функциональные виды протезов, ортезов), пользование транспортом возможно без посторонней помощи, но затруднено). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (35,7±7,4%), индекса Ваделля (19,5±2,5%), опросника Мак-Гилл (9,2±1,4 балла), данных ВАШ (39,5±8,5 баллов). В клинических группах 2 степень ограничения передвижения встречалась: среди больных с рефлекторными синдромами - 43,3% больных, корешковыми синдромами – 61,8%, корешково-сосудистыми синдромами - 9,1% пациентов.

3 степень зафиксирована у 9,4% больных (значительное ограничение мобильности, передвижение ограничено расстоянием до 0,5 км., резко изменена походка и темп ходьбы, необходимо использование сложных вспомогательных средств (костыли, ходунки, кресла-коляски), невозможно пользование общественным транспортом без посторонней помощи). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (62,7±9,2%), индекса Ваделля (35,4±7,1%), опросника Мак-Гилл (29,3±5,6 баллов), данных ВАШ (62,4±6,8 баллов). В клинических группах 3 степень ограничения передвижения встречалась: группа рефлекторных синдромов 3,0%, группа корешковых синдромов – 22,7%, в группе корешково-сосудистых синдромов - у 84,8% пациентов.

4 степень ограничения передвижения у исследуемых больных не встречалась (полная утрата мобильности и резкое ограничение передвижения, при котором передвижение ограничено пределами жилья, кресла или постели).

Ограничение самообслуживания:

1 степень наблюдалась у 28,7% пациентов (легкая физическая зависимость, необходимость в небольшой, непостоянной и нерегулярной помощи других лиц (генеральная уборка, крупная стирка, ремонт и т.д.). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (12,5±1,4%), индекс Ваделля (14,7±2,4%), опросник Мак-Гилл (7,6±2,0 баллов), данных ВАШ (18,7±4,6 баллов). В клинических группах 1 степень ограничения самообслуживания встречалась: в группе рефлекторных синдромов – у 50,0% пациентов, в группе корешковых синдромов – 22,7%, в группе корешково-сосудистых синдромов - у 6,1% пациентов.

2 степень зарегистрирована у 56,9% пациентов (умеренная физическая зависимость, существует необходимость эпизодической помощи других лиц в осуществлении одной или нескольких регулируемых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных нужд (помощь при вхождении и выходе из ванны и т.д.). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (34,2±6,5%), индекс Ваделля (19,5±3,5%), опросник Мак-Гилл (9,7±1,5 баллов), данных ВАШ (39,5±4,5 баллов). В клинических группах 2 степень ограничения самообслуживания встречалась: среди рефлекторных синдромов – у 46,6%, в группе корешковых синдромов – 46,4%, в группе корешково-сосудистых синдромов - у 9,3% пациентов.

3 степень- у 14,4% пациентов (значительное ограничение физической независимости, необходимость систематической помощи других лиц хотя бы 1 раз в сутки (покупка продуктов, приготовление пищи, пользование домашней утварью). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (54,2±8,6%), индекс Ваделля (36,4±1,5%), опросник Мак-Гилл (26,7±4,5 баллов), данных ВАШ (62,4±2,7 баллов). В клинических группах 3 степень ограничения передвижения встречалась: в группе рефлекторных синдромов - 3,4% случаев, в группе корешковых – 30,9%, в группе корешково-сосудистых синдромов - у 84,8% пациентов.

4 степень – резко выраженное или полное нарушение физической зависимости (необходимость помощи других лиц в удовлетворении нерегулируемых потребностей через короткие интервалы или постоянно) в наблюдаемых группах не встречалась.

Согласно полученных данных медицинскими показаниями для установления стойкого ограничения жизнедеятельности, соответствующего III группе инвалидности, являются умеренно выраженное ограничение передвижения, умеренно выраженное ограничение самообслуживания вследствие наличия умеренно выраженных рефлекторного и корешкового синдромов, что проявляется оценочными показателями балльных шкал: ВАШ (40 - 60 баллов), шкалы Ваделля (25 - 34%), опросника Мак Гилла (15 - 24 баллов). При этом балл по опроснику Освестри составляет от 40 до 60. При установлении II группы инвалидности необходимо наличие у больного выраженных органичений передвижения и самообслуживания, выраженных рефлекторного, корешкового и корешково-сосудистого синдромов, что проявляется оценочными показателями балльных шкал: ВАШ (60 – 80 баллов), шкалы Ваделля (35 - 37%), опросника Мак Гилла (25 - 34 балла). При этом балл по опроснику Освестри составляет от 60 до 80. В проведенном исследовании отсутствовали пациенты со степенью выраженности ограничений жизнедеятельности, являвшейся основанием для установления I группы инвалидности.

Таким образом, установлена взаимосвязь степени выраженности ограничения жизнедеятельности и показателей балльных шкал. На степень ограничения самообслуживания в большей степени влияет выраженность болевого синдрома, которая количественно оценивается шкалами ВАШ, Ваделль, МакГилла. Полученные данные

прямо коррелирують с проявленнями клінічних синдромів (рефлекторних, корешкових, судистих).

Шкала Освестри дає можливість комплекс-

ной кількісної оцінки як обмеження передвиження, так і самообслуговування, основуючись не тільки на болевих, но і на двигательних порушеннях.

О.М. Мороз

ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА, ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Неврологічні ускладнення остеохондрозу (ОХ) попереково-крижового відділу хребта незважаючи на активне впровадження сучасних технологій продовжують представляти значну медико-соціальну проблему, приводячи до росту інвалідизації населення України. Мета роботи: дослідження взаємозв'язку ступеня вираженості клінічних синдромів, кількісних характеристик порушень за бальними шкалами та ступеня обмеження основних видів життєдіяльності в цих хворих. Проведене комплексне обстеження 160 хворих з томографічно верифікованим ОХ. Оцінювалися наступні обмеження життєдіяльності - здатність до пересування і самообслуговування згідно бальних шкал - опросник Освестри, індекс порушення фізичного стану Ваделля, опросник про характер болю Мак-Гілла, візуальна аналогова шкала (ВАШ) оцінки болю. Встановлено взаємозв'язок ступеня вираженості обмеження життєдіяльності та показників бальних шкал. На ступінь обмеження самообслуговування в більшому ступені впливає стан більового синдрому, що кількісно оцінюється шкалами ВАШ, Ваделля, Мак-Гілла. Отримані дані прямо корелюють із проявами клінічних синдромів (рефлекторних, корішевих, судинних). Шкала Освестри дає можливість комплексної кількісної оцінки як обмеження пересування, так і самообслуговування, ґрунтуючись не тільки на болевих, але і на рухових порушеннях. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.14-17)

E.N. Moroz

HABITABILITY LIMITATIONS IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL COMPLICATIONS OF LUMBAR DISK PATHOLOGY AS QUALITY OF LIFE AFFECTION INTEGRAL PARAMETER

The Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability

Neurological complications of lumbar disk pathology (LDP) despite of active intrusion of modern diagnostic and medical technologies are still introduce a considerable medical and social problem, resulting to growth of invalid's population in Ukraine. The aim of the work is to investigate intercommunication of clinical syndromes' manifestation, quantitative characteristics of grading scale's data and limitations of main habitability types for LDP patients. For this purpose we conduct complex examination of 160 patients with tomographically verified LDP. The following aspects of habitability limitations were evaluated - ability to move and self-assistance. Used grading scales - Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, Waddell Disability Index, McGill Pain Questionnaire, visual analogue scale (VAS). The intercommunication of a degree of expressiveness of habitability limitation and parameters of grading scales was established. The degree of limitation of self-assistance was influenced by an expressiveness of a pain, quantitatively estimated by VAS, Waddell, McGill scales. The obtained data directly correlate with expression of clinical syndromes. The Oswestry scale enables integrated quantitative assessment both limitation of ability to move and self-assistance, based both on pain and movement disturbance. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.14-17)

Литература

1. Вознесенская Т.Г. Боли в спине и конечностях. / В кн.: Болевые синдромы в неврологической практике. А.М. Вейн и др. 1999 Москва, с.217-284.
2. Григорьева В.Н., Густов А.В. Психологическая характеристика больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1997 - Т.97(3). - С.12-16.
3. Salek M.S., Luscombe D.K. Health-related quality of life: a review. // J. Drag Dev. - 1992. - Vol.5(3). - P.37-153.
4. Рой І.В., Зинченко В.В., Твардовская С.П. Досвід лікування хворих на остеохондроз хребта. // Журн. практичного лікаря. - 2002. - №5. - С.65-68.
5. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. і др. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2000 рік. Аналітико-інформаційний довідник. Пороги: Дніпропетровськ, 2001, 93с.
6. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. і др. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2001 рік. Аналітико-інформаційний довідник. Пороги: Дніпропетровськ, 2002, 95с.
7. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2002 рік. Аналітико-інформаційний довідник. Пороги: Дніпропетровськ, 2003. - 95с.
8. Удосконалити медико-соціальну експертизу та реабілітацію хворих з неврологічними ускладненнями остеохондроза хребта і розробити для них основні принципи побудови індивідуальних реабілітаційних програм: Отчет о НИР. Укр. гос. НИИ медико-социальных

проблем инвалидности. -ВН 69 ИИ.01; Днепр. - 2004. - 135с.

9. Wanek V., Brenner H., Novak P., Reime B. Back pain in industry: prevalence, correlation with work conditions and requests for reassignment by employees. // - Gesundheitswesen. - 1998. - Vol.60 (8-9). - P.513-522.

10. Інструкція про встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 07.04.2004. №183.

11. Коробов М.В., Шостка Г.Д., Ряснянский В.Ю. и др. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Матер. VI Рос. национ. конгресса. Человек и его здоровье, С.-Петербург, 2001. С. 216.

12. Іпатов А.В., Сергієні Е.В., Маруніч В.В., Науменко Ю.Л., Войтчак Т.Г. Методика складання індивідуальної програми медичної реабілітації інвалідів, управління процесом її реалізації і контролю. Дніпропетровськ, 2003. - 107 с.

13. Fairbank J.C., Mbaot J.C., Davies J.B., O'Brien J.P. The Oswestry low back pain disability questionnaire. // Psysiotherapy. - 1980. - Vol. 66(8). - P.271-273.

14. Waddell G., Main C.J. Assessment of severity of low back disorders. Acta Orthop. Belg. - 1997. - Vol. 53(2). - P.269-271

15. Карих Т.Д. Рандомизированное исследование сравнительной эффективности комплексов у больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. / В кн.: Периферическая нервная система. Вып. 13. Минск. 1990 - С.234-237.

16. Голик В.А., Машенко Ю.И., Мороз Е.Н. Мовалис в лечении хронических пояснично-крестцовых болевых синдромов. // Український медичн. часопис. - 2004. - Т.2(40). - С.61-64.

Поступила в редакцию 9.06.2004

УДК 616.85-022

*Н.П. Волошина, О.В. Егоркина, В.В. Веселовский***ИНФЕКЦИОННЫЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЕ
ПОЛИНЕВРОПАТИИ ИМИТИРУЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКУЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ
ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩУЮ ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЮ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: суставной симптомокомплекс, хроническая демиелинизирующая полирадикулоневропатия, болезнь Лайма, электромиография

Полиневропатии (полиневриты), полирадикулоневропатии (полирадикулоневриты) - множественное поражение периферических нервов, проявляющееся сенсорными или моторными расстройствами или их сочетанием в виде нарушений чувствительности, трофических и вегетативно-сосудистых расстройств, периферических парезов и параличей преимущественно в дистальных отделах конечностей. В основе патогенеза полиневритов лежат факторы, приводящие к развитию изменений соединительнотканного интерстиция, миелиновой оболочки, осевого цилиндра. Если наряду с периферическими нервами в дистрофический процесс вовлекаются и корешки спинного мозга, то такое заболевание называют полирадикулоневропатией. Основными причинами полиневропатией являются интоксикации, вирусные и бактериальные инфекции, коллагенозы, авитаминоз, злокачественные новообразования, заболевания внутренних органов, эндокринных желез, генетические ферментные дефекты. Исходя из этого, полиневропатии относятся к собирательному термину. Полиневропатии нуждаются в первую очередь в проведении патогенетической и симптоматической терапии, а если удастся выяснить этиологию, то и этиотропной. С учетом этого от врача требуются быстрые и решительные действия, что вызывает существенные трудности. Вот почему мы предлагаем построить диагностический алгоритм, выстроенный нами в период дифференциальной диагностики на примере больного Б.

Больной Б. 20 лет, поступил в институт НПН АМН Украины (выписка из истории болезни № 227).

Жалобы: на момент осмотра больной предъявляет жалобы на слабость в верхних и нижних конечностях, с акцентом на слабость в дистальных отделах рук и ног (кисти и стопы),

на атрофию мышц в дистальных отделах, нарастающую слабость при активных движениях, нарушение мелкой моторики с акцентом в правой руке, мигрирующие боли в костях и мышцах, слабость в них, на общую быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, ограничение подвижности позвоночного столба, скованность при выполнении активных движений, неприятные ощущения и боли в области сердца, сердцебиение, одышку, головокружение.

Анамнез болезни и жизни: Вышеуказанные жалобы, а именно слабость в правой руке, появились летом 2002 г., их появление связывает с увеличением физической и эмоциональной нагрузок. На протяжении всего этого периода за медицинской помощью не обращался, несмотря на нарастание неврологической симптоматики (испытывал выраженную слабость в конечностях, их онемение, похудение и потливость). В ноябре 2002 г. был госпитализирован в Республиканскую клиническую больницу г. Астана, где был установлен диагноз: Хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия, прогрессирующее течение. По поводу чего получал лечение: 1) кортикостероиды по схеме (1,5 мг/кг/сут.) с постепенным снижением дозы; 2) плазмафорез, так как лечение было мало эффективно были назначены иммуносупрессоры (циклофосфамид); 3) иммуноглобулины (курсовая доза 2 г/кг в течение 5 дней). На фоне лечения частично восстановилась сила в мышцах верхних и нижних конечностях. Спустя 6 мес. у больного возобновились вышеуказанные жалобы, был повторно госпитализирован в Республиканскую клиническую больницу г. Астана с тем же диагнозом, где прошел повторный курс лечения в виде иммуностабилизирующей терапии. Несмотря на проведенное лечение, у больного от-

мечаются рецидивы с короткими периодами ремиссии. Больному проведена ЭМГ – диагностика и было выявлено: сегментарная демиелинизация, так как СРВ (скорость проведения импульса по нервам) снижена в гораздо большей степени (до 60 % от нормы), увеличено латентное время ответа в дистальной точке, выявлена блокада проводимости по нерву. У больного определяется падение амплитуды вызванного потенциала действия (ВПД) мышцы при стимуляции срединного нерва, имеется аксонопатия, так как амплитуда ВПД снижена, что говорит в пользу дегенерации осевых цилиндров нервных волокон.

Также обращает внимание некоторая асимметричность поражения периферических нервов. При локальной ЭМГ выявлена спонтанная активность в виде единичных потенциалов фибрилляций (ПФ) и фасцикуляций, что позволяет говорить о заинтересованности периферических мотонейронов.

В связи с развитием и учащением рецидивов, укорочением периодов ремиссии, хроническое течение приобретает более устойчивый характер, больному была рекомендована консультация, обследование и лечение в профильных медицинских учреждениях. На момент госпитализации в ИНПН АМН Украины у больного отмечался повторный рецидив за 2003 г. вышеуказанного заболевания.

Перенесенные заболевания: в 6 лет ЧМТ с признаками сотрясения головного мозга. В 6 лет – был укус хомяка, была проведена профилактическая вакцинация против бешенства. В 1-летнем возрасте – отмечались сильные головные боли с явлениями менингизма (светобоязнь, повышенная чувствительность к звуковым и световым раздражителям, болезненность при движении глазных яблок), по поводу чего обращался за медицинской помощью. Жалобы и имеющая неврологическая симптоматика были расценены как последствия ЧМТ. В этот период обращал внимание на ограничение подвижности в суставах с акцентом в локтевых, плечевых и коленных, на скованность и ограничение подвижности в позвоночнике.

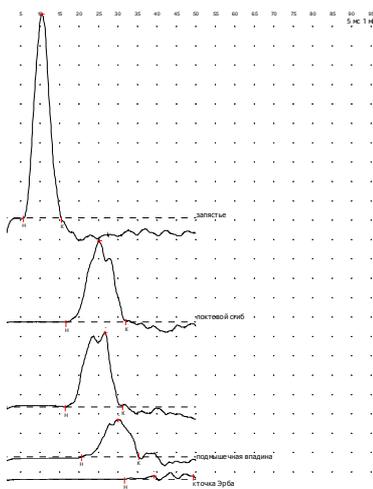
Соматический статус: Телосложение ближе к нормостеническому. Кожные покровы — выявлены атрофические изменения кожи в виде синюшно-красных очагов на коже дорзальных поверхностей конечностей и на туловище. Лимфо-узлы не пальпируются. Суставы не отечные, но отмечается ограничение подвижности в преимущественно крупных суставах (коленные,

плечевые, локтевые) резко ограничена подвижность позвоночника, угол наклона вперед 60%. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, АД 120/80 мм рт. ст. болезнь Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме. Реакция зрачков на свет сохранена. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Боли в области лица, болезненности в тригеминальных точках не выявлено. Чувствительность в зоне иннервации тройничного нерва сохранена. Корнеальный рефлекс сохранен. Сила жевательных мышц сохранена. Асимметрии лица не выявлено: носогубные складки и углы рта симметричны. Нахмуривание бровей, оскал зубов, надувание щек – сохранены. Надбровные рефлексы положительные. Язык по средней линии фасцикуляции, фибрилляции и атрофии языка отсутствуют. Глоточный рефлекс сохранен. Отмечается диффузно-умеренная гипотония мышц в верхних и нижних конечностях. В зонах иннервации пораженных нервов наблюдается атрофия мышц, имеются фибрилляции и фасцикуляции в мышцах верхнего плечевого пояса. Резко изменен объем движений в крупных суставах (локтевых, плечевых и коленных). Отмечается синдром «замороженного» верхнего плечевого пояса. Мышечная сила диффузно снижена до 3-4 баллов по 5-ти бальной системе. Чувствительность нарушена по полиневритическому типу: парестезии, онемение, боль в дистальных отделах конечностей, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов и мышц, положительные симптомы натяжения. Нарушение температурной, тактильной, мышечно-суставной и вибрационной чувствительности не выявляются. Сухожильные рефлексы с рук – D=S, умеренной живости, с ног торпидные. Патологические стопные рефлексы: Бабинского, Оппенгейма, Россолимо с двух сторон не выявлено. Защитные рефлексы отрицательны. Менингеальная симптоматика отсутствует. Имеются вазомоторные, секреторные и трофические расстройства (акроцианоз, изменения температуры кожи, эритромегалия, артропатии, изменения потоотделения, выраженный гипергидроз кистей и стоп). В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Сознание ясное, больной ориентируется в пространстве и времени.

Электронейромиографическое (ЭНМГ) исследование скорости проведения возбуждения по двигательным волокнам осуществляли по сегментам.

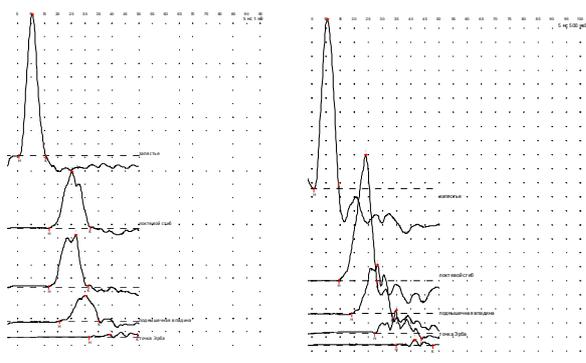
Проба 1. Стимуляционная ЭМГ



1к: d, Abductor pollicis brevis, Medianus

Амплитуда М-ответа при стимуляции в дистальной точке 6,05 мВ (норма 3,5-8 мВ). Резидуальная латентность 3,62 мс (норма 1,75 мс). Скорость на отрезке запястье-локтевой сгиб 35 м/с. Скорость на отрезке подмышечная впадина-точка Эрба 19,5 м/с. Скорость на отрезке запястье-подмышечная впадина 33,6 м/с. Скорость на отрезке запястье-точка Эрба 28,2 м/с. Норма скорости 50-70 м/с.

Проба 2. Стимуляционная ЭМГ



Проба 2

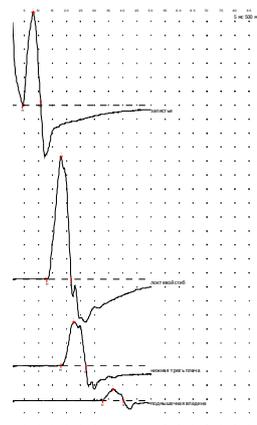
Проба 2 в динамике

1к: d, Lumbricoideus, Ulnaris, c7 C8 T1

Амплитуда М-ответа при стимуляции в дистальной точке 3,34 мВ. Резидуальная латентность 2,28 мс. Скорость на отрезке запястье-локтевой сгиб 34,3 м/с. Скорость на отрезке локтевой сгиб-нижняя треть плеча 29,5 м/с. Скорость

на отрезке нижняя треть плеча-подмышечная впадина 18 м/с.

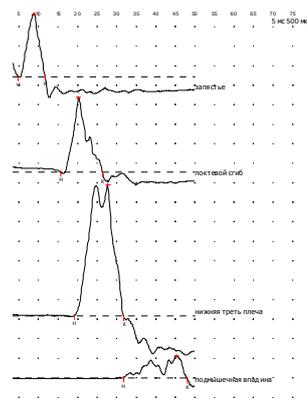
Проба 3. Стимуляционная ЭМГ



1к: s, Abductor pollicis brevis, Medianus, c6-t1

Амплитуда М-ответа при стимуляции в дистальной точке 1,62 мВ (норма 3,5-8 мВ). Резидуальная латентность 2,5 мс (норма 1,75 мс). Скорость на отрезке запястье-локтевой сгиб 29,6 м/с. Скорость на отрезке локтевой сгиб-нижняя треть плеча 34,7 м/с. Скорость на отрезке нижняя треть плеча-подмышечная впадина 20,8 м/с. Норма скорости 50-70 м/с.

Проба 4. Стимуляционная ЭМГ

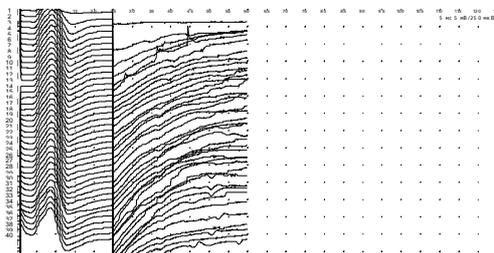


1к: s, Lumbricoideus, Ulnaris, c7 C8 T1

Амплитуда М-ответа при стимуляции в дистальной точке 5,49 мВ. Резидуальная латентность 2,05 мс. Скорость на отрезке запястье-локтевой сгиб 40,4 м/с. Скорость на отрезке локтевой сгиб-нижняя треть плеча 24,5 м/с. Скорость на отрезке нижняя треть плеча-подмышечная впадина 26,9 м/с.

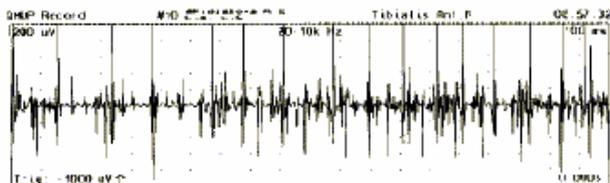
При исследовании F-волны правого и левого локтевого нерва отмечается отсутствие F-волны.

Проба 5. Исследование F-волны правого и левого локтевого нерва



При игольчатой ЭМГ, (получена спонтанная активность при исследовании *m. extensor carpiradialis D* и *S*, *m. deltoideus D* и *S*, *m. soleus D* и *S*, *m. tibialis anterior D* и *S*). Спонтанная активность в виде частых (++++), ритмичных, высокоамплитудных потенциалов фасцикуляций (от 3,2 до 5,4 мВ). Потенциалы двигательных единиц (ПДЕ) с указанных мышц с резко сниженным процентом рекрутирования и полифазией до 40%. В них выявлены денервационные изменения, соответствующие 3А—4-й стадии (по классификации Б. М. Гехта) колебаний 15-25 м/сек;

Проба 6. *m. deltoideus D*



Результаты исследования и их обсуждение

1. Выявленный неврологический дефицит у Б., который проявился двигательными, чувствительными расстройствами и нарушениями со стороны вегетативной нервной системы, можно определить как периферический тетрапарез с определенной асимметричностью в распределении указанных изменений.

2. Течение заболевания имеет рецидивирующее течение с периодами ремиссии разной продолжительности.

3. Учитывая данные ЭНМГ, которая обеспечивает раннюю диагностику различных форм полиневропатий, в том числе и с затяжным течением, с высокой степенью точности можно не только поставить топический диагноз, но и проследить эффективность назначаемой терапии сегментарной демиелинизации периферических нервов. Определяемое падение амплитуды вызванного потенциала действия (ВПД) мышцы – позволяет определить аксонопатию, с наличием множественных блоков проведения, на фоне диффузного переднеронового поражения спинного мозга.

Заключение: сегментарная демиелинизация периферических нервов с множественными блоками проведения возбуждения, вторичной аксонопатией, на фоне диффузного переднеронового поражения спинного мозга, наиболее выраженная на шейном уровне.

Рентгенологическая картина: R-шейного отдела позвоночника 20/01-04г. № 88 Определяется: Нестабильность С4-С5 (слабо выраженная). R-грудного отдела позвоночника 20/01-04г. № 88. Определяются: начальные признаки остеохондроза ниже-грудного отдела позвоночника, сужение межпозвоночной суставной щели на фоне правостороннего сколиоза, субхондральный остеосклероз. Биохимические исследования на соединительную ткань (кровь и моча): хондроитинсульфаты 0,125 (до 0,100), щелочная фосфатаза 9,0 (2-5), фосфор 1,20 (1,0-1,95), креатинин 0,2, креатинин 12, сод.гликозаминогликан сульфатов (ГАГС): общие 10,1 (11,1-13,1), 1фр. 7,1 (5,4-6,3), 2фр. 2,1 (3,5-4,3), 3фр. 1,0 (2,5-3,1). оксипролин 74мг/сут, урновые кислоты 8,3мг/сут.

МРТ- исследование головного мозга 22/01-04г. 3-е: Признаки умеренно выраженной гидроцефалии. УЗИ сердца 22/01-04г. Пролапс митрального клапана I ст.

Следует отметить, что вопрос о первичности или вторичности повреждения миелина или аксона в ряде случаев остается спорным.

В настоящее время наиболее адекватным подходом к классификации полиневропатий (ПНП) является разделение различных форм ПНП по патофизиологическому принципу, т.е. по принципу оценки механизмов развития ПНП и степени преимущественного поражения различных структур периферического нерва, миелиновой оболочки или осевого цилиндра (Б.М.Гехт и соавт., 1993 [2]). В соответствии с этим ПНП разделяют на две основные группы — аксональные и демиелинизирующие ПНП. В последнее время по данным ведущих нейрофизиологов, и по нашим наблюдениям, можно включить третью группу разделения ПНП – смешанные ПНП, когда одновременно идет поражение и аксона и миелина. Порой сложно определить, что первично, что идет как следствие. Если говорить о механизмах нейрофизиологических и патогенетических нарушений, со-

пряженных с демиелинизацией, то они неспецифичны, и в связи с этим их клинические проявления также нередко не имеют специфики, способ-

ствующей установлению причины демиелинизации. Для облегчения дифференциальной диагностики представим их в таком виде (Табл. 1).

Таблица 1

Демиелинизирующие заболевания периферической нервной системы

Миелинопатии (дисмиелиновые болезни – следствие генетически детерминированного дефекта в формировании миелина)	Миелиноклазии (миелодистрофии как следствие разрушения уже сформировавшегося миелина)
Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута, гипертрофический неврит Дежерина –Сотта, болезнь Рефсума	1-я подгруппа (идиопатические) полиневропатии: Гийне-Барре, хронически-демиелинизирующие сенсомоторные полиневропатии, полиневропатии при болезни Ходжкина; 2-я подгруппа (инфекционно-токсические метаболические полиневропатии): ВИЧ-инфицированные, дифтерийные и др. а также на фоне системных заболеваний соединительной ткани, при некоторых травматических повреждениях ПНС (краш-синдром)

Большую группу больных с ПНП составляют пациенты с аутоиммунными нарушениями, а также с

ПНП, возникающими вторично на фоне других аутоиммунных заболеваний, которые представлены в табл. 2.

Таблица 2

Приобретенные иммуноопосредованные полиневропатии

Острая воспалительная полиневропатия, синдром Гийен-Барре	Хроническая воспалительная полиневропатия-ХВП
ОВДП (острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия)	ХВДП (хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия)
ОМАП (острая моторно аксональная полиневропатия)	ХМФН ММН (Хроническая мультифокальная невропатия, синдром Льюиса-Самнера или множественная моторная невропатия)
ОМСАП (острая моторносенсорная аксональная полиневропатия)	ХВДП+миастеноподобный синдром
Краниальная полиневропатия (гибель ствола) с вовлечением ЦНС	ХМАП (хроническая моторно аксональная полиневропатия)
Синдром Фишера	ХИАП (хроническая идеопатическая аксональная полиневропатия)
ПКС (полиневропатия критических состояний)	ХПДП+ЦНС (хроническая периферическая демиелинизирующая полиневропатия+центральная нервная система) Примечание: прежний D.S.: энцефаломиелополирадикулоневропатия - не определяет суть процесса.
	Синдром Фишера

С учетом выстроенного нами алгоритма, в разделе обсуждения Б. (второй и третий пункт) и данных, предоставленных из выписки Республиканской клинической больницы г. Астана, где был установлен диагноз: «Хроническая воспалительная демие-

линизирующая полирадикулоневропатия, прогрессирующее течение», предоставляем диагностические критерии, характерные для ХВДП в табл. 3, а также перечень заболеваний которые могут проявиться ХВДП (Табл.4 и Табл. 5).

Диагностические критерии ХВДП

Клинические	Электрофизиологические
<p>1-прогрессирующая или рецидивирующая на протяжении 2-х мес. периферическая моторная и сенсорная полиневропатия.</p> <p>2. Начало заболевания с дисфункции периферических нервов, приводящей к гипорефлексии или арефлексии, сенсорным и вегетативным нарушениям.</p>	<p>ЭНМГ- снижение скорости проведения (более чем на 70%) по 2-м и более нервам. Латентность М-ответов удлинится до 140, 104,7 и 75% при тестировании срединного, малоберцового и большеберцового нервов соответственно, что отражает нарушение проводимости на самых дистальных участках нервов, средние значения латентности F-волны значительно превышают верхние границы нормы или F-ответ может отсутствовать.</p> <p>Снижена скорость сенсорного проведения или отсутствует сенсорный ответ в одном или более нервов. При игольчатой ЭМГ-потенциалы фибрилляций и положительные острые волны.</p>

Таблица 4

Заболевания, которые могут проявляться хронической демиелинизирующей моторной полиневропатией

Наследственные заболевания	Приобретенные заболевания
Метахроматическая лейкодистрофия	Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
Болезнь Рефмуса (НМСНIV типа)	Мультифокальная моторная невропатия с блоками проведения
Наследственно мотосенсорная невропатия (НМСН I типа)	ВИЧ-инфекция
Болезнь Дежерины-Сотта (НМСН III типа)	Лаймовская болезнь
	Парапротеинемическая полиневропатия
	Токсическая полиневропатия

Таблица 5

Дифференциальная диагностика ХВДП и ММН

	Клиника	Параклинические показатели
ММН ХМФН	Характеризуются асимметричной слабостью в конечностях, отсутствием чувствительных нарушений	Наличие блоков проведения возбуждения вне типичных зон компрессии нервов
ХВДП	Характеризуются симметричной слабостью в конечностях, с наличием чувствительных нарушений и у определенной группы с вовлечением ЦНС с возникновением неврологических симптомов, могут быть перивентрикулярные очаги	Типичный демиелинизирующий характер поражения с блоками проведения

Причиной указанного синдрома в данной возрастной группе могут быть различные наследственные и приобретенные заболевания. Ряд наследственных полиневропатий можно исключить, основываясь уже на клинической картине заболевания. Так, при метахроматической лейкодистрофии наряду с периферической нервной системой страдает и головной мозг, что прояв-

ляется деменцией, слепотой, эпилептическими припадками. Для болезни Рефсума характерны: мозжечковая атаксия, нейросенсорная тугоухость, пигментный ретинит, ихтиоз. Болезнь Дежерины— Сотта обычно дебютирует до 10 лет и характеризуется гораздо более низкой скоростью проведения по двигательным волокнам (ниже 10 мм/с). Поэтому наиболее адекватным

методом дифференциальной диагностики заболеваний периферической нервной системы является комплексная электромиография (ЭМГ). Она включает в себя стимуляционную ЭМГ (ЭНМГ) и тем самым дает возможность определить скорость проведения нервного импульса по двигательным и чувствительным волокнам, определить уровень поражения периферического двигательного мотонейрона путем исследования Н-волны и F-ответов. Игольчатой ЭМГ, которая дает информацию нейропатии, удается зарегистрировать потенциалы фибрилляций (ПФ) на самых ранних стадиях, спонтанные потенциалы целой двигательной единицы (ПДЕ), в условиях покоя мышцы их называют фасцикуляциями, оценивается длительность ПДЕ, стадия денервационного ренервационного процесса (Гехт Б.М. и соавт.) [1,2].

Существуют симптоматические полиневро-

патии, демиелинизирующие с вторичными аксонопатиями и с вовлечением мотонейронов спинного мозга, причем значительное изменение электрической активности паретичных мышц характерно для переднероговых процессов, и нарушением регулирующего влияния надсегментарных образований (наиболее выражены на шейном или поясничном уровне). Они клинически проявляются двигательными нарушениями, амиотрофическим синдромом, вегетативно-трофическим на фоне доминирующей инфекционной (вирусной) патологии, различной степени выраженности с соматическими изменениями в первую очередь в виде нарушения функции суставов и опорно-двигательного аппарата и различных видов кардиопатий. Такой обширный раздел мы назвали атональные полиневропатии и даем им краткую характеристику [3] в табл. 6.

Таблица 6

Атональные полиневропатии

Формы	Патологические процессы	Морфологическое поражение периферических нервов
острая	при порфирии или тяжелой интоксикации; мышьяк (гербицид, инсектицид), крушина (ядовитая ягода), дисульфид углерода (промышленный), гамма-дикетон гексакарбон (растворители), неорганический свинец, органические фосфаты, таллий (крысиный яд), пиридоксин (витамин).	сенсорная, сенсорно-моторная, аксональная или демиелинизирующая невропатии
подострая	токсическое воздействие, сопутствующее системное заболевание: - сахарный диабет, уремия, порфирия (три типа), гипогликемия, недостаточность витаминов (В ₁₂ , фолат, тиамин, пиридоксин, пантотеновая кислота), хронические заболевания печени, первичный билиарный цирроз, первичный системный амило-идоз, гипотиреоз, ХОБЛ, акромегалия, мальабсорбция (спру, глютеночувствительная целиакия), карцинома или алкоголизм	

Оценивая соматический статус у больного Б. можно сделать вывод о доминировании суставного синдрома в виде нарушения функции суставов и опорно-двигательного аппарата (причем указанный синдром был впервые выявлен в нашей клинике, больной расценивал это как вариант его развития, так как это беспокоило его на протяжении многих лет).

В настоящее время считают, что суставной симптомокомплекс имеет этиологическую многофакторность и число заболеваний, при которых может встречаться суставной синдром в различных проявлениях, чрезвычайно велико (до

200 заболеваний и синдромов). В одних случаях поражение суставов является одним из проявлений некоторых заболеваний, маскируя их и затрудняя диагностику.

Мы продолжаем выстраивать диагностический алгоритм суставного симптомокомплекса, сочетающегося с полиневритическим синдромом. В первую очередь речь идет о суставном синдроме инфекционной этиологии как наиболее часто встречающейся. Для этой цели патологию суставов условно разделили на острые и хронические артриты. Провести оценку течения и темпов развития суставного синдрома. Выя-

вить симметричность процесса и число пораженных суставов. Благодаря выстроенному алгоритму круг диагностического поиска сужается. У нашего больного имеется хроническое воспалительное заболевание суставов с характерным симметричным поражением и одним из вариантов симптоматической демиелинизирующей полиневропатии, о чем и свидетельствуют неспецифические признаки лабораторных и параклинических показателей У больного Б. острофазовые сдвиги не наблюдались при обострении (лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение фибриногена, сиаловой кислоты, диспротеинемия, увеличение циркулирующих иммунных комплексов в крови). Больной, житель Казахстана, г. Астана, по географическому расположению является территорией эндемичной по болезни Лайма. У больного Б. исследована кровь на *B. burgdorferi* s методом ПЦР- диагностики от 22/01-04г. Выявлен *Borrelia burgdorferi*.

Диагностика вышеуказанной патологии затруднительна при хронических формах, а также отсутствии в анамнезе острого манифестного течения болезни Лайма (так как утрачивается связь болезни с укусом иксодовых клещей), включая отсутствие эритемы (которая наблюдается у большинства больных - до 70%).

Общепринятой унифицированной клинической классификации болезни Лайма в настоящее время не существует как на Украине, так и в других странах. При боррелиозе можно выделить различные клинические стадии, которые могут перекрывать друг друга. Совсем не обязательно, чтобы заболевание проходило через каждую стадию. Вариантов реализации инфекционного процесса Лайм-боррелиоз множество. Впервые может манифестировать и, спустя несколько месяцев и даже лет после инфицирования, когда наблюдаются клинические проявления и закономерности, характерные уже для хронической инфекции. Неврологические проявления боррелиоза Лайма обозначаются как нейроборрелиоз Лайма. Перечислим основные поражения нервной системы при Лайм-Боррелиозе:

- Менингоорадикулоневрит.(синдром Garin-Bujadoux-Bannwarth).
- Сочетанный спинальный и краниальный менингоорадикулоневрит.
- Краниальный менингоорадикулоневрит.
- Менингомиелит (орадикулоневрит).
- Менингит.
- Менингоэнцефалит (орадикулоневрит).
- Цереброваскулярный нейроборрелиоз.

- Прогрессирующий энцефаломиелит.
- Энцефалопатия.
- Острый и хронический невриты, миозит.

Стадии 1 и 2 можно рассматривать как раннюю фазу инфекционного процесса, в то время как стадия 3 представляет собой его позднюю фазу.

Для болезни Лайма (иксодового клещевого Боррелиоза) поражения опорно-двигательного аппарата, нервной системы, по классификации A.Steere, характерны только для второй и третьей стадий заболевания. С учетом выстроенного нами алгоритма мы пришли к заключительному этапу.

У больного Б. болезнь Лайма (нейроборрелиоз), третья стадия, рецидивирующее течение с преимущественным поражением суставов с хронической демиелинизирующей симптоматической мультифокальной полиневропатией и вторичной аксонопатией и частичной денервацией. В настоящее время о достоверности диагноза инфекционного генеза можно говорить после исследования биологического материала в вирусологической и бактериологических лабораториях. Пациенту было назначено этиотропное лечение согласно схеме, также проводили коррекцию иммунного ответа и в сочетании с симптоматическими средствами, как правило, после ремиссии развиваются рецидивы артрита, что и наблюдалось у больного. Рецидивов может быть несколько и тогда боррелиоз приобретает затяжное или хроническое течение.

Представленный алгоритм диагностического поиска позднего периода болезни Лайма характеризуется выраженным клиническим полиморфизмом. Ведущими симптомами считают, кроме поражения суставов и опорно-двигательного синдрома, своеобразные поражения нервной системы наличие хронической демиелинизирующей симптоматической полиневропатии с мультифокальными блоками.

Таким образом, для точной диагностики ПНП на ранних стадиях болезни недостаточно только клинических данных, так же как инструментальные и лабораторные тесты не всегда могут обеспечить необходимую точность диагностики; только комплексным исследованием и наблюдением в динамике за больным позволяет решить эту задачу. Благодаря правильной и своевременной диагностике открылась новая эра в лечении больных ПНП, направленная не только на сохранение и продолжение жизни, но и на улучшение ее качества.

ІНФЕКЦІЙНІ СИМПТОМАТИЧНІ МУЛЬТИФОКАЛЬНІ ПОЛІНЕВРОПАТІЇ, ЩО ІМІТУЮТЬ ХРОНІЧНУ ЗАПАЛЬНУ ДЕМІЛІНІЗУЮЧУ ПОЛІРАДІКУЛОНЕВРОПАТІЮ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

Проводиться опис випадку хвороби Лайма і представлений алгоритм діагностичного пошуку пізнього періоду хвороби Лайма, яка характеризується вираженим клінічним поліморфізмом і ведучими в клініці симптомами ураження суглобів, опорно-рухового синдрому у вигляді своєрідних уражень нервової системи, наявність хронічної демілінізуючої симптоматичної поліневропатії, з мультіфокальними блоками. Також особливістю цього захворювання є безерітемна форма, яка вперше маніфестувала через декілька років після інфікування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.18-26)

N.P. Voloshina, O.V. Yegorcina, V.V. Veselovskiy

INFECTIOUS SYMPTOMATIC MULTIFOCAL POLYNEUROPATHIC POLYRADICULONEUROPATHIAS WHICH IMITATE CHRONIC INFLAMMATORY DEMYELINATION

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine

It is conducted descriptions of case of the Lym illness, and the algorithm of diagnostic search of late period of the Lym illness of characterized by the expressed clinical polymorphism, and anchorwomens in a clinic is represented, except for the defeat of joints and oporno-dvygatel'nogo syndrome as original defeats of the nervous system presence of chronic demylynzyruyushey polyneuritis, with multifocal blocks. Also by the feature of this disease bezerytemnaya form which first demonstrated after a few years after the infection. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.18-26)

Література

1. Гехт В.М. Клиническая ЭМГ - характеристика синдромов патологической мышечной утомляемости // Журн. невропатол. и психиатр.-1989.-Т.79, № 11.- С.1503-1510.
2. Гехт Б.М., Никитин С.С., Санадзе А.Г., Самойлов И.И. Терминальная невропатия // Журн. невропатол. и психиатр.-1993.-Т.83, № 11.-С.1611-1624.
3. Гращенко И.И. Межнервные аппараты связи. - Минск, 1948.
4. Перельман Л.Б., Алмазова Е.Г., Касаткина Л.Ф. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. -1979.-Т.79, № 11.-С.1503-1511.
5. Попелянский Я.Ю. К диагностике нервно мышечных (медиаторных) парезов при ботулизме // Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания. - Ташкент: Медицина, 1972. - С.224-227.
6. Попелянский Я.Ю. Заболевания периферической нервной системы // Болезни нервной системы: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1982.
7. Collier J. Peripheral nevritis // Edin. Mod..1. -1932.- Vol.3. (Series 34).-P.671-688.
8. Hausmananjwa-Petrusewicz I. (Гаусманова Петрусенич И.) Мышечные заболевания. - Варшава, 1971.
9. Ketz E., Sonnabend W.O, Hunggerbilller H.J. Guillain - Barre Syndrom bei Clostridium Botulinum // Mettabolische und entziidliche Polinenropathien Berein.-1984.-S. 180-185.
10. Lambert E., Eaton L, Rookc E. Defect of neuromuscular condition associated with malignant neoplasm //Am. J. Physiol. -1956.- Vol.87.-P.612-613.
11. Fischer M. An unusual variant of acute idiopatic polyneuritis // New Engl. Med.-1996.-Vol.255.—P.57-62.

Поступила в редакцию 12.07.2004

Т.В. Острова

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ НЕЙРОСІТЬОВОГО МОДЕЛЮВАННЯ ДЛЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМИ Й ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МОЗКУ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Ключові слова: функціональний стан мозку, нейросітьове моделювання

Електроенцефалографія є одним з основних методів оцінки функції головного мозку. Упровадження комп'ютерних технологій розширило можливості ЕЕГ і полегшило її використання. Однак на сьогоднішній день відсутні методики інтегральної кількісної оцінки ЕЕГ людини при аналізі електричної активності мозку; не розроблені способи кількісної оцінки ступеня порушення ЕЕГ у хворих з тяжкою дисфункцією мозку, не знайдений взаємозв'язок між ступенем порушення непродуктивних форм свідомості і ступенем пору-

шення ЕЕГ; не вивчені реактивні перебудови ЕЕГ, її спектральні і когерентні характеристики, що укладаються в поняття «норма», і в динаміці прогресуючої та регресуючої гострої церебральної недостатності. У пропонуваній роботі ми спробували висвітлити деякі з вищевказаних проблем.

Мета дослідження: удосконалення діагностики функціонального стану головного мозку. Розробити нейросітьову модель для класифікації електроенцефалограми й оцінки функціонального стану мозку.

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 78 добровольців віком від 21 до 38 років, які після проведеного обстеження були визнані соматично і неврологічно здоровими. Серед обстежених було 46 чоловіків і 32 жінки. Електроенцефалографічні дослідження були проведені в лабораторії функціональної діагностики у стандартних умовах. Після розшифрування електроенцефалограм лише у 54 осіб просторово-тимчасова реорганізація електричної активності відповідала поняттю «норма».

Обстежено 78 хворих із неврологічними розладами, зумовленими критичними станами. Хворі перебували на лікуванні у відділенні загальної і нейрореанімації обласної клінічної лікарні ім. М.І. Калініна м. Донецька, і мали такі захворювання: постасистолічний синдром (12), отруєння чадним (16) і рудниковим газами (14), еклампсія (17), тяжка черепно-мозкова травма (19). Чоловіків було 48, жінок – 30. Із 78 обстежених хворих 65 осіб одужало і 13 – померло.

Стан здорових добровольців і хворих оцінювали на підставі клінічних і функціональних методів дослідження, причому хворих обстежували в динаміці протягом усього періоду перебування у відділенні реанімації [3,5,7,8].

Реєстрацію біопотенціалів мозку здійснювали за допомогою нейрофізіологічного комплексу (комплекс топографічного картування ЕЕГ),

якій складався з таких компонентів: – 8-канальний електроенцефалограф фірми Medicor; – персональний комп'ютер IBM PC AT з аналогово-цифровим перетворювачем; – спеціальне програмне забезпечення для збереження й обробки електроенцефалограм [4,6].

Для створення системи автоматичної класифікації електроенцефалограм ми використовували метод математичного моделювання – нейронні мережі [1]. У основу класифікації покладене розкладання сигналу ЕЕГ у ряд Фур'є і наступний аналіз спектральної щільності електричних сигналів, зафіксованих у відведеннях.

Об'єктом класифікації були записи ЕЕГ, одержані при обстеженні 78 добровольців і 78 хворих з неврологічними розладами. Було оброблено 1851 запис ЕЕГ по 8-и відведеннях (всього 14808 об'єктів) для 156 осіб.

Спектр вихідного ряду розраховувався за формулою:

$$C_k = \sum_{n=0}^{N-1} X_n \times e^{-ix2pk/N} \quad (2.1)$$

де C_k – k -а складового спектра, N – кількість відрхувань у вхідних даних, X_n – n -ий елемент вихідних даних, $i = \sqrt{-1}$ – уявна одиниця.

Для розкладання вихідного сигналу в ряд Фур'є використовувалося стандартне швидке перетворення Фур'є (ШПФ). При розкладанні в ряд Фур'є, складові спектра C_k – комплексні

числа, при цьому фаза спектральної складової в побудові моделі класифікації не враховувалася, у розрахунок приймалася лише величина цієї складової – $|C_k|$ [2]. У стандартному записі оброблялися сигнали тривалістю 16 секунд, отримані з дискретністю в $\Delta t = \frac{1}{64}$ секунди. Це дозволило розраховувати спектр сигналу в діапазоні 0,1–32 Гц, що містить альфа, бетта, гамма, тета частотні діапазони ЕЕГ.

Вхідними ознаками для системи автоматичної класифікації електроенцефалограм були обрані значення спектральної щільності потужності електричних сигналів P_i в діапазонах 0–32 Гц з дискретністю в 1 Гц, що розраховувалися шляхом інтегрування спектра вихідного сигналу на відповідному інтервалі:

$$P_i = \sum_{k=64(i-1)}^{64i} |C_k|^2 \quad (2.2)$$

де P_i - інтегральна щільність потужності сигналу в діапазоні $i-1$ Гц – i Гц.

Для побудови математичної моделі класифікації ЕЕГ був обраний метод самоорганізованих карт Кохонена, призначений для проведення кластерного аналізу в системі багатомірних ознак. Це один із методів нейросітьового моделювання, який використовується для вирішення завдань розпізнавання образів [2]. Для реалізації цього алгоритму будується нейронна мережа, що складається із вхідного і вихідного шару. Кількість елементів вихідного шару (який називають також шаром топологічної карти [2]) дорівнює кількості кластерів, які буде розпізнавати

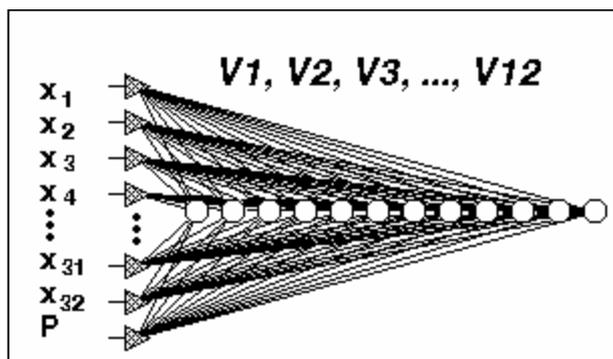
мережа. Елементи топологічної карти розташовуються в якомусь (як правило, двовимірному) просторі. Алгоритми Кохонена базуються на техніці «навчання без учителя» [2].

Після навчання подача вхідного вектора з цього класу буде призводити до вироблення збудливого рівня в кожному вихідному нейроні, при цьому нейрон з максимальним збудженням і являє класифікацію.

Побудова моделі класифікації запису сигналу ЕЕГ здійснювалася так. Після одержання спектра електричного сигналу по кожному відведенню він був нормований на загальну потужність сигналу по всіх 32-ох діапазонах частот. Отже, для кожного випадку був сформований 33-вимірний вектор ознак класифікації - $\vec{X} = \{x_1, x_2, \dots, x_{32}, P\}$, причому, $P = \sum_{i=1}^{32} P_i$, $x_i = \frac{P_i}{P}$ де P – загальна потужність сигналу у всьому частотному діапазоні, x_i – відносна потужність сигналу в діапазоні $i-1$ Гц – i Гц.

Таким чином, завдання виділення класів проводилося у 8x33 – вимірному просторі вхідних ознак. Виконання поставленого завдання було проведено в два етапи. На першому етапі класифікувалися запис сигналу ЕЕГ по кожному з восьми відведень (33 вхідних параметри), на другому етапі, на основі класифікації сигналу ЕЕГ для восьми відведень, проводилася класифікація всієї ЕЕГ.

Нейросітьові моделі будувалися з використанням пакета STATISTICA NEURAL NETWORKS [2].



Мал.1. Архітектура нейронної мережі Кохонена. Позначені нейрони вхідного шару (x_1, x_2, \dots, x_{32}) і нейрони вихідного шару (V_1, V_2, \dots, V_{12})

Результати дослідження та їх обговорення

Розглянемо результати, одержані на першому етапі класифікації записів ЕЕГ по окремих відведеннях методом нейронних мереж.

Навчання нейронної мережі проводилося на 14808 записах за стандартною методикою [2]: на першому етапі тривалістю 500 ітерацій задавалася перемінна (лінійно зменшу-

вана) швидкість навчання з корегуванням положення нейронів, що перебувають у найближчій околиці до нейрона з найбільшим збудженням; на другому етапі тривалістю в 10000 ітерацій проводилося корегування положення вихідних нейронів у 33-мірному просторі вхідних ознак при малій швидкості

навчання з нульовою околицею корегування.

Після одержання стійкої картини кластеризації записів EEG, в остаточному варіанті була

отримана нейросіткова модель з 12-ма нейронами у вихідному шарі. У таблиці 1 наведений розподіл записів по кластерах.

Таблиця 1

Результати нейросіткового аналізу спектру EEG

Кластер	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12
Кількість записів EEG	1087	1998	2957	916	2895	5	2355	916	393	338	917	31

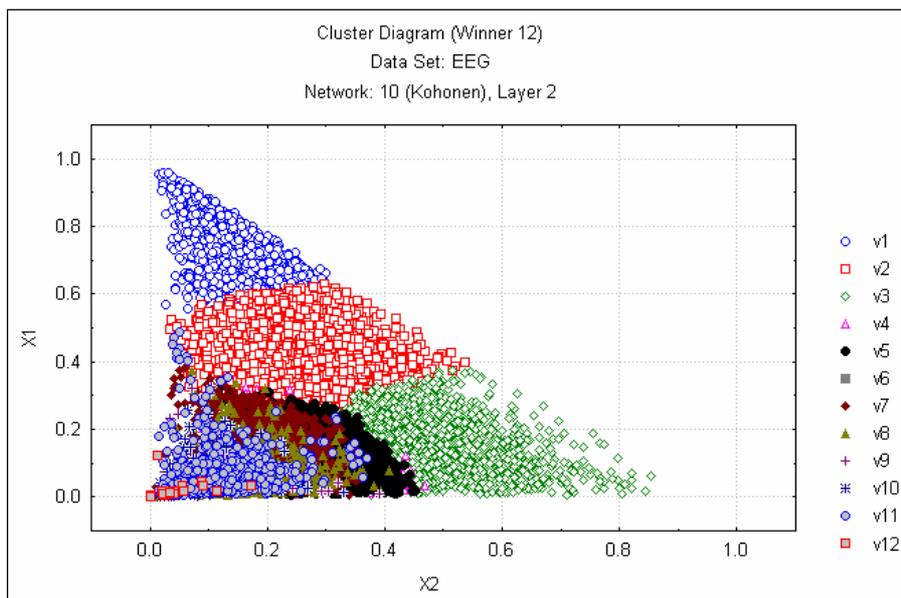
На мал. 2 і 3 наведено розподіл кластерів у просторі найбільш інформативних ознак. При цьому вхідні ознаки виражені у відносних одиницях.

Так, для кластерів V1, V2, V3 характерна висока потужність спектра EEG в зоні d-хвиль. На мал. 2 наведена кластерна діаграма в координатах x1, x2 (частотні діапазони 0-1 Гц, 1-2 Гц) вхідних ознак, що відповідають цьому діапазону хвиль.

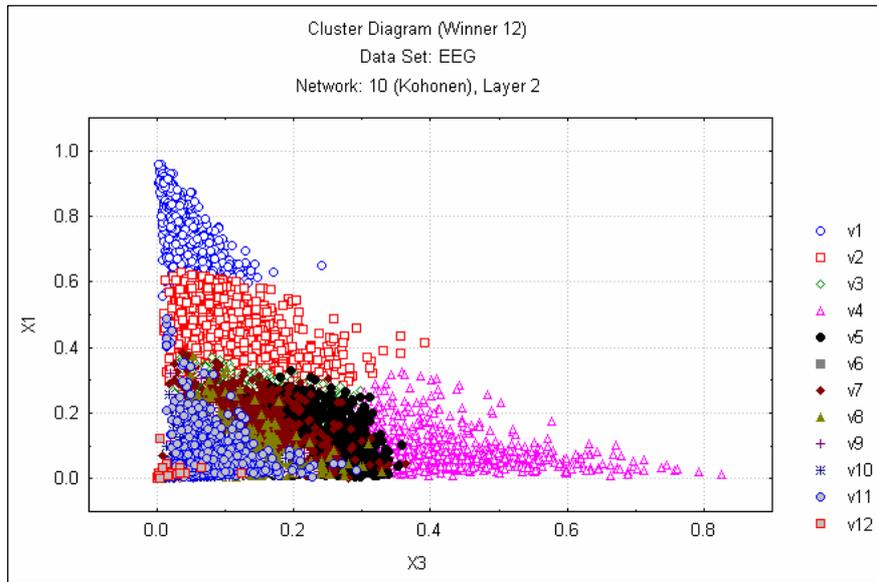
На мал. 3 наведена кластерна діаграма в координатах x1, x3 (частотні діапазони 0-1 Гц, 2-3 Гц) вхідних ознак. У цьому випадку чітко виділяються записи кластера V4. Можна також відмітити низьку d-хвильову активність для кластерів V11 і V12, на що вказує згущення записів EEG, віднесених до цих кластерів на початку координат (див. мал. 2 і 3).

У свою чергу, записи, віднесені до кластерів V9 і V10 характеризуються високою активністю в діапазоні a-хвиль, а до кластера V11 – активністю в діапазоні b-хвиль.

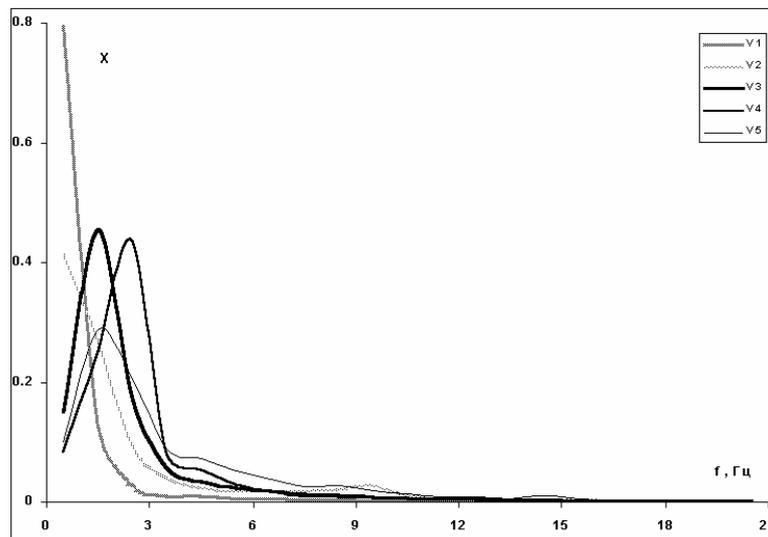
Докладний аналіз результатів класифікації показав, що ознаки x_{22} - x_{32} при класифікації практично не значні. Так, нейросіткова модель класифікації за ознаками x_{22} - x_{32} дозволила розподілити всі дані лише на два кластери, при цьому в 1 кластер було віднесено >14000 записів EEG, до інших кластерів – менше 1000. Це може бути пов'язано не лише з низькою інформативністю спектральної потужності EEG сигналу в діапазоні частот 22–32 Гц, але й з можливостями апаратури при записі EEG (спектральна потужність сигналу в цьому діапазоні на 1–4 порядки нижча, ніж у зоні діапазону -хвиль).



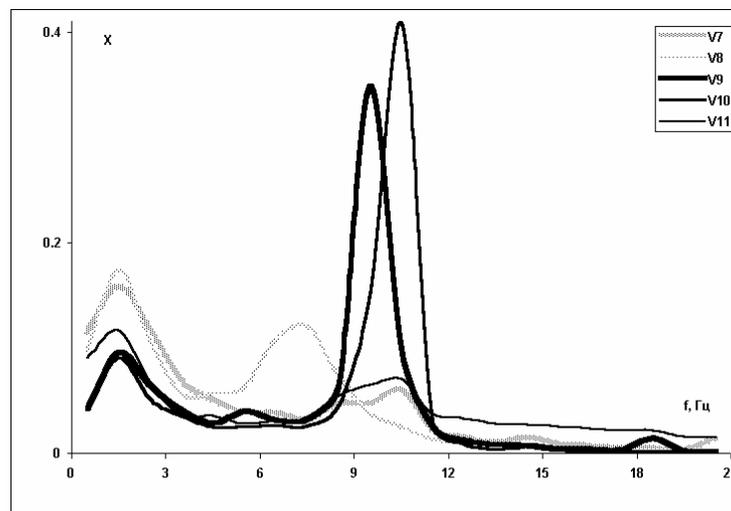
Мал. 2. Розподіл кластерів у просторі ознак x_2 (1-2 Гц), x_1 (0-1 Гц)



Мал. 3. Розподіл кластерів у просторі ознак x_3 (2-3 Гц), x_1 (0-1 Гц)



Мал. 4. Спектри потужності сигналів для кластерів V1 - V5
X – потужність сигналу у відносних одиницях, f - частота в герцах.



Мал. 5. Спектри потужності сигналів для кластерів V7 - V11
X – потужність сигналу у відносних одиницях, f - частота в герцах.

У зв'язку з цим в остаточному варіанті вхідний шар нейронної мережі для завдань класифікації EEG для окремого відведення складався з 22-х елементів – $\mathbf{X} = \{x_1, x_2, \dots, x_{21}, P\}$. На малюнку 4 і 5 наведені спектри потужності сигналів, які характеризують кластери, виділені за допомогою нейросітьової моделі.

З мал. 4 і 5 видно, що відмінність між записами EEG по окремих відведеннях найбільше виявляється у трьох діапазонах частот: 0-4 Гц; 5-9 Гц; 8-11 Гц.

На підставі існуючих у наш час уявлень, можна говорити про те, що записи EEG, віднесені до кластерів V8, V9, V10, відповідають організованому типові EEG за кл.ЖЛ.

На другому етапі вирішення завдання створення системи автоматичної класифікації електроенцефалограм проводилася класифікація EEG, отриманої по всіх відведеннях для окремого сеансу запису. Класифікація проводилася за допомогою нейросітьової моделі. На вхід нейронної мережі подавалися номери класів, одержані при класифікації запису EEG по кожному відведенню на першому етапі, на виході одержували класифікацію досліджуваних EEG-патернів.

Навчання нейронної мережі проводилося на 1851 випадках для 164 обстежених за стандартною методикою [47]: на першому етапі тривалістю 500 ітерацій задавалася перемінна (лінійно зменшувана) швидкість навчання з корегуванням положення нейронів, що перебувають у найбільшій околиці до нейрона з найбільшим збудженням; на другому етапі тривалістю в 10000 ітерацій проводилося корегування положення вихідних нейронів у 8-мірному просторі вхідних ознак при малій швидкості навчання з нульовою околицею корегування.

Після одержання стійкої картини кластеризації записів EEG в остаточному варіанті була отримана нейросітьова модель з 16 нейронами у вихідному шарі. У таблиці 2 поданий розподіл записів по класах EEG (C1_0-C1_15).

На малюнках 6 – 9 наведені діаграми, які характеризують класи EEG, виділені за допомогою нейросітьової моделі.

Таблиця 2

Результати нейросітьового аналізу EEG

Клас EEG	C1_1	C1_2	C1_3	C1_4	C1_5	C1_6	C1_7	C1_8
Кількість випадків	90	138	96	44	93	87	105	24

Клас EEG	C1_9	C1_10	C1_11	C1_12	C1_13	C1_14	C1_15	C1_0
Кількість випадків	298	151	51	117	277	53	163	65

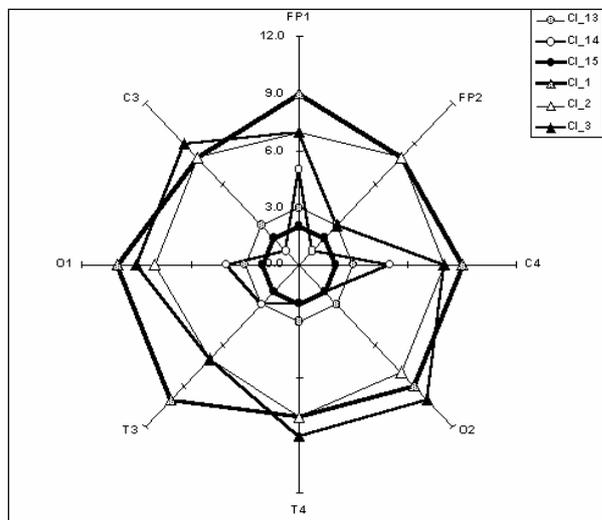
Аналізуючи виділені класи EEG, ми розподілили їх на 4 групи.

До I групи віднесені класи C1_1, C1_2, C1_3. Для цієї групи характерне досить високе середнє значення номерів кластерів для всіх 8-и відведень (середнє значення номера кластера V8–V10). Таким чином, до цієї групи потрапили записи, що характеризуються високою активністю електричного сигналу в зоні діапазону δ -хвиль.

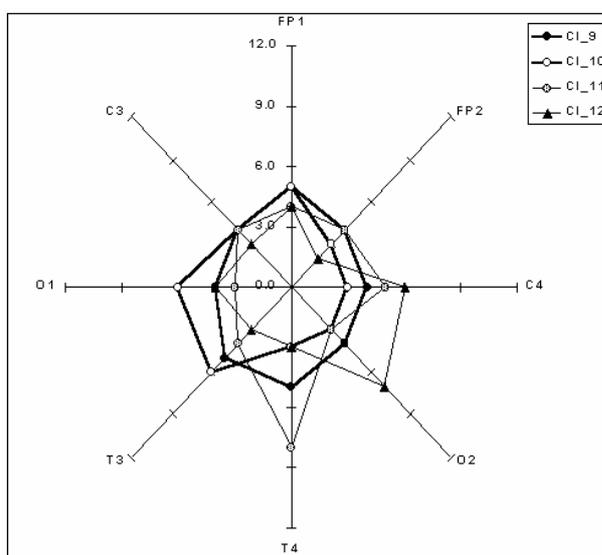
До IV групи віднесені класи C1_13, C1_14, C1_15 з низьким значенням номера кластера по

всіх 8-и відведеннях (середнє значення номера кластера V1–V3). До цієї групи потрапили записи, що характеризуються високою активністю електричного сигналу в зоні діапазону δ -хвиль.

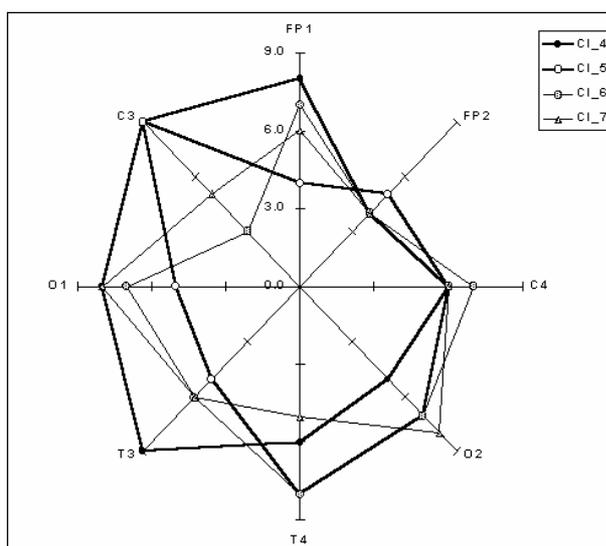
До II групи віднесені класи C1_4, C1_5, C1_6, C1_7, за характером схожі з класами I групи (середнє значення номера кластера по всіх відведеннях становить V6–V8). Таким чином, до цієї групи потрапили записи, що характеризуються високою активністю електричного сигналу в зоні діапазону α -хвиль і μ -хвиль.



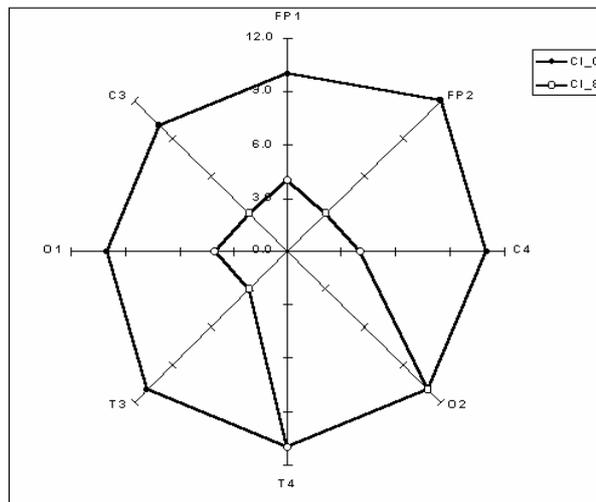
Мал. 6. Діаграма розподілу номерів кластерів (V1–V12), до яких належать записи по окремих відведеннях для класів EEG Cl_1–Cl_3 і Cl_13–Cl_15



Мал. 7. Діаграма розподілу номерів кластерів (V1–V12), до яких належать записи по окремих відведеннях для класів EEG Cl_9–Cl_12



Мал. 8. Діаграма розподілу номерів кластерів (V1–V12), до яких належать записи по окремих відведеннях для класів EEG Cl_4–Cl_7



Мал. 9. Діаграма розподілу номерів кластерів (V1–V12), до яких належать записи по окремих відведеннях для класів EEG C1_0–C1_8

До III групи віднесені C1_9, C1_10, C1_11, C1_12, за характером схожі з класами IV групи (тут середнє значення номера кластера по всіх відведеннях становить V4–V7). Встановлено, що в цю групу потрапляють записи, які характеризуються високою активністю електричного сигналу в зоні діапазону δ -хвиль і θ -хвиль.

Окрему групу (V групу) становлять C1_0 і C1_8, для яких характерна наявність по відведеннях записів, які належать до кластерів V11 і V12, що свідчить про високу потужність сигналу EEG в діапазоні β -хвиль.

При зіставленні одержаних даних з класифікацією Жирмунської Е.А., Лосева В.С. [6] і спектрально-когерентним аналізом, був класифікований ступінь порушення EEG в групах, одержаних за допомогою нейросітьового аналізу:

I група – норма і легкий ступінь порушення EEG;

II група – помірний і значний ступінь;

III група – значний і грубий ступінь;

IV група – грубий і дуже грубий;

V група представлена патернами з легкими, помірними і значними змінами.

Клас EEG, до якого в рамках моделі був відне-

сений запис EEG, плавно змінювався в процесі прогресування або регресування неврологічної симптоматики, що свідчить про можливість відстеження стану за результатами автоматичної класифікації EEG.

Висновки.

1. Одержана в нейросітьовій моделі класифікація EEG є стійкою і надійною для визначення ступеня порушення EEG. Це свідчить про можливість застосування такої класифікації для моніторингу EEG і характеристики стану хворого з порушенням свідомості.

2. При використанні адаптивного кластерного нейросітьового моделювання розроблена класифікація EEG, що відображає ступінь виразності дезорганізації EEG-патернів. Ці дані можуть використовуватися для визначення ступеня тяжкості гострої церебральної недостатності, стану реактивності мозку, ефективності проведеного лікування.

3. Класифікація EEG за допомогою методу нейросітьового моделювання дозволяє надійно визначати ступінь порушення EEG-патерна за п'ятьма рівнями: норма, легкий, помірний, значний, грубий і дуже грубий ступінь порушень.

Т.В. Островая

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА НЕЙРОСЕТЕВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ КЛАССИФИКАЦИИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ И ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГА

Донецкий государственный медицинский университет

Цель данного исследования - создание системы автоматической классификации ЭЭГ с помощью метода математического моделирования – нейронные сети. В качестве объекта классификации были использованы записи ЭЭГ полученные при обследовании 78 добровольцев и 78 больных с неврологическими расстройствами. Была обработана 1851 запись ЭЭГ по 8-и отведениям (всего 14808 объектов) для 158 человек. В основу классификации положено разложение сигнала ЭЭГ в ряд Фурье и последующий анализ спектральной плотности электрических сигналов, зафиксированных в отведениях.

После получения устойчивой картины кластеризации записей ЭЭГ, в окончательном варианте была получена нейросетевая модель, с 16 нейронами в выходном слое, что представлено распределением записей по классам ЭЭГ (Cl₀ ÷ Cl₁₅). Анализируя выделенные классы ЭЭГ мы распределили их на 5 групп.

Классификация степени нарушения ЭЭГ:

I группа – норма и легкая степень нарушения ЭЭГ (Cl 1, Cl 2, Cl 3);

II группа – умеренная и значительная степень (Cl 4, Cl 5, Cl 6, Cl 7);

III группа – значительная и грубая степень (Cl 9, Cl 10, Cl 11, Cl 12);

IV группа – грубая и очень грубая (Cl 13, Cl 14, Cl 15);

V группа представлена паттернами с легкими, умеренными и значительными изменениями (Cl 0, Cl 8).

Полученная в нейросетевой модели классификация ЭЭГ является устойчивой и надежной для определения степени нарушения ЭЭГ. Это свидетельствует о возможности применения данной классификации для мониторинга ЭЭГ и характеристики состояния больного с нарушением сознания. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.27-34)

T.V. Ostrovaya

APPLICATION THE METHOD OF NEURO-NET MODELING FOR CLASSIFICATION OF EEG PATTERNS AND BRAIN FUNCTIONAL ASSESSMENT

Donetsk state medical University

The article devoted to the problem of sophisticating of functional state of brain diagnostic based on development of diagnostic algorithm of EEG assessment in normal condition and in unproductive forms of unconsciousness.

158 patients of both genders were included in the study (78 patients with normal condition of brain and 78 – with some forms of unconsciousness). Standard neurological status and dynamic of EEG patterns were analyzed. By means of method of topographic mapping EEG and the method of neuro-net modeling for classification of EEG was developed.

Initially the method of neuro-net modeling for classification of EEG patterns and brain functional assessment was used. The classification of EEG, which was obtained in neuro-net model, included five groups, allows classification of EEG deterioration in automatic mode. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.27-34)

Література

1. Ежов А., Чечеткин В. Нейронные сети в медицине // Открытые системы, 1997. - № 4. - С.34-37.

2. Краткое руководство по SNN, «Нейронные сети» STATISTICA. - StatSoft Russia, 1998. - 355 с.

3. Нейротравматология / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. - М.: ИПЦ Вазар-Ферро, 1994. - 415 с.

4. Острова Т.В. Діагностичний алгоритм оцінки електричної активності мозку людини у нормі і при деяких формах розладів свідомості – Автореф дис. канд. мед. наук: 14.03.03 / Донецкий

держ.мед.ун-т. – Донецьк, 2002. – 20с

5. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - М.: ООО «МЕДпред», 1998. - 298 с.

6. Черный В.И. Постгипоксическая энцефалопатия. - К.: Здоров'я, 1997. - 336с.

7. Safar P. Ameloration of post-ischemic brain damage with barbiturates // Stroke. – 1980. – Vol. 11, № 5, – P. 565–568.

8. Safar P. Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation. - Stavanger, Norway: Publ. print A.S. Laerdal, 1981. - 256 p.

Поступила в редакцию 3.07.2004

УДК 616.853-036.864

*К. М. Мар'єнко***СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ
(ОГЛЯД)**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ключові слова : епілепсія , якість життя, опитувальник

Розробка і впровадження концепції якості життя (ЯЖ) розглядаються як ефективний засіб реалізації державної політики по покращенню добробуту українського народу на основі визначення пріоритетних напрямків розвитку науки і технологій і прийняття своєчасних рішень по стабільному зростанню економіки і соціальної сфери країни на найближчі роки і перспективу.

ЯЖ – це комплекс характеристик життєдіяльності індивіда (групи людей або населення в цілому), що зумовлюють її оптимальний перебіг в конкретний час, в певних умовах і місці і які забезпечують адекватність її параметрів основним видам діяльності і потребам людини (біологічним, матеріальним, духовним тощо) [5]. ВООЗ (1993) визначає ЯЖ «...як сприйняття індивідами їх положення в житті в контексті культури та системи цінностей, в яких вони живуть, і відповідно з їх власними цілями, сподіваннями, стандартами і турботами...»[4].

В сучасній медицині широке розповсюдження одержав термін «якість життя, пов'язане із здоров'ям». Визначення поняття ЯЖ логічно і структурно пов'язане з відомою дефініцією здоров'я, яке дала ще в 1948 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) : здоров'я - це не просто відсутність захворювання або вади, а повне фізичне, психічне і соціальне благополуччя людини [5]. В зв'язку з тим, що хвороби приводять до негативних змін у фізичному стані особи, порушень в психологічній, соціальній сферах життя пацієнта, за останні роки виникла концепція дослідження ЯЖ в різних галузях медицини для всебічної оцінки впливу захворювань на найважливіші функції людини з можливістю кількісного їх вимірювання і моніторингу в процесі лікування [2].

В теперішній час в розвинених країнах світу визначення ЯЖ є невід'ємною частиною комплексної оцінки ефективності лікування і профілактики захворювань [4], в тому числі неврологічних [25, 29]. Підвищена зацікавленість до ЯЖ

зумовлена, головним чином, двома обставинами. По-перше, не завжди існує пряма залежність між рівнем ЯЖ і важкістю захворювання, оскільки ЯЖ визначається значною мірою суб'єктивними уявленнями пацієнта про важкість свого захворювання [7]. По-друге, оцінки ефективності лікування лікарем і хворим часом не співпадають [15], оскільки фахівець робить висновки про успіх лікування, ґрунтуючись на аналізі клінічних та додаткових методів обстеження, а пацієнт – за ступенем загального задоволення життям. Тому не припиняються розробки все більш валідних і точних опитувальників щодо ЯЖ [10], хоча процес цей дуже тривалий і вимагає значних матеріальних ресурсів.

З ініціативи ВООЗ почали розроблятися методики оцінки ЯЖ. Основою цього була необхідність створення уніфікованого міжнародного інструмента оцінки ЯЖ і розповсюдження холистичного підходу до проблем здоров'я і організації системи охорони здоров'я. Методика WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life –100) була розроблена для дослідження ЯЖ різних популяційних груп[43].

Одним з найбільш часто використовуваних в популяційних дослідженнях опитувальників є опитувальник SF-36 (Medical Outcome Study Short Form) [37, 40, 41]. На основі цього опитувальника створено декілька інших опитувальників, які мають відношення до окремих захворювань, в тому числі і для епілепсії (Е):

- Epilepsy Surgery Inventory (ESI) – Опитувальник при хірургічному лікуванні епілепсії,

- Katz Adjustment Scale (KAS) – Узгоджувальна шкала Каца,

- Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE),

- Опитувальник якості життя при Е, який існує в чотирьох форматах (QOLIE-31 [12], QOLIE-48-AD [14, 31], QOLIE-89 [13], QOLIE-10 [8]).

- Quality of Life in Childhood Epilepsy (QOLCE) – Опитувальник якості життя при Е в дитячому віці,

- Liverpool Seizure Severity Scale (SSS) – Ліверпульська шкала важкості нападів [30],

- Subjective Handicap of Epilepsy (SHE) – Суб’єктивна оцінка перешкод, що створює Е [23]).

В сучасній епілептології однією з пріоритетних цілей є покращення ЯЖ і реабілітації хворих на Е [1, 6]. Велике значення має вивчення захворюваності, розповсюдженості, смертності в різних вікових групах, аналіз структури інвалідності хворих на Е і факторів, які на них впливають, а також ЯЖ пацієнтів, аспекти медико-соціальної реабілітації, в тому числі : адекватність отриманої хворими протиепілептичної терапії; можливість і методи усунення або компенсації обмеження їх життєдіяльності (навчання, трудової діяльності, спілкування тощо). Е – це приклад діагнозу, який залишається чинним, навіть якщо у хворого тривалий час немає нападів. Jacoby A. [20] визначає Е як «і медичний діагноз, і соціальний ярлик», оскільки можливість виникнення нападу - це мовчазна, але постійно присутня складова в повсякденному житті більшості хворих з діагнозом Е.

Широко відомо, що в теперішній час є важливим визначення якості життя хворих на Е в залежності від багатьох чинників, що впливають на перебіг захворювання.[17, 19, 21, 32, 33]. Оцінювався цей показник по-різному протягом останнього десятиліття. В першій фазі, як зазначає Негманн В.Р. [18], використовувались традиційні форми клінічної оцінки когнітивних, поведінкових і психосоціальних функцій хворих для вивчення загального впливу Е та її певних клінічних показників (віку початку захворювання, типу епілептичного нападу тощо), а також наслідків медикаментозного лікування. Друга фаза досліджень характеризувалась розробкою специфічних для Е вимірювань когнітивних можливостей, психологічного та психосоціального статусу хворих . Це були опитувальники Washington Psychosocial Seizure Inventory (Вашингтонський опитувальник психосоціального впливу нападів), Fear of Seizure Scale (Шкала страху виникнення нападів). Третя фаза характеризується використанням нових методик, способів вимірювання для оцінки сучасного значення якості життя, пов’язаної із здоров’ям (HRQOL- health-related quality of life). З цієї метою в останні роки використовуються три основні опитувальники (ESI-55 [10], QOLIE-89 [13], SSS [30, 34, 38]), про які ми згадували вище. Хоча Baker G.A. [10] вважає, що навіть існуючі в даний час анкети не можуть повністю задовольнити всі вимоги, нові ж розробки дуже кош-

товні і вимагають багато часу і ресурсів.

Raty L. et al. [28] використали загальний опитувальник QLI (Quality of Life Index – Індекс якості життя) для обстеження хворих з дебютом Е і визнали цю анкету надійною. Були відмічені кореляції між ЯЖ та частотою нападів, статтю, побічною дією протиепілептичних препаратів(ПЕП).

Weibe S. et al. [42], дослідили з інтервалом в один рік надійність трьох опитувальників (двох специфічних для Е –ESI-55 (Epilepsy Surgery Inventory –55) і Washington Psychosocial Inventory (WPSI) та неспецифічного для Е - SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) при обстеженні хворих на Е , які лікувались медикаментозно, або хірургічно. Найбільш ефективні шкали для визначення різниці між групами в психічному, фізичному та рольовому функціонуванні були відмічені в опитувальнику ESI-55, тобто в анкеті, специфічній для Е.

Birbeck G.L . et al. [26] також вважають, що більшу перевагу при дослідженні ЯЖ у хворих на Е слід надавати не загальним документам (як SF-36), а опитувальникам з прицілом конкретно на Е.(epilepsy- targeted measure), таким як QOLIE-89 і QOLIE-31.

Ці ж автори [33] дослідили показники ЯЖ у хворих на Е в процесі лікування вігabatрином. Це було національне мультицентрове рандомізоване контрольоване дослідження 142 осіб, яких обстежували з допомогою трьох опитувальників :SF-36, QOLIE-89, QOLIE-31 і порівнювали їх результати до і після лікування із змінами в частоті нападів. Вірогідне покращення ЯЖ було відмічене лише в групі хворих, у яких припинились напади (16%). Виходячи із результатів свого дослідження, автори вважають, що метою лікування хворих на епілепсію має бути повне припинення нападів. Подібні міркування висловлюють і інші автори [27], які провели дослідження ЯЖ у більш ніж 5000 хворих на Е в 15 країнах Європи. Більше третини всіх опитаних мали часті напади, кожний п’ятий вважав, що ПЕП недостатньо ефективно контролюють напади, а половина пацієнтів відчувають себе стигматизованими з приводу Е. Ключем для покращення ЯЖ у такого контингенту хворих є досягнення кращого контролю над нападами і зменшення побічної дії ПЕП. Ще одне європейське дослідження провели Buck D.et al. [11], які з’ясували різницю в ЯЖ у хворих в різних країнах з допомогою трьох опитувальників. Вірогідно значущу різницю було відмічено по шкалах впливу Е на самопочуття хворих та рівень стигматизації : респонденти у Нідерландах та Іспанії

почувалися найкраще, а у Франції найгірше порівняно з іншими країнами. Не було знайдено однозначного пояснення таким результатам і підкреслено необхідність подальших досліджень для з'ясування стану осіб з Е в різних країнах в соціальному контексті.

Ми використали в нашій опублікованій роботі [3] перекладений українською мовою (за дозволом авторів) «Опитувальник якості життя при епілепсії - 89 (Quality of Life in Epilepsy Inventory- QOLIE-89). Цей інструмент був розроблений в 1995 році Devinsky J., Vickrey BG, Cramer J. et al. [13] на основі опитувальника RAND 36-Item Health Survey [41] та опитувальника ESI-55 [9], які склали ядро анкети з додаванням ще 9 цілком нових пунктів, 48 пунктів, що прицільно стосуються Е і 6 пунктів, які стосуються ставлення пацієнта до Е та його самооцінки. Таким чином спочатку анкета складалась з 99 запитань, але після її доопрацювання з визначенням валідності, чутливості і надійності, залишилось 89 пунктів, які і склали існуючий зараз варіант опитувальника QOLIE-89. На основі останнього з'явилися нові скорочені варіанти анкети - QOLIE-AD-48 [14], QOLIE-31 [12] та QOLIE-10 [8].

Опитувальник QOLIE-89 заповнюється самим хворим без допомоги лікаря, а деякі автори вважають, що опитування можна проводити навіть за телефоном [36].

QOLIE-89 містить 17 багатотематичних шкал, які охоплюють наступні показники здоров'я: загальна якість життя, емоційний стан та пов'язані з ним рольові обмеження, підтримка оточуючих, суспільна ізоляція, втомлюваність, тривога з приводу виникнення приступу, ефективність ліків, функціонування на роботі, при керуванні авто, соціальне функціонування, увага та сконцентрованість, функції мови, пам'яті, фізичний стан, біль, рольові обмеження через фізичний стан, сприйняття власного стану здоров'я. Опитувальник також включає один пункт про зміну стану здоров'я протягом останнього року і два пункти додаються після проведеного тестування: один щодо загального стану здоров'я і один для оцінки задоволення інтимними стосунками.

За нашими даними, загальна ЯЖ хворих на Е вірогідно погіршується із зростанням трива-

лості захворювання, віком та ускладненням клінічної картини нападів і не залежить від статі хворих. Суттєво на ЯЖ хворих впливають психосоціальні чинники, причому в більшій мірі у старших хворих з тривалим перебігом захворювання. Фізичний стан хворих не грає визначальної ролі для самопочуття пацієнтів в залежності від їх віку, а погіршується із збільшенням частоти нападів і тривалістю захворювання. У хворих з частими нападами і віком понад 48 років вірогідно погіршується функція пам'яті. Побічна дія ПЕП вірогідно більше турбувала хворих старшої вікової групи, вони ж мали неспокій з приводу виникнення нападів і невдоволеність станом свого здоров'я.

Для швидкого скринінгу ЯЖ при Е останнім часом ми почали використовувати також скорочений варіант опитувальника ЯЖ при Е – QOLIE-10 [8], який складається всього з 10 запитань і може бути заповнений хворим просто і швидко. Запитання стосуються трьох основних тем: впливу прийому ПЕП, психічного здоров'я і неспокою з приводу виникнення нападів. Стислість цього опитувальника дозволяє заощадити час лікаря без впливу на вірогідність отриманих даних. Хворий може відповідати на запитання, очікуючи прийому, чи заповнити анкету вдома і принести її на наступний раз. Повторні анкетування дозволяють відзначити зміни в самооцінці хворого протягом лікування. Наприклад, це може стосуватись погіршення пам'яті, що може створювати необхідність корекції терапії захворювання.

Потребують також впровадження опитувальники, таргетовані на різні вікові групи – спеціально розроблені анкети для підлітків і дітей (QOLIE-48-AD і QOLCE).

Спеціального дослідження потребує вивчення ЯЖ хворих на Е в Україні в порівнянні з іншими країнами світу [16, 22, 24, 35, 39], що можна здійснити, використовуючи уніфіковані опитувальники, якими є анкети серії «QOLIE».

Таким чином, можна вважати перспективним подальше широке використання існуючих зарубіжних адаптованих опитувальників для вивчення ЯЖ хворих на Е в Україні з метою покращення лікування та реабілітації такого контингенту пацієнтів.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Проанализировано использование в современных зарубежных исследованиях различных опросников для оценки качества жизни больных эпилепсией («Опросник качества жизни при эпилепсии-89»-«Quality of Life in Epilepsy Inventory-89»-QOLIE-89 и его модификации -QOLIE-31, QOLIE-48-AD, QOLIE-10; «Ливерпульская шкала тяжести припадков»-«Liverpool Seizure Severity Scale»-SSS и некоторых других). Приведены результаты собственных исследований с использованием переведенного на украинский язык опросника QOLIE-89. Предлагается более широкое использование в научных исследованиях и клинической практике анкет для оценки качества жизни больных эпилепсией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.35-39)

К.М. Maryenko

CONTEMPORARY METHODS TO STUDY THE QUALITY OF LIFE IN EPILEPTIC PATIENTS

Danylo Galitskij Lviv National Medical University

Different measure instruments for assessment of quality of life in epileptic patients in contemporary foreign investigations were analyzed («Quality of Life in Epilepsy Inventory –89»-QOLIE-89 and its modifications – QOLIE-31, QOLIE-48-AD, QOLIE-10; «Liverpool Seizure Severity Scale»-SSS and some others). The results of own investigations with the usage of translated into Ukrainian language QOLIE-89 are presented. It is proposed to use more widely in scientific research and clinical trials different measure instruments for assessment of quality of life in epileptic patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.35-39)

Література

1. Карлов В.А. Основные принципы терапии эпилептических припадков // Невролог.журнал.-1997.-№5.-С.4-8
2. Концепция исследования качества жизни в неврологии / А.А.Новак, М.М.Одинак, Т.И.Ионова, Г.Г.Бисага // Невролог.журнал.-2002.- № 6.-С.49-52
3. Мар'єнко К.М.Оцінка якості життя хворих на епілепсію// Вісник наукових досліджень.-2003.-№ 4(33).- С.83-85
4. Поливода С.Н., Кривенко В.И., Евченко Л.Н. Оценка качества жизни больных с метаболической кардиомиопатией //Укр. ревматологічний журнал.-2001.-№2(4). - С.55-57
5. Пономаренко В.М., Апанасенко Г.Л., Чабаненко Н.І. Методичні підходи до вивчення якості життя населення у взаємозв'язку зі станом здоров'я //Вісник соц.гігієни та організації охорони здоров'я України.-2002.-№ 3.-С.74-78
6. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Эпилепсии и судорожные синдромы у детей. М: Медицина,1999.- 656с.
7. Шмелев Е.Н., Беда М.В., Jones P.W. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких // Пульмонология.-1995.-№2.-С.15-23
8. A Brief Questionnaire to Screen for Quality of Life in Epilepsy : The QOLIE-10 / Cramer J., Perrine K., Devinsky O. et al.// Epilepsia.-1996.-V.37(6).-P.577-582
9. A health-related quality of life instrument for for patients evaluated for epilepsy surgery/ Vickrey B.G., Hays R.D., Graber J. et al.// Med Care.-1992.-V.30.-P.299-319
10. Baker G.A. Assessment of Quality of life in people with epilepsy: Some practical implications// Epilepsia.-2001.V.42(3).-P.66-69
11. Cross-cultural differences in health-related quality of life of people with epilepsy : findings from a European study/ Buck D., Jacoby A., Baker G.A. et al. // Qual Life Res.-1999.- V.8(8).- P.675-685
12. Development and cross-cultural translation of a 31-item quality of life questionnaire (QOLIE-31) / Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al.// Epilepsia.-1998.-V.39.-P.81-88
13. Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory/ Devinsky O., Vickrey B.G., Cramer J.A. et al.//Epilepsia.-1995.-V.36.-P.1089-1104
14. Development of the quality of life in epilepsy inventory for adolescents:the QOLIE-AD-48/ Cramer J.A., Westbrook L.E., Devinsky O., et al.// Epilepsia.-1999.-V.40(8).-P.1114-1121
15. Devinsky O., Penry J.K. Quality of life in epilepsy : the clinician's view // Epilepsia.-1993.- V.34(40).-P.4-7
16. Epilepsy in Estonia: a quality of life study /Herodes M., Oun A., Haldre S., et al. //Epilepsia.-2001.-V.42(8).-P.1061-1073
17. Hermann B.P. Developing a model of quality of life in epilepsy : the contribution of neuropsychology // Epilepsia.-1993.-V.34(4).-P.14-21
18. Hermann B.P. The evolution of health-related quality of life assessment in epilepsy // Qual.Life Res.-1995.-V.4(2).-P.87-100
19. Jacoby A. Assessing quality of life in patients with epilepsy // Quality of Life Assessment.-1998.-Section 2: Disease States.-P.1-18
20. Jacoby A. Epilepsy and the quality of everyday life : findings from a study of people with well-controlled epilepsy// Social Science and Medicine.-1992.-V.34.-P.657-666
21. Leidy N.K. Seizure Frequency and the Health-Related Quality of Life of Adults with Epilepsy // Neurology.-1999.- V.53(1).-P.162-166
22. Leppick I.E. Quality of life of people with epilepsy in the United States//Clin.Ther.-1998.-V.20(A).-P.13-18
23. O'Donoghue M.F., Duncan J.S., Sander J.W.A.S. The Subjective Handicap of Epilepsy (A new approach to measuring treatment outcome)// Brain.-1998.-V.121.-P.317-343
24. Oliveros J.A. Quality of life in epilepsy // Neurologia.- 1996.- V.11(4).-P.100-107
25. Quality of life and neurologic diseases /Hernandez M.R., Fernandes L.J.A., Rancanj G.T., Cueto E.A.// Neurologia.- 2001.- V.16(1).-P.30-37
26. Quality of life measures in epilepsy. How well can they detect change over time?/Birbeck G.L., Kim S., Hays R.D., Vickrey B.G.// Neurology.-2000.-V.54.-P.1822-1827
27. Quality of life of people with epilepsy: a European study / Baker G.A., Jacoby A., Buck D. et al. // Epilepsia.-1997.-V.38(3).- P.353-362
28. Raty L., Hamrin E., Soderfeldt B. Quality of life in newly-debuted epilepsy. An empirical study// Acta Neurol Scand.-1999.- V.100(4).-P.221-226
29. Recent developments in assessment of quality of life in multiple sclerosis/ Fischer J.S.,LaRocca N.G., Miller D.M. et al.// Multiple Sclerosis.-1999.-V.5.-N4.-P.251-259
30. Relationships between seizure severity and health-related quality of life in refractory localization-related epilepsy/ Vickrey B.G., Berg A.T., Sperling M.R., et al.//Epilepsia.-2000.-V.41(6).-P.760-764
31. Risk factors for poor health-related quality of life in adolescents with epilepsy/ Devinsky O., Westbrook L., Cramer J. et al. // Epilepsia.-1999.- V.40(12).-P.1715-1720
32. Seizure frequency and health-related quality of life of adults with epilepsy/ Leidy N.K., Elixhauser A., Vickrey B. et al.//Neurology.-1999.-V.53(1).-P 162-165
33. Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy / Birbeck G.L., Hays R.D., Cui X., Vickrey B.G.// Epilepsia. -2002. -V. 43(5).-P.535-538
34. Seizure severity and the quality of life / Smith D., Chadwick D., Baker G. et al.// Epilepsia.-1993.-V.34 (5).-P.31-35
35. Stavem K., Bjornaes H., Lossius M.I. Reliability and Validity of Norwegian Version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-89)// Epilepsia.-2000.-V.41(1).-P.91-97
36. Telephone validation of the Quality of Life in Epilepsy Inventory / Leidy N.K., Elixhauser A., Rentz A.M. et al.//Epilepsia.-1999.-V.40(1).-P.97-106
37. The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project /Ware J.E., Kosinski M., Gandek B.G et al.//J Clin

Epidemiology.-1998.-V.51(11).-P.1159-1165

38. The development of a Seizure Severity Scale as an outcome measure in epilepsy/ Baker G.A., Smith D.F., Dewey M. et al.// *Epilepsy Research*.-1991.-V.8.-P.245-251

39. The Spanish Version of the Quality-of-Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-31): Translation, validity, and Reliability / Torres X., Arroyo S., Araya S., J. de Pablo// *Epilepsia*.-1999.-V.40(9).-P.1299-1304

40. Ware J.E., Gandek B. IQOLA Project Group. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment

(IQOLA Project).- // *J.Clin.Epidemiol.*-1998.-V.51.-P.903-910

41. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey SF-36.1. Conceptual framework and item selection // *Medical Care*.-1992.-V.30.- P.475-483

42. Weibe S., Eliasziw M., Matijevic S. Changes in quality of life in epilepsy : how large must they be to be real? // *Epilepsia*.-2001.-V.42(1).-P.113-118

43. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) : Development and general psychometric properties// *Social Science and Medicine*.-1998.-V.46(12).-P.1569-1585

Поступила в редакцию 18.06.2004

УДК: 616.831-005:(477)

*А.Г. Джоджуа, С.В. Грищенко***ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОКРИЗИСНОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС, экология

Чернобыльская катастрофа явилась мощным техногенным фактором, негативно повлиявшим на здоровье населения не только Украины, но и всей Европы во второй половине XX века [3]. Многочисленные исследования, посвящённые изучению заболеваемости жителей Украины, Белоруссии и России в период после 1986 года, показали, что в структуре их патологии произошли существенные изменения. Прежде всего, это рост удельного веса цереброваскулярных заболеваний, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и некоторых других [3, 4]. В первую очередь эти изменения коснулись лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС [4]. Имеется большое количество работ, посвящённых оценке влияния ряда факторов

внешней среды на частоту возникновения данных заболеваний среди этого контингента населения [4,5]. Однако до настоящего времени остаются практически неизученными закономерности формирования цереброваскулярной патологии среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА) в зависимости от гигиенических особенностей окружающей среды. Донецкая область, по мнению многих авторов [1, 2], относится к регионам Украины с максимальной степенью проявления экологического кризиса. В связи с этим, актуальной является цель настоящей работы – изучение территориальных закономерностей формирования цереброваскулярной патологии среди ЛПА ЧАЭС, проживающих в городах и сельских районах Донецкой области.

Материал и методы исследования

Нами были проанализированы частота возникновения цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), вегетососудистой дистонии (ВСД), гипертонической болезни (ГБ), а также распространённость данной патологии и смертность от неё ЛПА на ЧАЭС, постоянно проживающих в 19 городах и 14 сельских районах Донецкой области за период с 1996 по 2002 годы. В качестве материалов для исследования были использованы первичные медицинские документы городских и районных лечебно-профилактических учреждений, специализированной МСЭК, Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения и областной клинической больницы профессиональных заболеваний. Гигиеническая характеристика окружа-

ющей среды городов и районов Донецкой области проведена по данным многолетнего (1980–2002 гг.) мониторинга городских, районных и областной СЭС, учреждений Госкомгидромета и Минэкономбезопасности Украины. Все полученные результаты обрабатывались статистически по общепринятым методикам вариационной статистики [5] с расчётом относительных и средних (М) величин, их ошибок (m), а также степени (р) и критерия достоверности Стьюдента (t). Для получения составляющих показателей вычислялись стандартизованные по возрасту и дозовой нагрузке величины, при этом в качестве возрастного стандарта был использован состав населения Донецкой области по данным переписи 1989 г. [6].

Результаты обследования и их обсуждение

Гигиеническая оценка качества окружающей среды населённых мест Донецкой области позволила распределить их на группы, контраст-

ные по уровню техногенного загрязнения воздушного бассейна и почв. В группу с максимальной степенью загрязнения экологической среды

вошли наиболее крупные города с развитой многоотраслевой промышленностью (в том числе металлургической, химической и коксохимической) – Донецк, Мариуполь, Константиновка, Макеевка, Енакиево, Краматорск, Дружковка и Горловка. Суммарный показатель загрязнения атмосферного воздуха (СПЗВ) в них колебался от 3642,5 до 4521,5 условных единиц, составляя в среднем $3642,5 \pm 185,1$ усл.ед., а суммарный показатель загрязнения почвы (Zc находился в пределах 78,9–139,6 усл. ед. (в среднем $97,6 \pm 5,8$ усл. ед.). Группу городов с минимальной степенью антропогенного загрязнения экологической среды составили 11 населённых пунктов – средних и малых по численности населения, не имеющих таких крупных, как в I-й группе источников промышленных выбросов в окружающую среду: Дебальцево, Дзержинск, Доброполье, Красноармейск, Селидово, Славянск, Артёмовск, Снежное, Торез, Харцызск и Шахтёрск. СПЗВ в них колебался от 996,8 до 2155,8 усл. ед. (в среднем $1779,7 \pm 196,4$ усл. ед.), а Zc – от 14,9 до 25,6 усл. ед. (среднее значение на уровне $19,8 \pm 3,9$ усл. ед.).

Максимальные уровни техногенного загряз-

нения воздушного бассейна и почвы сельских районов Донецкой области отмечены в шести из них – в Первомайском, Володарском, Волновахском, Марьинском, Старобешевском и Ясиноватском. Колебания СПЗВ в данной группе районов составляют от 814,3 до 1986,5 усл. ед. (средний уровень $1498,7 \pm 210,5$ усл. ед.), а Zc – от 48,6 до 95,1 усл. ед. (в среднем $62,7 \pm 4,5$ усл. ед.). Наименьшие уровни антропогенного загрязнения окружающей среды не только среди сельских территорий, но и во всей области характерны для районов II-й группы сравнения – Александровского, Амвросиевского, Великоновоселковского, Краснолиманского, Новоазовского, Славянского, Тельмановского и Шахтёрского (значения СПЗВ находятся в пределах 297,1–913,6 усл. ед., составляя в среднем $670,8 \pm 102,3$ усл. ед.; значения Zc колеблются от 2,4 до 10,3 усл.ед., средний уровень данного показателя $8,2 \pm 1,7$ усл. ед.).

Изучение частоты возникновения и распространённости ЦВЗ среди ЛПА на ЧАЭС, постоянно проживающих в контрастных условиях экологической среды, дало результаты, представленные табл.1.

Таблица 1

Частота возникновения и распространённость ЦВЗ среди ликвидаторов, постоянно проживающих в городах и сельских районах Донецкой области ($M \pm m$, случаи на 10000 ЛПА, стандартизированные по возрасту и дозовой нагрузке показатели)

Степень загрязнения городов и районов области	Годы			Средне-годовые уровни
	1996–1997	1998–1999	2000–2002	
I группа – максимальный уровень загрязнения	$\frac{218,0 \pm 12,3}{539,9 \pm 40,5}$	$\frac{282,9 \pm 15,7}{970,1 \pm 65,3}$	$\frac{334,5 \pm 18,2}{1695,8 \pm 129,7}$	$\frac{281,9 \pm 19,4}{1074,3 \pm 80,2}$
	$\frac{120,9 \pm 10,7}{340,3 \pm 26,4}$	$\frac{117,5 \pm 12,3}{477,5 \pm 32,7}$	$\frac{143,2 \pm 14,1}{1212,0 \pm 78,3}$	$\frac{130,8 \pm 15,7}{675,9 \pm 81,2}$
II группа – минимальный уровень загрязнения	$\frac{152,7 \pm 11,2}{419,4 \pm 23,5}$	$\frac{175,8 \pm 15,3}{630,4 \pm 44,2}$	$\frac{218,9 \pm 19,0}{1501,4 \pm 103,2}$	$\frac{183,7 \pm 20,4}{849,5 \pm 69,1}$
	$\frac{73,8 \pm 6,5}{239,6 \pm 16,8}$	$\frac{77,6 \pm 7,5}{354,4 \pm 25,3}$	$\frac{90,5 \pm 8,6}{579,1 \pm 46,2}$	$\frac{84,3 \pm 9,1}{690,7 \pm 35,4}$

Примечание: в числителе – частота возникновения ЦВЗ, в знаменателе – распространённость ЦВЗ.

Как видно из данной таблицы, за исследованный 7-й отрезок времени (1996–2002 гг.) и частота возникновения, и распространённость ЦВЗ неуклонно повышались среди чернобыльцев, однако темп этого роста был различным в группах территорий, отличающихся по степени техногенного загрязнения атмосферного воздуха и почвы. Так, наиболее значительно частота возникновения ЦВЗ возросла среди ЛПА на ЧАЭС – жителей городов и сельских районов I-й группы (соответственно в 1,53 и 1,43 раза), в то время как среди чернобыльцев, постоянно проживающих в более благоприятных экологических условиях (населённые пункты II-й группы) – только в 1,19–1,21 раза. Подобная закономерность динамики свойственна и распространённости ЦВЗ. За исследованный период времени она увеличилась, причём более существенно, чем первичная заболеваемость, среди чернобыльцев – жителей населённых мест с высоким уровнем загрязнения окружающей среды (в 3,14–3,58 раза), в то время как аналогичное её увеличение среди ЛПА на ЧАЭС, проживающих

в городах и сельских районах II-й группы, составило 2,42–3,56 раза. В целом же, среднегодовые уровни цереброваскулярной патологии чернобыльцев достоверно ($p < 0,05$) выше в I-й группе городских агломераций, степень антропопрессии которых находится на максимальном в области уровне. Так, частота возникновения ЦВЗ среди чернобыльцев – жителей Донецка, Макеевки, Мариуполя, Константиновки, Енакиево, Горловки, Дружковки и Краматорска в 1,43 раза больше, чем среди ЛПА, проживающих в других городах области и в 1,22–2,1 раза выше, чем среди чернобыльцев – жителей сельской местности. Аналогичным образом и распространённость ЦВЗ среди ЛПА-жителей I-й группы городов достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в других анализируемых группах территорий (в 1,33–1,89 раза).

Изучение закономерностей формирования вегетососудистой дистонии (ВСД) среди ЛПА на ЧАЭС, проживающих в Донецкой области, позволило получить результаты, представленные в табл.2.

Таблица 2

Частота возникновения и распространённость ВСД среди ЛПА на ЧАЭС, постоянно проживающих в городах и сельских районах Донецкой области ($M \pm m$, случаи на 10000 ЛПА, стандартизованные по возрасту и дозовой нагрузке показатели)

Группы городов и сельских районов, различающихся по уровню техногенного загрязнения окружающей среды		Временные периоды (годы)			Средне-годовые уровни
		1996–1997	1998–1999	2000–2002	
Города	I группа	$\frac{435,7 \pm 32,6}{5486,6 \pm 457,2}$	$\frac{349,0 \pm 25,1}{4959,1 \pm 410,8}$	$\frac{252,7 \pm 22,9}{3108,9 \pm 282,3}$	$\frac{345,3 \pm 33,8}{4521,0 \pm 455,2}$
	II группа	$\frac{314,8 \pm 27,9}{4178,8 \pm 345,6}$	$\frac{237,5 \pm 18,7}{3635,0 \pm 303,4}$	$\frac{168,1 \pm 15,4}{2391,5 \pm 212,6}$	$\frac{242,1 \pm 26,5}{3401,3 \pm 285,7}$
Сельские р-ны	I группа	$\frac{352,0 \pm 28,1}{4072,3 \pm 302,5}$	$\frac{298,0 \pm 23,5}{3505,1 \pm 296,8}$	$\frac{196,9 \pm 16,5}{2614,3 \pm 205,4}$	$\frac{282,7 \pm 20,1}{3397,2 \pm 256,5}$
	II группа	$\frac{212,9 \pm 16,3}{3003,6 \pm 265,9}$	$\frac{161,2 \pm 12,4}{2395,5 \pm 209,4}$	$\frac{128,4 \pm 11,3}{1781,7 \pm 145,2}$	$\frac{167,2 \pm 15,2}{2393,2 \pm 183,4}$

Примечание: в числителе – частота возникновения ВСД, в знаменателе – распространённость ВСД.

Анализируя данные табл. 2., необходимо прежде всего отметить, что отличительной чертой динамики формирования ВСД среди чернобыльцев Донецкой области является как стойкое снижение уровней частоты возникновения,

так и распространённости данной патологии за исследуемый период времени. Это объясняется, с одной стороны, постепенным, но неуклонным переходом менее тяжёлых, начальных форм цереброваскулярной патологии (ЦВП) в более тя-

жёлые, а с другой – усовершенствованием диагностики ЦВП, позволяющей врачам-невропатологам ставить более точные, дифференцированные диагнозы ЦВЗ. Вместе с тем, следует отметить, что вышеупомянутое снижение показателей заболеваемости ВСД происходило с неодинаковыми темпами среди чернобыльцев, проживающих на территориях, контрастных по степени техногенного загрязнения окружающей среды. Так, среди ЛПА-жителей городов и сельских районов I-й группы это снижение было несколько менее значительным (по частоте возникновения – в 1,73–1,79 раза; по распространённости – в 1,56–1,77 раза), чем среди чернобыльцев, проживающих в более благоприятных экологических условиях (II-я группа городов и районов). Среднегодовалые уровни заболеваемости ВСД также достоверно

($p < 0,05$) выше у ЛПА-жителей населённых мест с низким качеством окружающей среды по сравнению с чернобыльцами из городов и сельских районов II-й группы (по частоте возникновения – в 1,4–2,1 раза; по распространённости – в 1,3–1,89 раза).

Течение ЦВЗ, в особенности отличающихся высоким риском развития осложнений, как правило, протекает на фоне повышенного артериального давления. Артериальная гипертензия наиболее существенно влияет на вероятность возникновения мозгового инсульта, в особенности геморрагического. В связи с этим, нами были проанализированы в динамике уровни частоты возникновения и распространённости гипертонической болезни (ГБ) среди чернобыльцев, проживающих в контрастных экологических условиях (табл. 3.)

Таблица 3

Частота возникновения и распространённость ГБ среди ЛПА на ЧАЭС, постоянно проживающих в городах и сельских районах Донецкой области ($M \pm m$, случаи на 10000 ЛПА, стандартизованные по возрасту и дозовой нагрузке показатели)

Группы городов и сельских районов, различающихся по уровню техногенного загрязнения окружающей среды		Временные периоды (годы)			Средне-годовые уровни
		1996–1997	1998–1999	2000–2002	
Города	I группа	$\frac{399,6 \pm 33,2}{3086,4 \pm 237,5}$	$\frac{536,8 \pm 40,3}{4302,1 \pm 328,6}$	$\frac{728,6 \pm 49,8}{6276,8 \pm 493,7}$	$\frac{554,3 \pm 48,5}{4554,7 \pm 383,1}$
	II группа	$\frac{334,2 \pm 24,1}{2314,9 \pm 192,5}$	$\frac{431,3 \pm 327,7}{3297,9 \pm 235,6}$	$\frac{551,1 \pm 39,6}{4462,8 \pm 371,5}$	$\frac{438,7 \pm 38,6}{3357,6 \pm 249,5}$
Сельские р-ны	I группа	$\frac{373,6 \pm 32,4}{2245,3 \pm 163,5}$	$\frac{441,0 \pm 33,7}{3311,3 \pm 254,7}$	$\frac{565,3 \pm 40,1}{4956,9 \pm 385,3}$	$\frac{459,7 \pm 38,3}{3504,2 \pm 292,4}$
	II группа	$\frac{269,3 \pm 19,8}{1847,2 \pm 134,1}$	$\frac{325,2 \pm 24,6}{2720,6 \pm 209,3}$	$\frac{418,5 \pm 29,8}{4145,7 \pm 236,5}$	$\frac{337,3 \pm 25,7}{2874,5 \pm 201,3}$

Примечание: в числителе – частота возникновения ГБ, в знаменателе – распространённость ГБ.

Как видно из данной таблицы, формирование ГБ среды ЛПА на ЧАЭС характеризуется возрастающей тенденцией. Темп роста этой патологии практически одинаков в городах и сельских районах, различающихся по степени антропогенного загрязнения окружающей среды. Так, за период с 1996 по 2002 гг. первичная заболеваемость ГБ возросла среди чернобыльцев-жителей экологически неблагоприятных мест в 1,51–1,82 раза, а среди этого же контингента из II-й груп-

пы территорий – в 1,55–1,65 раза. Аналогичная закономерность выявлена нами и для распространённости ГБ: она увеличилась среди ЛПА, постоянно проживающих в городах и районах I-й группы, в 2,03–2,21 раза, а среди чернобыльцев- жителей населённых мест II-й группы – в 1,93–2,24 раза. В то же время, установлено, что среднегодовалые уровни ГБ достоверно ($p < 0,05$) выше среди ЛПА, проживающих в менее благоприятных экологических условиях по

сравнению с чернобыльцами из II-й группы населённых мест (по частоте возникновения – в 1,26–1,64 раза; по распространённости –

в 1,36–1,58 раза).

Изучение смертности чернобыльцев от ЦВЗ дало результаты, представленные в табл.4.

Таблица 4

Смертность от ЦВЗ ЛПА на ЧАЭС, постоянно проживающих в городах и сельских районах Донецкой области ($M \pm m$, случаи на 10000 ЛПА, стандартизованные по возрасту и дозовой нагрузке показатели)

Группы городов и сельских районов, различающихся по уровню техногенного загрязнения окружающей среды		Временные периоды (годы)			Средне-годовые уровни
		1996–1997	1998–1999	2000–2002	
Города	I группа	549,5±28,7	496,6±31,2	590,6±38,4	545,0±42,6
	II группа	356,8±25,0	232,5±20,6	414,5±34,8	334,0±31,7
Сельские	I группа	169,5±14,8	409,2±22,7	514,3±43,4	420,7±23,5
	II группа	183,4±15,9	219,0±18,7	336,4±24,3	318,8±26,5

Анализируя данные табл. 4., необходимо отметить, что смертность ЛПА от ЦВЗ за исследованный отрезок времени (1996–2002 гг.) возросла во всех населённых пунктах Донецкой области, однако величина этого прироста была различной в сравниваемых группах территорий.

Наиболее существенный прирост смертности по причине ЦВЗ зафиксирован среди чернобыльцев, постоянно проживающих в сельской местности (в 1,81–3,04 раза), в городах же его увеличение было менее значительным (в 1,075–1,163 раза). Кроме этого, анализируя динамику смертности от ЦВЗ по двухлетним периодам, можно констатировать наличие и здесь определённых отличий между группами чернобыльцев городов и сельских районов. Так, если в сельской местности среди ЛПА наблюдается чётко выраженная, прямолинейно возрастающая тенденция смертности от ЦВЗ, то в городах этот показатель вначале существенно снизился (в 1,21–1,58 раза) во втором периоде (1998–1999 гг.), а потом (с 2000г.) значительно вырос (в 1,2–1,8 раза). В целом отмечена устойчивая закономерность прогрессивного увеличения смертности чернобыльцев от ЦВЗ по мере ухудшения экологической обстановки: в городах I-й группы (максимальный в области уровень антропопрессии) её уровень выше в 1,63 раза, чем в городах II-й группы, в 1,3 раза больше, чем в сельских районах I-й группы и в 1,71 раза выше, чем в районах II-й группы.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Условия проживания ЛПА в населённых местах Донецкой области существенно различаются в зависимости от наличия и величины источников техногенного загрязнения окружающей среды. Наиболее напряжённая экологическая обстановка сложилась в городах Донецк, Мариуполь, Константиновка, Макеевка, Енакиеве, Краматорск, Дружковка и Горловка, где уровень антропогенного загрязнения воздушного бассейна и почв является самым высоким в регионе ($СПЗВ=3642,5 \pm 185,1$ усл. ед.; $Z_c=97,6 \pm 5,8$ усл. ед.). Наиболее благоприятные в экологическом отношении условия жизни населения отмечены в Александровском, Амвросиевском, Великоновоселковском, Краснолиманском, Новоазовском, Славянском, Тельмановском и Шахтёрском сельских районах, где уровень антропопрессии окружающей среды является самым низким в области ($СПЗВ=670,8 \pm 102,3$ усл. ед.; $Z_c=8,2 \pm 1,7$ усл. ед.).

2. Установлено, что ведущей закономерностью динамики ГБ и ЦВЗ у ЛПА является её прогрессивный рост (за исключением ВСД), более выраженный среди чернобыльцев, проживающих в неблагоприятных экологических условиях. Динамика частоты возникновения и распространённости ВСД среди ЛПА имеет негативную тенденцию, менее выраженную среди тех, кто проживает в городах и районах с высоким качеством окружающей среды.

3. Среднегодовое количество уровней частоты возникновения, распространенности ГБ, ЦВЗ, а также смертности от них максимальны ($p < 0,05$) среди ЛПА, постоянно проживающих в населенных местах с высоким уровнем техногенного загрязнения экологической среды и минимальны ($p < 0,05$) среди чернобыльцев-жителей территорий с минимальной степенью антропопрес-

сии окружающей природной среды.

Выявленные современные закономерности формирования цереброваскулярной патологии среди ЛПА на ЧАЭС, проживающих в экокризисном регионе Украины – Донецкой области, будут учтены при разработке научно обоснованной программы профилактики ЦВЗ среди данного контингента населения Донбасса.

А.Г. Джоджуа, С.В. Грищенко

ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В ЕКОКРИЗОВОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Проаналізовані закономірності формування цереброваскулярної патології серед ліквідаторів аварії на ЧАЕС, які мешкають в Донецькій області, за період з 1996 до 2002 рр. Визначені особливості частоти виникнення, поширеності цереброваскулярних захворювань та гіпертонічної хвороби, а також смертності від них даного контингенту населення в залежності від рівня техногенного забруднення навколишнього середовища. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.40-45)

A.G. Djodjua, S.V. Grishenko

THE LEGITIMACY OF THE FORMATION OF CEREBROVASCULAR PATHOLOGY AMONG LIQUIDATORS OF THE INCIDENT AT THE CAPP, LIVING IN THE ECOLOGICALLY CRITICAL REGIONS OF UKRAINE

Donetsk State Medical University

Trough the period of 1996-2002 the legitimacy of the formation of cerebrovascular pathology has been analyzed among liquidators of the incident at the CAPP, living in Donetsk region. The specialty of the derivation periodicity and the spread of the cerebrovascular disorders and hypertonic disorder have been detected. Moreover, the mortality has been calculated depending on the level of industrial pollution. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.40-45)

Литература

1. Агарков В.И., Грищенко С.В., Грищенко В.П. Атлас гигиенических характеристик экологической среды Донецкой области. – Донецк: Донеччина, 2001. – 140 с.
2. Агарков В.И., Пovyшсева О.А., Грищенко С.В. Смертность населения и её детерминантность в условиях Донбасса. – Донецк: Донеччина, 1999. – 145 с.
3. Бар'яхтар В., Бобильова О. Узагальнені дані Ані МОЗ України щодо оцінки наслідків аварії на Чорнобильській АЕС для здоров'я населення республіки // Ойкумена. Укр.

Екологічний вісник, 1991. – №4. – С.101–103.

4. Иванов В.К., Цыб А.Ф., Иванов С.Н. Ликвидаторы Чернобыльской катастрофы: радиационно-эпидемиологический анализ медицинских последствий. – М.: Галанис, 1999. – 312 с.
5. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під ред. Вороненка Ю.В., Москаленка В.Ф. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 634 с.
6. Население Донецкой области (по данным Всесоюзной переписи населения 1989 г.) / Дон. Обл. упр. стат. – Донецк, 1991. – 185 с.

Поступила в редакцию 10.06.2004

УДК: 616.831-005-06

*А.А. Козелкин, В.И. Дарий, Т.П. Гамалий, С.А. Козелкина, Т.П. Терновая***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ПОЛУШАРНЫЙ ИНСУЛЬТ С ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: мозговой инсульт, качество жизни, интрацеребральные осложнения

Проблема сосудистых заболеваний головного мозга и особенно их острых форм в виде мозговых инсультов весьма актуальна и имеет не только огромное медицинское, но и социально-экономическое значение. Особенную опасность представляют мозговые инсульты с различными интрацеребральными осложнениями, нередко приводящие к смертельным исходам [1,3].

Под нашим наблюдением в клинике нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета находилось 100 больных, страдающих мозговым полушарным ишемическим инсультом (МПИИ), из них 67 человек в остром периоде имели различные интрацеребральные осложнения (ИО). Ведущими этиологическими факторами развития ишемического инсульта явились атеросклероз (49 человек) и сочетание атеросклероза с гипертонией (51 человек).

Крайне важным в остром периоде МИ явилось исследование состояния структур вне основного очага МИ: диэнцефальных, стволовых и корешковых дисфункций, которое было проведено в соответствии с уровнем и локализацией поражения. Так, учитывая характеристику осложненного синдрома, имеющего место при ИОПИИ в его остром периоде, нами были выделены: диэнцефальный, мезэнцефальный и понто-бульбарный уровни поражения, описанные в литературе (2,4). Проводился анализ мышечно-дистонического и пирамидного гомолатерального синдрома. Проведенное исследование общемозгового и очагового синдрома в динамике течения острого периода МПИИ обнаружило его значительный полиморфизм и вариабельность, связанные с различным вовлечением в патологический процесс структур мозга вне мозгового основного очага.

По данным клинического обследования в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта на первый план

выступали очаговые нарушения (двигательные, чувствительные, вегетативные, координаторные, расстройства высших психических функций). Общемозговые синдромы были выражены незначительно или отсутствовали. Неврологическое обследование позволило разделить 100 выживших больных в раннем восстановительном периоде на три группы в зависимости от выраженности неврологических расстройств: 1) вариант благоприятного исхода ИОПИИ с резко выраженными проявлениями интрацеребральных осложнений, с глубоко выраженным очаговым двигательным неврологическим дефицитом (ОАД в пределах 2 - 2,5 балла) и речевым дефицитом в раннем восстановительном периоде в стадии выраженных расстройств (18 больных); 2) вариант благоприятного исхода ИОПИИ с умеренно выраженными проявлениями интрацеребральных осложнений, с менее выраженным очаговым двигательным неврологическим дефицитом (ОАД в пределах 3-4 балла) и речевым дефицитом в раннем восстановительном периоде в стадии выраженных расстройств (49 больных), 3) вариант благоприятного исхода ПИИ без ИО с ограниченными последствиями инсульта (33 человека).

При количественной оценке полушарных нарушений имело место достоверное изменение двигательных и речевых нарушений. Двигательный дефицит оценивали по шестибальной шкале Гольдблата (0, 1, 2, 3, 4, 5 баллов) относительно суммы объема активных движений в ноге, стопе, руке и кисти (20 баллов максимально). Уровень самообслуживания оценивался по индексу Бартеля (максимально 100 баллов). Речевые нарушения в виде моторной, сенсорной афазий учитывались по 3-х бальной шкале (1 балл – минимальные проявления, 2 – выраженные, 3 – полное отсутствие данных видов речи).

Количественные изменения речевых, двига-

тельных нарушений и индекса Бартеля (на 17-21 и 35-42 сутки) в зависимости от наличия интрацеребральных осложнений в ост-

ром периоде заболевания у больных полушарным ишемическим инсультом представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Изменения речевых, двигательных нарушений и индекса Бартеля (на 17-21 сутки) в зависимости от наличия и выраженности интрацеребральных осложнений в остром периоде полушарного ишемического инсульта

	1-я группа n=18	2-я группа n=49	3-я группа n=33
Движения	6,14+0,75* **	14,8+0,35* **	17,3+0,4*
Речь моторная	0,56+0,26	0,45+0,13	0,39+0,14
Речь сенсорная	0,33+0,18	0,24+0,09	0,3+0,13
И.Бартеля	74,4+3,18* **	91,3+1,7* **	97,3+0,7*

Примечание: n – количество больных, * - достоверные отличия 1-й и 2-й группы от 3-й, ** - достоверные отличия 1-й и 2-й групп.

Как видно из вышеприведенной таблицы, отмечались достоверные отличия по двигательному дефициту и шкале самообслуживания Бартеля между всеми тремя группами больных в раннем восстановительном периоде в зависимости от наличия и тяжести течения интрацеребральных осложнений в остром периоде заболевания. Достоверных раз-

личий в речевых нарушениях не отмечалось.

Динамика изменения речевых, двигательных нарушений и индекса Бартеля (на 35-42 сутки) в зависимости от наличия и выраженности интрацеребральных осложнений в остром периоде заболевания у больных полушарным ишемическим инсультом представлена в таблице 2.

Таблица 2

Изменения речевых, двигательных нарушений и индекса Бартеля (на 35-42 сутки) в зависимости от наличия и выраженности интрацеребральных осложнений в остром периоде полушарного ишемического инсульта

	1-я группа n=18	2-я группа n=49	3-я группа n=33
Движения	8,19+1,03* **	16,8+0,36* **	18,5+0,27*
Речь моторная	0,44+0,23	0,29+0,1	0,27+0,1
Речь сенсорная	0,28+0,18	0,18+0,08	0,24+0,1
И. Бартеля	82,2+3,8* **	96,3+1,03* **	99,6+0,25*

Примечание: n – количество больных, * - достоверные отличия 1-й и 2-й группы от 3-й, ** - достоверные отличия 1-й и 2-й групп

Таким образом, наличие дизэнцефальных, мезэнцефальных и понто - бульбарных расстройств стволовых отделов мозга существенно влияет на течение мозгового ишемического инсульта, замедляя и затрудняя восстановительные процессы, при этом свидетельствующие о выраженных изменениях в срединных структурах мозга вследствие отека - набухания головного мозга и дислокационных проявлений. Наличие в острейшем периоде МИИ признаков вышеуказанных дисфункций мозговых структур вне основного очага является фактором, значительно утяжеляющим течение МПИИ.

Необходимо отметить, что ранний восстановительный период у больных с МИИ с интрацеребральными осложнениями характеризуется более медленными процессами восстановления двигательных, речевых и когнитивных расстройств, что существенно влияет на уровень самообслуживания больного, речевого контакта с окружающими, а следовательно на качество жизни больного. При этом следует отметить, что качество жизни больного, перенесшего МИИ с интрацеребральными осложнениями, значительно влияет на качество жизни близких родствен-

ников, т.к. эта категория больных требует постоянного ухода длительный период времени. Проблема качества жизни постинсультных больных, перенесших в остром периоде ИО не только медицинская, но и социально-экономическая. Реа-

билитационные мероприятия у этих больных должны проводиться более длительно с дифференцированным использованием различных нейрореабилитационных методов и более активной фармакотерапией.

А.А. Козьолкін, В.И. Дарій, Т.П. Гамалій, С.А. Козьолкіна, Т.П. Тернова

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗКОВИЙ ІШЕМІЧНИЙ ПІВКУЛЬБОВИЙ ІНСУЛЬТ З ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Запорізький державний медичний університет

Під нашим спостереженням у клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету знаходилося 100 хворих, що перенесли мозковий півкульовий ішемічний інсульт, з них 67 чоловік у гострому періоді мали різні інтрацеребральні ускладнення. Виявилось, що наявність у найгострішому періоді мозкового ішемічного інсульту ознак вищевказаних процесів поза основним вогнищем є чинником, який набагато ускладнює його плин і результат. Це значною мірою відбивалося на якості життя цих хворих, вивченому за шкалою Бартеля. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.46-48)

A.A. Kozyolkin, V.I. Dariy, T.P. Gamaliy, S.A. Kozyolkina, T.P. Ternovaya

LIVING STANDART OF PATIENTS AFTER CEREBRAL HEMISPHERIC ISCHEMIC STROKE WITH INTRACEREBRAL COMPLICATION

Zaporozhye State Medical University

One hundred patients suffering from cerebral hemispheric ischemic stroke were observed in the Clinical Centre of nervous diseases at Zaporozhye State Medical University. Among them 67 patients had different intracerebral complication in the acute period. It has been revealed, that the extrafocal disorders in the most acute period of the cerebral ischemic stroke resulted in the aggravation of the disease, its outcome and considerably influenced on the living standart of the patients, determined by Bartel scale. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.46-48)

Литература

1. Виленский Б.С., Широков Е.А., Гриневиц Т.В. Классификация осложненных инсульта. Материалы научно-практической конференции. С.-Петербург.- 2000.- С. 279.
2. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. - СПб.: Фолиант, 2003. - 397 с.

3. Віничук С.М. Судинні захворювання головного мозку та спинного мозку. – Київ, 1996. – 115 с.
4. Коршунов Д.Г. Значение стволовой дисфункции в хирургическом лечении больных с разорвавшимися аневризмами сосудов головного мозга: Дис...канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 1992.- 205 с.

Поступила в редакцию 22.06.2004

УДК 616.831-005: 616.89-008.434.5-085

*О.Е. Дубенко, Н.В. Атамась, А.В. Чикало, Р.В. Данько, О.В. Кулешова***ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Центр медико-социальной реабилитации «Здоровье», г. Черкассы

Ключевые слова: афазии, реабилитация, функциональное восстановление, мозговой кровотока

Социальная значимость инсультов обусловлена не только высокой заболеваемостью и смертностью, но и их последствиями – развитием стойкой инвалидизации с потерей трудоспособности [1, 2]. Проблема нейрореабилитации в резидуальном периоде инсульта, особенно при поражении доминантного полушария, требует особого внимания, так как более 50% больных имеют выраженные нарушения высших психических функций, в том числе речи [3]. Наличие речевого дефекта, который часто сопровождается нарушением чтения, письма, даже при удовлетворительном восстановлении двигательных расстройств, значительно снижает коммуникативные возможности больных, угнетает повсед-

невную жизненную активность, способствует социальной изоляции, что значительно ухудшает качество их жизни. Компенсация неврологического дефицита у больных инсультом зависит от многих факторов, в том числе от адекватного функционирования интра- и экстракраниальных сосудистых анастомозов, обеспечивающих коллатеральное кровообращение [4].

Целью настоящего исследования стало выявление особенностей формирования, характера и тяжести афатических синдромов и степени их восстановления в зависимости от компенсаторных возможностей мозгового кровообращения по данным ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) у больных, перенесших ишемический инсульт.

Материал и методы исследования

Обследовано 48 больных, перенесших ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии (СМА) (в доминантном полушарии), мужчин – 20, женщин – 28. Средний возраст составил $56,1 \pm 1,2$ года. Причинными факторами инсульта были: гипертоническая болезнь – у 44 больных, атеросклероз крупных артерий (и его сочетание с гипертонической болезнью) – у 28 и кардиогенная эмболия при неклапанной фибрилляции предсердий – у 7 больных. Характер и локализация инсультного очага у всех больных были верифицированы с помощью компьютерной томографии.

УЗДГ проводилась с помощью ультразвукового доплерографа «Сономед-300» с линейными датчиками 2,4 и 8 МГц. Проводилось исследование экстракраниальных отделов внутренних сонных артерий и транскраниального кровотока в СМА, передней мозговой артерии (ПМА) и задней мозговой артерии (ЗМА), внутричерепных отделах позвоночной артерии ((ПА) сегмент V4) и основной артерии (ОА). Для определения

функционирования глазничного анастомоза и степени его участия в коллатеральном кровообращении проводилась периорбитальная доплерография, инсонация кровотока по надблоковым артериям (НБА) с проведением компрессионной пробы. Оценивали линейную скорость кровотока (ЛСК) [5], коэффициент асимметрии (КА), индекс циркуляторного сопротивления (RI). Полученные результаты сравнивались с показателями здоровых соответствующих возрастных групп [6].

Больные были обследованы в сроки от 3-х до 6 месяцев после перенесенного инсульта, когда уже сформировались чёткие афатические синдромы [7]. Динамику восстановления экспрессивной и импрессивной стороны речи оценивали по опроснику (Speech Questionnaire по N.D. Lincoln, D. Wade) [8]. Общее функциональное восстановление оценивали по профилю PULSES и индексу Бартела [8]. Оценка проводилась дважды: до лечения и после курса реабилитации через 28 дней. Курс нейрореабилитации включал занятия

с логопедом с дифференцированным использованием различных методик в зависимости от разных форм афазии [9, 10]: восстановление звукопроизношения, связной речи, растормаживание экспрессивной стороны речи, стимулирование понимания речи на слух; а также оккупационную терапию (восстановление бытовых навы-

ков), лечебную гимнастику и медикаментозное лечение (гипотензивные препараты, антиагреганты, ноотропы, витамины).

Полученные результаты обработаны статистическими методами, достоверность различий исследуемых параметров оценивали с помощью критерия Стьюдента.

Результаты обследования и их обсуждение

У обследованных больных были выделены следующие формы афазий: эфферентно-моторная (ЭМА) – у 26 больных, афферентно-моторная афазия (АМА) – у 12 больных, амнестическая афазия (АА) – у 10 больных, в структуре которой различали акустико-мнестическую афазию (АМА) – у 5 больных, оптико-мнестическую афазию – у 1 больного, и «чистую» амнестическую афазию – у 4 больных.

Для оценки динамики восстановления речи и общих функциональных возможностей больные были разделены на две группы в зависимости от состояния магистральных артерий головы, степени поражения их атеросклеротическим процессом, состояния сосудов виллизиева круга и коллатерального кровообращения. Первую группу составили 25 больных с классическим вариантом строения виллизиева круга, отсутствием гемодинамически значимых стенозов сонных артерий и удовлетворительным коллатеральным кровообращением. Во вторую группу включены 23 больных с признаками ипсилатерального стенозирующего атеросклеротического процесса сонных артерий и атипичным строением виллизиева круга. При атипичном

строении сосудов виллизиева круга аплазия передней соединительной артерии наблюдалась у 3 больных, одной задней соединительной артерии – у 5 больных, обеих задних соединительных артерий – у 2, гипоплазия одной задней соединительной артерии – у 3, задней соединительной и позвоночной артерии у 1 больного. Снижение скоростных параметров кровотока как по каротидному, так и по вертебральному руслу отмечалось практически у всех больных, однако атипичное строение виллизиева круга было неблагоприятным в функциональном плане и сопровождалось более выраженными изменениями ЛСК в СМА, ПМА, ПА и ЗМА (таблица 1). Увеличение циркуляторного сопротивления характеризовалось повышением индекса RI, отражающего состояние сопротивления кровотоку дистальнее места измерения, который был наиболее значительно повышен в сосудах каротидного бассейна у больных второй группы. При нарушении функционирования анастомоза через переднюю соединительную артерию отмечалось функционирование задней соединительной артерии, что сопровождалось увеличением ЛСК в ЗМА и ОА.

Таблица 1

Гемодинамические показатели у больных, перенесших ишемический инсульт с афатическими нарушениями

Артерия	Гемодинамический показатель							
	ЛСК (см/с)				RI			
	1-я группа		2-я группа		1-я группа		2-я группа	
ВСА	38,3±4,2	38,5±2,7	31,1±2,8	37,1±2,8	0,69±0,18	0,65±0,28	0,82±0,17	0,66±0,14
СМА	38,4±2,8	43,2±4,1	37,5±3,6	41,2±4,4	0,62±0,2	0,57±0,18	0,71±0,21	0,59±0,9
НБА	9,1±1,3	10,0±0,7	9,0±4,3	9,3±0,7	0,81±0,16	0,72±0,04	0,85±0,21	0,78±0,06
ПМА	56,2±4,1	51,2±4,7	34,2±3,6	33,5±2,1	0,57±0,07	0,52±0,04	0,6±0,05	0,58±0,06
ЗМА	32,7±4,3	35,6±1,8	42,2±4,1	39,3±4,1	0,6±0,05	0,58±0,09	0,62±0,09	0,56±0,1
ПА	18,2±3,5	22,1±3,1	27,3±2,8	26,7±3,3	0,82±0,06	0,69±0,07	0,75±0,08	0,94±0,07
ОА	28,3±3,8		37,5±2,6		0,8±0,09		0,77±0,04	
сторона поражения	слева	справа	слева	справа	слева	справа	слева	справа

Оценка степени тяжести нарушений речи при разных формах афазий показала, что их выраженность была сопоставима в обеих группах (таблица 2). Экспрессивная сторона речи страдала в большей степени у больных с АМА и ЭМА. Более выраженные нарушения импрессивной стороны речи отмечались в группе больных с АА, особенно при акустико-мнестической форме. Положительная динамика восстановления речи после курса реабилитации наблюдалась в обеих группах. У больных с ЭМА улучшилась беглость речи, увеличилось количество спонтанно произносимых слов, появилась возможность отвечать на вопросы короткими предложениями, повторять серии слов, а также участвовать в диалоге с ограниченными (короткими) ответа-

ми. У больных с исходно нетяжёлой афазией появилась возможность построить фразу по сюжетной картинке, используя помощь. У больных с АМА отмечалось появление спонтанного произнесения отдельных слов, улучшилось повторение отдельных звуков и слов, воспитание речевых автоматизмов, уменьшилось количество парафазий. Стало возможным также произнесение общепринятых фраз «до свидания», «спасибо» и давать адекватный речевой ответ на знакомые фразы типа «привет», «доброе утро». У больных с АА формировалась возможность называния обиходных предметов, частичное восстановление предметного, цветового, пространственного гнозиса, увеличилось количество имён существительных в спонтанной речи.

Таблица 2

Динамика восстановления афатических нарушений после перенесенного ишемического инсульта по опроснику речи в зависимости от состояния мозгового кровотока

Форма афазии	1-я группа (n=25)					
	До лечения			После лечения		
	Экспрессивная речь	Импрессивная речь	Общая оценка	Экспрессивная речь	Импрессивная речь	Общая оценка
АМА (n=7)	7,1±1,8	2,5±0,6	10,1±1,2	12,1±1,7	2,9±0,2	15,55±2,1
ЭМА (n=14)	7,75±1,6	1,9±0,4	9,65±0,9	12,15±1,6	2,5±0,3	14,65±1,9
АА (n=4)	8,86±0,9	1,6±0,3	10,5±1,1	13,3±1,2	2,16±0,1	14,4±1,6
2-я группа (n=23)						
	До лечения			После лечения		
	Экспрессивная речь	Импрессивная речь	Общая оценка	Экспрессивная речь	Импрессивная речь	Общая оценка
	АМА (n=5)	7,05±1,6	2,1±0,2	9,1±1,2	9,2±0,8	2,3±0,3
ЭМА (n=12)	7,55±1,8	1,95±0,1	9,5±0,8	10,05±1,1	2,4±0,2	12,4±0,9*
АА (n=6)	8,6±1,1	1,6±0,2	10,2±1,1	11,1±1,3	1,9±0,09	12,9±0,8*

* - P < 0,05 – достоверность различий между показателями 1-й и 2-й группы

Сравнительная оценка динамики афатических нарушений выявила, что в группе больных с сохранённым коллатеральным кровотоком вос-

становление речевых функций было лучше и происходило более быстрыми темпами, что проявлялось также в более значительном приросте

баллов по речевому опроснику (таблица 2).

Общее функциональное состояние больных в среднем оценивалось как умеренная или выраженная зависимость от посторонней помощи при сохранении некоторой активности в передвижении. Степень выраженности функциональных нарушений была несколько ниже во 2-й группе. Так, в 1-й группе индекс Бартела до лечения составлял $68,7 \pm 2,3$ балла, сумма баллов по профилю PULSES $21,1 \pm 1,7$ баллов, во 2-й группе $57,6 \pm 3,1$ и $22,8 \pm 2,2$ баллов соответственно. После курса реабилитации положительная динамика функционального статуса отмечалась в обеих группах, однако в 1-й группе наблюдалось более значительное увеличение функциональных возможностей. Так, индекс Бартела после лечения в 1-й группе составил $89,6 \pm 3,1$ баллов, во 2-й – $78,4 \pm 28$ баллов. Сумма баллов в профиле PULSES уменьшилась до $16,3 \pm 1,8$ баллов и $18,5 \pm 1,5$ баллов соответственно. Эти различия были статистически достоверными ($p < 0,05$).

Таким образом, улучшение речевых функций

под влиянием реабилитации протекало параллельно с общим функциональным восстановлением и способствовало увеличению независимости больных в быту, их коммуникативных возможностей, повышению интереса к окружающей жизни.

Выводы.

1. Восстановление речевых функций под влиянием курса реабилитации зависит не только от исходной выраженности афатических нарушений, но и в значительной степени от состояния артерий виллизиева круга и эффективности коллатерального кровообращения.

2. Состояние сосудов виллизиева круга и коллатеральной компенсации оказывает существенное влияние на исход общего функционального восстановления у больных, перенесших ишемический инсульт в доминантном полушарии.

3. Восстановление нарушенных речевых функций после перенесенного инсульта способствует улучшению общего функционального статуса, повышению независимости больных, уменьшению инвалидизации.

О.Є. Дубенко, Н.В. Атамась, О.В. Чикало, Р.В. Данько, О.В. Кулешова

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ РОЗЛАДІВ МОВИ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Центр медико-соціальної реабілітації «Здоров'я», м. Черкаси

З метою виявлення особливостей відновлення порушення мови в залежності від компенсаторних можливостей мозкового кровообігу у хворих, які перенесли ішемічний інсульт, обстежено 48 хворих з різними формами афазій. Стан мозкового кровообігу досліджували методом ультразвукової транскраніальної доплерографії. Динаміку відновлення функцій мови оцінювали за опитувальником, динаміку загального функціонального стану – за допомогою індексу Бартела та профілю PULSES. Наведено, що відновлення функцій мови в значній мірі залежить від стану артерій вільзієва кола та ефективності коллатерального кровообігу. Відновлення мови відбувається гірше у хворих, які мають атеросклеротичні стенозуючі ураження сонних артерій, аномалії судин та незадовільний коллатеральний кровообіг. Покращення функцій мови сприяє підвищенню загального функціонального стану після перенесеного ішемічного інсульту. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.49-53)

O.E. Dubenko, N.V. Atamas, A.V. Chikalo, R.V. Danko, O.V. Kuleshova

EFFICIENCY OF SPEECH DISORDER REHABILITATION IN PATIENTS AFTER ISCHEMIC STROKE DEPENDING OF CEREBRAL BLOOD FLOW

The Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education The centre of medical and social rehabilitation «Health», Cerkassy

With the purpose of estimation of speech function recovery depending of cerebral blood flow 48 aphasic patients after ischemic stroke were examined. The cerebral blood flow was measured by transcranial Doppler. Recovery of speech function was estimated on Speech Questionnaire and functional outcome on Barthel Index and PULSES Profile. It shown that speech recovery mainly depended on circle Willisii arteries state and efficiency of collateral circulation. The speech recovery is worsening in patients who had carotid stenosis, structure anomaly of Willisii circle and functional impairment of collateral circulation. The improvement of speech function promotes increase of common functional state after ischemic stroke. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.49-53)

Литература

1. Москаленко В.Ф., Волошин П.В., Петрашенко П.Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т.9, Вип. 1(26), - С. 5-7.
2. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Журнал неврологи и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Вып. 9 (Инсульт. Приложение к журналу). – С. 3-7.
3. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта // Журнал неврологи и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Вып. 9 (Инсульт. Приложение к журналу). – С. 194.
4. Подлеснова Е.Ю. Анатомические и функциональные составляющие цереброваскулярного резерва у больных инсультом // Журнал неврологи и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Вып. 9 (Инсульт. Приложение к журналу). – С. 152.
5. Кунцевич Г.И. Ультразвуковая доплерография сосудов дуги аорты и их ветвей: Метод. рекомендации. – М.: Ин-т хирургии им. А.В. Вишневского. Спектрмед, 1996. – С.65-68
6. Никитин Ю.М. Ультразвуковая доплерография в диагностике поражений магистральных артерий головы и основания мозга: Метод. рекомендации. – М.: Спектрмед, 1995. – 45 с.
7. Болезни нервной системы/ Руководство для врачей под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана в двух томах. Том 1. – Москва, “Медицина”, 744 с.
8. Белов А.Н., Шепетов О.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации – М.: Антидор, 2002. - 440 с.
9. Большакова С.Е. Речевые нарушения у взрослых и их преодоление – М.: ЭКСМО – Пресс, 2002. - 160 с.
10. Визель Т.Г. Как вернуть речь – М.: В. Секачев, 1998. - 216 с.

Поступила в редакцию 25.06.2004

УДК 616.831 – 001 : 681.3

*В.Г. Назаренко, С.Я. Семисалов, Д.Ю. Сайко***СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, принципы стандартизации

Интенсификация жизни в начале третьего тысячелетия, являясь проявлением тенденций мировой глобализации, привела к значительному росту травматизма и черепно-мозгового (ЧМТ), в частности [2,3].

Найти оптимальные условия адекватной помощи больным с ЧМТ, исходя из социально-экономических возможностей сегодняшней медицины Украины, позволяет проведение клинко-эпидемиологических исследований с применением современных программно-вычислительных технологий [6].

Предстоящее введение в здравоохранение Украины страховой медицины, требует от медицинских работников определенных знаний и соблюдения нормативных правил и технологий при проведении диагностических и лечебных мероприятий при оказании помощи пострадавшим с ЧМТ на всех ее этапах [9].

Следует отметить, что стандарты оказания помощи больным, принятые в Европе и других развитых странах, не могут быть слепо скопированы и внедрены в Украине. Это обуславливается не только уровнем экономического развития, но и многими иными факторами. К таким особенностям, в первую очередь, относятся темпы развития черепно-мозгового травматизма, которые имеют выраженные региональные особеннос-

сти. Так, в Донецкой области ежегодный рост ЧМТ составляет 8%, в отличие от данных Всемирной организации здравоохранения, где этот показатель составляет 2% [8]. В то же время высокие темпы роста ЧМТ обусловлены преобладающим увеличением количества травмированных с легкой черепно-мозговой травмой, куда отнесены, в соответствии с межведомственной классификацией, принятой на 111 всесоюзном съезде нейрохирургов в 1986 г., сотрясение и ушиб головного мозга легкой степени [1,2].

Таким образом, постоянно растущее число пострадавших с сотрясением и ушибом головного мозга легкой степени, определяет увеличивающуюся нагрузку неврологов, которым приходится в большинстве случаев оказывать помощь этой категории больных в остром и в последующих периодах травмы [4,5,10].

Все это обусловило целесообразность и актуальность разработки стандартов (протоколов) проведения лечебно-диагностических мероприятий при оказании помощи больным с легкой ЧМТ на различных ее этапах.

Цель исследования. На основании проведения длительного динамического клинко-эпидемиологического исследования ЧМТ разработать стандарты лечебно-диагностической помощи на различных этапах ее оказания.

Материал и методы исследования

В основу разработанных предложений положены результаты выборочного клинко-эпидемиологического исследования острой ЧМТ, проведенного на базе Донецкого областного нейрохирургического центра за 1996-2002 г.г. с использованием специально разработанной информационной системы (ИС) «Медик-ЧМТ» [7]. Изучались случаи ЧМТ у взрослого населения (старше 14 лет) полученные на

территории г.Донецка. Закодированы и введены в компьютер данные о 17491 больных с легкой черепно-мозговой травмой (11996 мужского пола и 5495 - женского). Больных с сотрясением головного мозга было 16052 (91,8%), из них мужского пола – 10835 и женского-5216. Ушибы головного мозга легкой степени составили 8,2% (1439 больных); мужского пола – 1160 и женского – 279.

Результаты исследования и их обсуждение

При разработке стандартов проведения лечебно-диагностических мероприятий учитывались экономические возможности современной медицины в Украине, достаточные знания врачами особенностей нейротравматологической патологии, приемов исследования и проведения комплекса необходимых манипуляций.

Определение. Сотрясение головного мозга – легкая форма ЧМТ, сопровождающаяся кратковременным расстройством сознания (до 7-10 минут), выраженными общемозговыми симптомами (головная боль, головокружение, тошнота, рвота), вегето-сосудистыми нарушениями (гипергидроз, колебания температуры кожи, неустойчивость артериального давления, пульса), редко отмечаются быстроисчезающие неврологические очаговые симптомы (расстройства памяти, быстро исчезающий спонтанный горизонтальный нистагм, асимметрия носогубных складок и т.д.). Сотрясение головного мозга не сопровождается нарушением витальных функций и не приводит к летальным исходам. При сотрясении головного мозга нет повреждений костей черепа и субарахноидальных кровоизлияний.

Международная классификация болезней (МКБ-10):

1. Сотрясение головного мозга без повреждения кожных покровов S 06.0

2. Сотрясение головного мозга с повреждениями кожных покровов S 06.01

Программа обследования:

1. На догоспитальном этапе – сбор жалоб и осмотр пострадавшего, исследование пульса и артериального давления.

2. В приемном отделении - сбор жалоб, соматическое и неврологическое обследование (включая обязательное исследование пульса и АД), рентгенография черепа (с учетом места воздействия повреждающего фактора), при наличии – эхоэнцефалография, при необходимости – консультации дополнительных специалистов, общеклинические анализы крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора; в случае выявления микроочаговой симптоматики или выраженных общемозговых симптомов – показана компьютерная томография (КТ) мозга (или магниторезонансная томография - МРТ); - весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий должен быть проведен в течение первых 2-х часов пребывания больного в отделении.

3. В стационаре – к вышеуказанным мероприятиям добавляются динамический контроль в течение 1 суток за неврологическим статусом и

почасовое исследование витальных функций (каждые 3 часа измерение АД, пульса, дыхания, состояния сознания с фиксацией данных в специальном листе наблюдения за больным).

Лечебные мероприятия (базисные).

Больные с сотрясением головного мозга (без повреждения мягких тканей черепа) лечатся консервативно.

На догоспитальном этапе:

1. Анальгетики (ненаркотические).

2. Легкие седативные препараты (антистресс, ново-пассид, таблетки валерианы).

4. При повторных рвотах – церукал, в/венное введение 40% раствора глюкозы 10 мл с вит.С 4%-2-4 мл, дача per os 0,5% раствора новокаина – 30-50 мл.

5. Десенсибилизирующие препараты : пипольфен, супрастин, небольшие дозы (0,5 –1,0 мл раствора димедрола).

6. Коррекция артериального давления без резких его изменений (при повышенном- в/м раствор дибазола 1% -2 –4 мл в сочетании с раствором папаверина 2%-1 –2 мл, в/венное введение 25% раствора магнелии сульфата 5-10 мл; при пониженном – проведение внутривенных инфузий 5-10% раствора глюкозы. 0,9% физиологического раствора с добавлением в систему кортикостероидов (30 мг преднизолона или его аналога), сердечных гликозидов, высокомолекулярных декстранов (полиглюкин, макродекс).

- В приемном отделении продолжается начатая на догоспитальном этапе терапия с дальнейшей коррекцией артериального давления, нормализацией вегетативного статуса.

- В стационаре – добавляется на 2-3 суток гемостатическая и укрепляющая сосудистую стенку терапия (глюконат кальция, дицинон); сосудистая терапия (цинаризин, трентал, кавинтон), витаминотерапия (витамины группы С, В, Е); с 3-5 суток – восстановительная терапия, включая ЛФК, физиолечение; в дальнейшем диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства в течение 1 года.

Продолжительность стационарного лечения 3-7 суток, амбулаторного лечения – 7-14 суток (общее лечение до 21 суток).

Требования к результатам лечения: купирование болевого и вегетативного синдромов, нормализация артериального давления, восстановление трудоспособности.

При наличии ран мягких тканей головы :

- на догоспитальном этапе – временная остановка кровотечения путем пальцевого прижатия

на 3-5 минут, наложения кровоостанавливающих зажимов, тугое бинтование;

- в приемном отделении – проведение первичной хирургической обработки (ПХО) ран под местной анестезией с окончательной остановкой кровотечения; при наличии множественных ран – проведение ПХО под внутривенным наркозом в условиях операционной;

- в стационаре – регулярные перевязки (первая на следующий день, последующие по показаниям, но не менее 2 - 3 раз до снятия швов: на 8-10 сутки); дополнительно назначаются антибиотики широкого спектра действия (ампициллин, ампиокс) на 5-7 суток.

Определение. Ушиб головного мозга легкой степени – характеризуется более длительной потерей сознания (от нескольких до 30 минут), выраженными общемозговыми и легкими очаговыми симптомами, исчезающими в течение первой недели после травмы, стойкими вегето-сосудистыми расстройствами, могут выявляться переломы костей черепа (по типу трещины или вдавленные без существенного смещения костных отломков в полость черепа) и незначительные субарахноидальные кровоизлияния, а также пластинчатые, без деформации желудочковой системы, внутричерепные гематомы; небольшие (до 1-2 см в диаметре) участки повышенной или пониженной плотности, в зависимости от особенностей развития ушиба мозга: с преобладанием геморрагического пропитывания или развивающихся по ишемическому типу. Ушибы головного мозга легкой степени, как правило, не сопровождаются нарушением витальных функций и не приводят к летальным исходам.

Международная классификация болезней (МКБ-10):

1. Ушиб головного мозга легкой степени без повреждений кожных покровов- S.06.2

2. Ушиб головного мозга легкой степени с повреждением кожных покровов черепа S06.2.1

3. Ушиб головного мозга легкой степени с наличием переломов костей черепа: а) – S02.0(1,2); б) с наличием раны мягких тканей – S02.01

4. Ушиб головного мозга легкой степени с наличием субарахноидального кровоизлияния – S.06.6(01)

Программа обследования и лечения.

На догоспитальном этапе объем оказываемой помощи соответствует базисному обследованию и терапии (при сотрясении мозга).

В приемном отделении: объем консервативной терапии соответствует объему при сотрясе-

нии головного мозга, но может быть расширен за счет внутривенного введения 40% раствора глюкозы с добавлением вит.С, глюконата кальция, десенсибилизирующих препаратов (пипольфен, супрастин), введения кортикостероидов (по показаниям).

Обязательные инструментальные методы: краниография, КТ или МРТ(при наличии).

Осмотр анестезиолога и подготовка больного к операции при наличии показаний.

Все указанные исследования выполняются в течение 2 часов с момента поступления больного в приемное отделение.

В стационаре к базисному лечению ЧМТ, рекомендованному при сотрясении головного мозга, по показаниям (наличие субарахноидального кровоизлияния, пластинчатой оболочечной гематомы без смещения срединных структур и деформации желудочковой системы и т.д.) дополнительно назначаются:

- антибиотики широкого спектра действия (ампициллин, оксациллин) на 5-7 суток;

- инфузионная терапия (коллоиды, раствор глюкозы), включая 1-2 кратное переливание альбумина, 1-2 кратное переливание аминокислотной кислоты (по 100-200 мл 4% раствора);

- антиоксиданты (аскорбиновая кислота, токоферол);

- витамины группы В, алоэ, ФИБС;

- восстановительная терапия, включая физиотерапевтическое лечение и ЛФК.

Продолжительность стационарного лечения: индивидуально, в зависимости от характера травмы, наличия осложнений, сопутствующей патологии, но, в среднем, не более 14-21 суток.

Требования к результатам лечения: удовлетворительное общее состояние, отсутствие очаговых, выраженных общемозговых и гипертензионных симптомов, полное или частично ограниченное восстановление трудоспособности.

Выводы.

1. Проведение клинико-эпидемиологического динамического исследования черепно-мозгового травматизма дает возможность доказательно обосновывать стандарты качества обследования и лечения пострадавших на всех этапах оказания медицинской помощи.

2. Разработанные стандарты (протоколы) оказания диагностической и лечебной помощи пострадавшим с сотрясением и ушибом головного мозга легкой степени обуславливают оказание адекватной оптимальной помощи этой категории больных на всех этапах ее оказания.

3. Предложенные стандарты предполагают

внесение дополнений и изменений при улучшении материально-технической базы здравоохранения, повышения состояния здоровья населения,

разработок и внедрения новейших технологий оказания помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой.

В.Г. Назаренко, С.Я. Семисалов, Д.Ю. Сайко

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ НА ЛЕГКУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ

Донецький державний медичний університет ім.Горького, Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

На підставі проведеного вибіркового клініко-епідеміологічного дослідження черепно-мозкової травми (ЧМТ) у м. Донецьку за 1996-2002 р.р. (17491 випадків) обокремлені основні положення стандартизації обстеження та надання допомоги потерпілим на легку ЧМТ. Розроблені стандарти дозволяють поліпшити стан надаваної невідкладної допомоги постраждалим. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.54-57)

V.G. Nazarenko, S.Y. Semisalov, D.U. Saiko

STANDARDIZATION OF THE DIAGNOSTICO-CURATIVE MEASURES TAKEN IN MILD CRANIO-CEREBRAL TRAUMA

Donetsk statute medical University, Donetsk regional clinical territorial medical association

On the basis of selective clinico-epidemiologic study of cranio-cerebral trauma (CCT) in the City of Donetsk conducted between 1996 and 2002 (17491 cases) were worked out the main principles for standardizing investigation and Medicare provision to patients with mild CCT. There standards allow to improve the quality of emergency care provision to the injured. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.54-57)

Литература

1. Зозуля І.С. Черепно-мозкова травма: класифікація, клініка, діагностика, надання невідкладної медичної допомоги//Український медичний часопис.-1997.-№1.-С.25-31.
2. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Классификация черепно-мозговой травмы // Сб. научн. трудов.- М., -1992.-175 с.
3. Курако Ю.Л., Букина В.В. Легкая закрытая черепно-мозговая травма.К.: Здоров'я.-1989.-160 С.
4. Пашковський В.М., Жуковський О.О. Діагностика та лікування легкої черепно-мозкової травми (методичні рекомендації).- Чернівці, 2004.- 14 с.
5. Педаченко Г.А. Курс избранных лекций по нейрохирургии: Сотрясение головного мозга.- К.: Мириам, 1994.- 44 с.
6. Педаченко Е.Г., Семисалов С.Я., Ельский В.Н., Кардаш А.М.

Клиническая эпидемиология черепно-мозговой травмы.- Донецк:Изд-во "Апекс",2002.- 156 с.

7. Семисалов С.Я. Информационная система медицинских исследований при острой черепно-мозговой травме//Архив клинической и экспериментальной медицины.-2000.- Том 9, №2.- с.324-326.

8. Семисалов С.Я., Кардаш К.А., Калач А.В. Клинико-эпидемиологические особенности легкой черепно-мозговой травмы у взрослого населения г. Донецка// Медицина сегодня и завтра.-2001.-№2.-С.99-101.

9. Степаненко А.В., Морозов А.Н. Розробка стандартів медичних технологій нейрохірургічної допомоги// Бюл.Укр.Асоц.Нейрохірургів.-1998.-с.12-13.

10. Rapoport MJ, Feinstein A. Age and functioning after mild traumatic brain injury: the acute picture//Brain Inj.-2001.-№10.- P.857-64.

Поступила в редакцию 11.06.2004

УДК: 616.8-02-001.28

*И.В. Здесенко***ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: ионизирующее излучение, нерадиационные факторы, неврологические нарушения, качество жизни, терапия, реабилитация

Прошло 18 лет с момента аварии на Чернобыльской АЭС. Это период достаточный по времени, накопленному опыту и фактическому материалу в отношении оценки характера последствий и динамики влияния факторов аварии на здоровье населения. Данные изучения медицинских аспектов последствий аварии на Чернобыльской АЭС свидетельствуют о значительной представленности неврологической патологии в структуре заболеваемости лиц, подвергшихся радиационному воздействию [1,2,3].

Результаты клинических и экспериментальных исследований дают основание рассматривать постчернобыльские нарушения одновременно как результат прямого воздействия ионизирующего излучения на нервные структуры (вследствие инкорпорации радионуклидов) и участия аутоиммунного, дисметаболического, гемодисциркуляторного факторов [1,4,5,6].

Большинство исследователей отмечает, что на протяжении относительно короткого отрезка вре-

мени произошел определенный патоморфоз, нарастание тяжести клинической картины, прогрессирование неврологических нарушений у лиц, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС, и связанные с ними ухудшение качества жизни, рост инвалидизации и смертности [1,4,5,6]. На возникновение неврологических нарушений, их динамику, тип течения, а также на уровень функционирования индивидуумов оказывают влияние преморбидные особенности личности, непосредственно «факторы катастрофы» и совокупность социальных факторов.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение клинической структуры и динамики неврологических нарушений у лиц, подвергшихся радиационному воздействию, изучение факторов, влияющих на их развитие, на уровень функционирования, качество жизни исследуемых больных, разработка принципов восстановительной терапии и профилактики.

Материал и методы исследования

Было обследовано 300 больных, участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, мужчин работоспособного возраста от 35 до 50 лет. Доза внешнего облучения у них не превышала 1 Грей.

Проводились клиническое неврологическое и психопатологическое исследование, экспериментально-психологическое изучение состояния памяти, внимания, конструктивной стороны ин-

теллекта, компьютерно-томографическое (КТ) и магнитно-резонансное (МРТ) изучение состояния головного мозга и ликворосодержащих пространств, электрофизиологические (электроэнцефалографическое (ЭЭГ), реографическое (РЭГ)), иммунологические исследования, изучение биохимических показателей липидного комплекса, суточной экскреции оксипролина, как показателя коллагенового обмена.

Результаты исследований и их обсуждение

Анализ медицинских последствий аварии на Чернобыльской АЭС показал, что у всех больных отмечались выраженные, прогрессивно протекающие изменения со стороны центральной нервной системы (ЦНС), отличающиеся

этапностью течения, полиморфностью симптоматики, выраженной метеозависимостью, наличием в клинической картине разнообразных пароксизмальных состояний.

На первом этапе (конец 1986-1988 г.г.) обслед-

дования неврологические нарушения проявлялись в виде различных вариантов цереброваскулярных нарушений. У 53 % больных наблюдалась вегето - сосудистая дистония с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга; у 41 % больных - дисциркуляторная энцефалопатия I-II ст.; у 6 % больных - острые нарушения мозгового кровообращения. Общими особенностями клинических проявлений этих нарушений были: разнообразные вегетативные реакции, полиморфные пароксизмальные расстройства, выраженные нарушения памяти, внимания, продуктивности, сужение объема восприятия, снижение умственной работоспособности по данным экспериментально – психологического исследования. У всех больных отмечались также значительные нейродинамические нарушения, выраженные нарушения тонусно – эластических свойств сосудистой стенки и признаки венозного застоя, изменения со стороны ликворной системы по данным ЭЭГ, РЭГ, КТ и МРТ, значительное увеличение показателей липидного спектра крови, нарушение коллагенового обмена, изменение иммунологических показателей, преимущественно Т-систем иммунитета. У всех больных отмечались полиморфные психопатологические расстройства, протекающие, преимущественно, в рамках астенического (у 86 % больных) и неврастенического (у 14 % больных) синдромов.

В этот период были установлены четыре типа течения неврологических нарушений: регрессирующий (18 %), стационарный (25 %), ремиттирующий (30 %), прогрессирующий (27 %).

Дальнейшие наблюдения показывали на нарастающее ухудшение состояния здоровья и увеличение инвалидизации этой группы больных. Изменилось соотношение типов течения неврологических нарушений. Стационарный тип выявлялся у 18 %, ремиттирующий – у 37 % и преобладающим был прогрессирующий тип – у 45 % больных. У большинства определялись четкие признаки прогрессивности процесса с довольно быстрым формированием гипертонической болезни (у 47 % больных), раннего церебрального атеросклероза (у 32 % больных). У части пациентов отмечались нарушения спинального кровообращения. У 69 % больных выявлялась энцефалопатия с выраженным неврологическим и психическим дефицитом. Психопатологические расстройства проявлялись в виде сложных симптомокомплексов. Базисным оставался астенический синдром, трансформировавшийся от физиогенной к психогенной форме и приобре-

тавший ипохондрическую, субдепрессивную, обсессивную, истероформную окраску.

Чернобыльская катастрофа обычно рассматривается как радиационная, и ее нерадиационные поражающие факторы (НРФ) зачастую воспринимаются как вторичные по времени действия и второстепенные по значению.

Вместе с тем, для более полного понимания сути катастрофы и ее последствий, необходим анализ не только медицинских, но и других НРФ, прежде всего, психологических и социальных.

Детальный анализ обстоятельств работы и жизни в зоне аварии привел к заключению, что комплекс НРФ, негативно влиявших на организм и психику ликвидаторов, весьма тяжел и по этому показателю ликвидаторы близки к участникам боевых действий.

К основным НРФ, оказывающим травмирующее воздействие в зоне аварии, можно отнести следующие: стресс, дистресс и общий адаптационный синдром; психологическое воздействие экстремальных и необычных сред; профессиональная травма (в частности, профессиональный стресс); психологическая травма и ее последствия (в частности, посттравматический синдром). «Послезонные», действующие в настоящее время НРФ имеют существенное и, весьма вероятно, преобладающее влияние на здоровье ликвидаторов. К ним относятся в первую очередь социально-психологические факторы.

Особенности психологического статуса участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, их поведенческих моделей и мотивационной направленности личности позволили выделить сформировавшуюся у них личностную структуру как «психологический статус ликвидатора». Это значительно осложняет не только течение соматической патологии, но и саму жизнь ликвидаторов как социальных индивидуумов.

На уровень функционирования ликвидаторов оказывает также воздействие совокупности макро- и микросоциальных факторов.

Проведенный корреляционный статистический анализ показал высокую степень значимости макро- и микросоциальных факторов в распределении групп больных по типам течения психо - неврологических нарушений, в выраженности прогрессивности процесса. При этом макросоциальные факторы носят базисно – предрасположенный характер, общий для всех больных. К таким факторам относятся: состояние государственного и регионального законодательства и соответствующие им последствия в медицинской, социальной и трудовой сферах. К

микросоціальним факторам належать: сімейне положення, характер сімейних відносин, рівень доходів сім'ї, побутове положення, соціально – побутовий статус, відповідність образотворчого і культурного рівня характеру виконуваної трудової діяльності, рівню найближчого оточення.

Крім того на ліквідаторів діють ряд специфічних НРФ:

- інформаційний (точніше «недо-», або «деінформаційний») фактор, який негативно впливає на здоров'я ліквідаторів як безпосередньо, так і опосередковано, через реакції, дії та відносини суспільства; медичні помилки (як заплановані, так і незаплановані); недоліки системи соціального забезпечення (яка, наприклад, в частині матеріальних компенсацій заснована на принципах «компенсації за хворобу»; це стимулює захворюваність, формування агресивних – ризикованих установок і соціальну дезадаптацію ліквідаторів).

Взаємодія всіх цих факторів носить складний характер і може обумовлювати як компенсуюче – адаптаційне, так і резонансно – утяжеляючий ефект і визначати рівень функціонування, якість життя постраждалих. Це є рівень функціонування ліквідаторів, як соціальних індивідів, залежить не тільки від медичної складової, а й від впливу сукупності соціально – психологічних факторів. При загальній медико – біологічній передиспозиції індивідів, рівні соціального функціонування і якість життя у них можуть бути різними.

Лікування осіб, постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, – завдання не тільки медичне, а соціальне і політичне. Це вимагає надання допомоги таким особам в рам-

ках системи заходів медико – психологічної і соціальної реабілітації. Система лікувально – реабілітаційних заходів повинна мати комплексний характер і включати фармакологічну терапію, психотерапію і психологічну коррекцію з формуванням установок особистої відповідальності за своє здоров'я.

Окрім цього, необхідно створити державної служби допомоги потерпілим в наданні можливості реалізації принципів здорового способу життя; громадських організацій, груп взаємодопомоги (де потерпілі могли б отримати необхідну інформацію, зрозуміти, що проблеми можуть бути вирішуваними); організацію консультативної служби для родичів потерпілих, в межах якої можна було б отримати професійну консультацію, конкретні рекомендації по формуванню відносин в сім'ї, зняття напруги і інші.

Висновки.

1. Неврологічні порушення у осіб, підданих радіаційному впливу в результаті аварії на Чорнобильській АЕС, виявляють тенденцію до стійкості, поліморфності, прогредиентності.

2. Рівень функціонування і якість життя ліквідаторів залежать не тільки від медичних, а й від впливу сукупності соціально-психологічних факторів. Встановлено кореляційні зв'язки між макро- і мікросоціальними факторами, типами перебігу неврологічних порушень, ступенем вираженості прогредиентності процесу.

3. Система лікувально-реабілітаційних заходів повинна мати комплексний характер. Важливим організаційним ланкою є створення системи соціотерапевтичних заходів.

І.В. Зденко

ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Було обстежено 300 осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Проводились клінічні неврологічні, експериментально-психологічні, біохімічні, імунологічні, інструментальні методи дослідження. У всіх хворих виявлені виражені, поліморфні неврологічні, вегетативні, психопатологічні розлади. Вказана роль комплексу нерадіаційних факторів (макро- та мікросоціальних, психологічних, психоемоційних) в їх розвитку. Розроблена і впроваджена комплексна система терапії і реабілітації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.58-61)

FACTORS, INFLUENCING ON LIFE QUALITY ON PERSONS WITH NEUROLOGICAL DISORDERS SUFFERED FROM CHERNOBYL ACCIDENT

Institute of neurology, psychiatry and narcology of Academia of medical sciences of Ukraine

The research aim was to study the neurological disorders in persons in the Chernobyl accident survivors and to study non-radiation factors, which have influencing on life quality on patients with neurological disorders. 300 Chernobyl nuclear power plant (CHNPP) accident consequences clearing up participants (ACCP) were examined. The polymorph interfered neurological, vegetative and psychopathological disturbances was revealed by clinical, psychological, biochemical, immunological and instrumental investigation.

Influence of complex of non-radiation factors (the macro- and microsocial, psychological, psychoemotional) on the condition of neurological sphere of patients was investigated. The therapeutic and rehabilitation programme has been promoted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.58-61)

Литература

1. Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле: Матер. междунаrod. конф. - Киев, 1995. - 346с.;

2. Бебешко В.Г., Коваленко А.Н., Чумак А.А. Клинические аспекты последствий аварии на Чернобыльской АЭС на этапе 1986-1990 г.г. // Вестн. АМН СССР - 1991-№ 11 - С.14-18;

3. Нягу А.И., Логоновский К.Н. Психические расстройства у пострадавших в связи с аварией на Чернобыльской АЭС // Материалы Международной конференции «Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле»- Киев, 1995.- С. 114-115;

4. Международный журнал радиационной медицины – Киев, 2001. - № 1; 2. - 336с.

5. Волошин П.В., Міщенко Т.С., Здесенко І.В. Лікування і реабілітація уражень нервової системи у осіб, що зазнали радіаційного впливу внаслідок аварії на ЧАЕС. Український вісник психоневрології – Харків, 1996.- № 4; 5. - С. 23-25;

6. Красиленко О.П. Вікові особливості структури судинних захворювань головного мозку та стану церебральної геодинаміки в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС // Автореферат канд. дис. –Київ, 2003.- 21с.

Поступила в редакцию 14.06.2004

УДК 616.839-036.22-056.4-092

*В.И. Тайцлин, В.В. Цыганенко***ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ В СЕМЬЯХ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН

Ключевые слова: вегетативная дистония в семьях, качество жизни

Вегетативная или вегетативно-сосудистая дистония (ВД, ВСД) относится к мультифакториальным заболеваниям (МФЗ), в патогенезе которых принимают участие как генетические, так и внешнесредовые факторы. Она рассматривается как один из факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний, особенно их ранних, доинсультных форм. Выделяют ВД конституциональной природы, то есть семейно-наследственный или врожденный синдром. Большое значение имеет фактор острого или хронического стресса, который обуславливает ВД психофизиологической природы. Вторичная ВД связана с разными экзогенными (черепно-мозговые травмы, инфекции, радиоактивное воздействие и др.) и эндогенными причинами. Эпидемиоло-

гические исследования синдрома ВД (СВД) показали его большую распространенность в разных регионах и коллективах (от 30 % до 80 %) и выраженность (в 2-4 раза выше нормы баллов вегетативных нарушений). У лиц молодого возраста (до 45 лет) с СВД не менее, чем у 25% отмечаются начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ), а у 15 % - дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I степени, то есть признаки хронической ишемии головного мозга (код I 67.8 по МКБ - X). Цель работы: выделение эпидемиологических, наследственно-конституциональных и клинко-патологических показателей ВД у лиц молодого возраста в семьях, ранняя диагностика и коррекция СВД для улучшения качества жизни.

Материал и методы исследования

Обследовано 808 жителей г. Харькова, в том числе 163 семьи (163 пробанда в возрасте от 16 до 43 лет, 338 их родственников в возрасте от 8 до 75 лет), 257 подростков, проходивших медицинскую комиссию в военкомате, 25 родственных пар (пробанд и родственники первой степени родства). Диагноз СВД устанавливался при помощи «вегетативной» анкеты-вопросника и/или схемы для выявления вегетативных нарушений в случае набора 15 баллов и выше по вопроснику и/или 25 баллов и выше по схеме [1]. Эпидемиологическая ха-

рактеристика СВД проведена на контингенте 83 семей. Выделены две группы обследованных: в первую основную группу (ОГ) вошли пробанды с наличием СВД, во вторую контрольную группу (КГ) – без СВД. Методы исследования: эпидемиологический, неврологический, психологические, клинко-генетические, нейрофизиологические, математико-статистическая обработка данных в группах сравнения с использованием t-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции (r), метода характеристических интервалов [2].

Результаты исследования и их обсуждение

СВД отмечался у $69 \pm 5\%$ пробандов и у $76,4 \pm 3\%$ на всем семейном контингенте. В молодом возрасте (от 8 до 45 лет) СВД был у $88,7 \pm 2,1\%$ человек, из них в ОГ у $71 \pm 3\%$, то есть чаще в молодом возрасте, чем в пожилом (соотношение 2,4:1). Вместе с тем на нашем материале в возрасте от 51 до 75 лет также преобладали лица с СВД $92 \pm 6\%$. Отношение частоты лиц с СВД к таковым без СВД в среднем и пожилом

возрастах (от 46 до 75 лет) было чаще, чем такое соотношение между ними в молодом (до 45 лет) возрасте. В основе полученных возрастных эпидемиологических данных частоты СВД можно полагать семейную взаимосвязь и предуготованность к вегетативной дисфункции (дисавтономии) у лиц молодого возраста, то есть с наследственным семейным фактором, учитывая частоту его в тех же семьях у лиц пожилого воз-

раста. В это понятие следует относить не только генетическую предрасположенность, но и общий образ и стиль жизни в семьях. Превалирование числа лиц с СВД над таковыми без СВД в пожилом возрасте, по видимому, объясняется на нашем материале именно семейным контингентом обследованных, а не возрастными особенностями СВД, который на непопуляционном материале в пожилом и старческом возрасте обычно встречается реже, чем в молодом.

Факторами риска СВД на семейном контингенте в ОГ были: 1) отягощенная наследственность, 2) эмоционально-лабильный тип личности, 3) чувствительность к холоду, жаре, духоте, 4) метеозависимость, 5) употребление алкоголя от 3-х до 7 раз в неделю, 6) неудовлетворительное питание, 7) хроническая соматическая патология, 8) употребление вина у женщин, 9) стресс-факторы, 10) острые инфекции, 11) курение, 12) неудовлетворительные семейные отношения в настоящем, 13) черепно-мозговая травма (ЧМТ), 14) профессиональные занятия спортом, 15) употребление кофе (3-6 чашек в день), 16) тяга к алкоголю, 17) употребление водки 200 г и более, 18) гипертоническая болезнь, 19) употребление наркотиков. К факторам антириска СВД в семьях относились: 1) эмоционально-положительный фон (отсутствие значимых стрессовых влияний), 2) регулярная половая жизнь у мужчин, 3) незамужние женщины, 4) уравновешенный тип личности, 5) регулярное посещение церкви, 6) полноценное питание, 7) занятие в спортивных секциях, 8) употребление одной чашки кофе в день.

Из вегетативных компонентов в ОГ чаще были цефалгии, астенические явления и нарушение сна, затем другие вегетативно-висцеральные и вегетативно-сосудистые расстройства.

Частота признаков вегетативных изменений по вопроснику и по схеме исследования в родственных парах показала отсутствие достоверных различий между пробандами и родственниками I степени родства с СВД, что подтверждается тесной связью коэффициента корреляции (К) между ними. В целом, достоверно чаще были отклонения вегетативного тонуса (ВТ) в сторону симпатико- или парасимпатикотонии по сравнению с эйтонией $90 \pm 4\%$, $p < 0,001$, совпадение направления ВТ у $48 \pm 10\%$ родственных пар, а повышенная вегетативная реактивность (ВР) и избыточное вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) – во всех парах.

С целью определения значимости генетической компоненты в возникновении ВД в семьях

нами обследовано 80 семей, состоящих из 3-х человек (пробанда и его родителей), всего 240 лиц (80 пробандов, 80 матерей, 80 отцов). Наличие СВД установлено у $88,3 \pm 2,1\%$, отсутствие СВД – у $11,7 \pm 2,1\%$. Анализ соотношений между пробандами и их родителями показал, что наибольшее число лиц с СВД было в семьях, где оба родителя имели СВД $79 \pm 8\%$, на 2-ом месте – где мать имела СВД, а отец был здоров ($19 \pm 4\%$), на 3-ем месте (редко), где отец имел СВД, а мать была здорова ($4 \pm 2\%$). Семей со здоровыми родителями не было. Выявлены генетико-корреляционные связи СВД между пробандами и родителями: между пробандами и отцами ($r=0,29$, $p < 0,005$), пробандами и матерями ($r=0,37$, $p < 0,005$), пробандами мужского пола и отцами ($r=0,43$, $p < 0,005$), ими и матерями ($r=0,49$, $p < 0,0025$); пробандами женского пола и отцами ($r=0,22$, $p < 0,05$), ими и матерями ($r=0,26$, $p < 0,025$).

Свидетельством пренатального дизонтогенеза и генетического преморбида являются стигмы дизэмбриогенеза (СД), особенно множественные, относящиеся к клинически значимым. Изучение фенотипа с выделением СД и врожденных пороков развития существенно в оценке риска развития МФЗ, в том числе нервной системы, в частности соединительно-тканной дисплазии и ВД. При проведении фенотипического исследования мы изучали СД путем внешнего осмотра пациента. Выделены детерминирующие и специфичные СД, которые могут быть маркерами как повышенного риска ВД, так и объективными критериями её наличия в семьях, что имеет важное значение при профилактических осмотрах для выявления лиц с СВД, их диспансеризации, лечебных и профилактических мероприятий. Установлена достоверная корреляционная зависимость между СД и выраженностью СВД.

Выявлены личностные особенности и психовегетативные соотношения в родственных парах с помощью психологических методик многоаспектного личностного опросника ММРП и цветодиагностического выбора теста Люшера. Общим для всех лиц с ВД в структуре психологического синдрома являлись высокий уровень тревоги с её «соматизацией», сенестопатическими и ипохондрическими составляющими, внутреннее напряжение, раздражительность, общая слабость, снижение активности, ограничение интерперсональных контактов, свидетельствующие о выраженном нарушении психической адаптации, связанной, возможно, с определен-

ным генетическим вкладом, внутрисемейной общностью, культуральным наследованием.

Учет выявленных эпидемиологических факторов ВД, их устранение, особенно у лиц молодого возраста, имеет большое значение для профилактики состояний декомпенсации, дальнейшего развития цереброваскулярных нарушений, особенно при наличии наследственной предрасположенности. Выделенные СД могут быть как маркерами повышенного риска развития СВД, так и объективными критериями его наличия в семьях, что имеет важное значение при профилактических медицинских осмотрах для выявления лиц с СВД, их диспансеризации и лечебно-профилактических мероприятий, в том числе нормализующих вегетативные нарушения. При этом необходимо учитывать выраженность ВД в баллах, так как они являются более показательными, чем количество СД. Первичная профилактика должна быть направлена на устранение факторов риска и ориентирована на факторы антириска. Неблагоприятный образ и стиль жизни в семьях тре-

буют соответствующей коррекции, при необходимости с участием психолога и дипломированных семейных врачей. В связи с характерными у лиц с ВД психологическими особенностями (различными невротическими проявлениями) с учетом их представленности и выраженности в семьях должны использоваться медикаментозные (при необходимости – транквилизаторы, антидепрессанты) и немедикаментозные (психотерапия и др.) методы. Необходима также лечебная коррекция и других проявлений ВД (кортико-лимбической дезинтеграции), направленных на повышение адаптационных возможностей ВНС (вегетотропные препараты, адаптогены, ИРТ и др.). Наличие у членов семьи хронических воспалительных, соматических заболеваний, последствий перенесенных инфекций, ЧМТ и др., которые могут являться причиной вторичного СВД, необходимо своевременно диагностировать и лечить. Ранние проявления НПНКМ и ДЭ требуют коррекции вазоактивными препаратами, рациональной диеты, ЛФК и др.

В.Й. Тайцлін, В.В. Циганенко

ДІАГНОСТИКА І КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ В СІМ'ЯХ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Представлені результати дослідження пробандів та їх родичів у сім'ях, які дозволяють своєчасно діагностувати і виділяти осіб з вегетативною дистонією, рекомендувати міри її корекції з ціллю зменшення станів декомпенсації та церебро-васкулярних захворювань, покращення якості життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.62-64)

V.J. Taytslin, V.V. Tsyganenko

DIAGNOSIS AND CORRECTION OF VEGETATIVE DYSTONIA IN FAMILY TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE.

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine

The results of examination of probands and their relatives in families are presented. These results allow us to diagnose in time and define persons with vegetative dystonia, to recommend corrective measures to decrease decompensation states and cerebrovascular pathology, and improving of quality of life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.62-64)

Література

1. Заболевания вегетативной нервной системы. Руководство для врачей. / Под ред. проф. А.М. Вейна—М.: Медицина, 1991.— С.48-51.

2. Генес В.С. Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и физиологических исследований – “Наука”— Москва-1967-208 с.

Поступила в редакцию 28.06.2004

УДК 616.441-008.64: 616.89+ 616.831-005

Т.М. Мельник

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ С НАЧАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: гипотиреоз, психические расстройства, невротические реакции, качество жизни

Гипотиреоз (ГТ) относится к числу наиболее распространенных эндокринных заболеваний, в то же время его с полным правом можно считать психосоматической патологией, учитывая важную роль в его происхождении и течении психологических факторов и наличие в клинической картине сопутствующих психических и неврологических расстройств [1,2]. Психические расстройства затрудняют лечение и могут

служить причиной отказа больных от проведения фармакотерапевтических мероприятий [3,4], препятствием к участию в диетотерапии и физических тренировках. Поэтому необходимо формирование комплексного подхода при лечении и реабилитации больных ГТ. Целью исследования было изучение психического состояния и качества жизни больных ГТ с начальными нарушениями мозгового кровообращения.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 65 пациентов в возрасте $48 \pm 3,1$ года, средняя продолжительность заболевания $6,8 \pm 4,5$ года, с начальными проявлениями недостаточности кровообращения головного мозга или дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) I стадии. Для уточнения диагноза наряду с полным неврологическим обследованием использовали реоэнцефалографию (РЕГ) и ультразвуковую доплерографию магистральных сосудов головы и шеи (УЗДГ). Диагностику ДЭП осуществляли по общепринятым критериям. У 29,2% больных отмечались периодические подъемы АД более 150/100 мм.р.ст., у 27,6% больных была ишемическая болезнь сердца. У всех пациентов была снижена познавательная функция, отмечались ухудшения памяти и внимания. Больные были распределены на 2 группы. Первая группа включала 30 человек без обменных нарушений; вторая - 35 пациентов, страдающих первичным ГТ и постоянно получающих заместительную тера-

пию тиреоидными гормонами. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц того же возраста.

При оценке психического состояния больных были использованы следующие психометрические шкалы: опросник Мини-мульти, представляющий собой сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня (ММП). Для оценки качества жизни больных (субъективная удовлетворенность уровнем своего функционирования в различных сферах) использовали опросник SF-36 Health Status Survey. С помощью методики измерения уровня тревожности Тейлора определяли выраженность тревоги. Применяли оценочную шкалу для психологической диагностики уровня депрессии (Гамильтона) и шкалу САН (самочувствие, активность, настроение). Когнитивные функции исследовали с помощью субтестов Векслера («кодирование», «повторение цифр»), методики Горбова «красно-черная таблица» и теста визуальной ретенции Бентона.

Результаты исследования и их обсуждение

В клинической картине у больных ГТ имели место невротоподобные расстройства в виде снижения способности концентрировать внимание, замедления мыслительных процессов и ухудшения кратковременной памяти в сочетании с повышенной утомляемостью, пассивностью, тре-

вогой, гипотимией. Пациентов отличал высокий уровень тревожности как стабильной личностной характеристики, отражающей сенсификацию личности к действию психотравмирующих факторов. Это указывает на психическую дезадаптацию в интер- или интраиндивидуальных

отношениях, дисгармонию в отношениях со средой в целом. Особой выраженности достигали психическая напряженность, неудовлетворенность жизненной ситуацией и тревожная оценка перспектив. Несколько менее им были свойственны переживания немотивированных «хронических» страхов, ощущение непосредственной, немотивированной угрозы. Результаты экспериментально-психологического исследования подтвердили отчетливое снижение скоростных показателей переключения внимания, зрительной памяти, непосредственной репродукции, пространственного восприятия. Полученные данные позволяют верифицировать имевшиеся у больных расстройства как умеренно выраженный астенический вариант психоорганического синдрома.

У пациентов II группы, страдающих ГТ, установлено достоверное повышение по сравнению с контролем значений по всем шкалам опросника Мини-мульти, кроме шкалы 9. Данные таблицы 1 свидетельствуют о наличии у больных выраженной акцентуации личностных характеристик. У больных II группы отмечено достоверное повышение профиля по подсобной шкале F – отражение высокого уровня эмоциональной напряженности и дезинтеграции личности по сравнению с больными I группы, у которых отсутствовали метаболические наруше-

ния. Усредненный профиль опросника Мини-мульти характеризовался наиболее выраженным пиком на шкале 3, при этом отмечалось сопутствующее повышение профиля и на двух других шкалах невротической триады – 1 и 2. Это свидетельствует о выраженной соматизации тревоги с сохранением высокого ее уровня, а также уровня депрессии. В группе больных с ГТ выявлено достоверное повышение уровня усредненного профиля Мини-мульти по шкалам 4, 6, 7 и 8, что соответствует более высокой импульсивности, нарастанию аффективной ригидности, склонности к уходу в болезнь с тенденцией к формированию ограничительного типа поведения и нарушению социальных контактов. По результатам проведенного тестирования обследованные пациенты могут быть распределены на три подгруппы в зависимости от выраженности показателей шкал невротической триады: менее 70 Т-баллов – норма, 70-80 Т-баллов – умеренные нарушения, более 80 Т-баллов хотя бы по одной шкале – выраженные невротические (неврозоподобные) либо патохарактерологические расстройства. Наличие невротических и ипохондрических особенностей личности установлено у 51,4% больных с ГТ. Наиболее выраженный характер этих изменений зафиксирован в 11,4% наблюдений, что потребовало консультации у психоневролога.

Таблица 1

Средние значения шкал Мини-мульти у больных разных групп

Шкала	Группа		
	Контрольная	I группа	II группа
L	46,7±2,3	49,5±1,6	47,7±1,9
F	47,1±3,1	51,3±2,3	55,8±2,1**
K	52,0±2,2	49,9±3,0	45,8±1,2**
1	46,3±4,4	51,4±2,7	61,0±1,7*
2	50,2±2,7	59,3±3,5**	61,6±2,5**
3	61,0±5,7	64,7±2,2	63,6±2,5
4	33,8±2,5	46,7±3,2**	42,7±3,2**
6	50,1±3,5	55,6±3,2	58,4±2,8*
7	34,4±5,0	31,5±3,3	40,4±2,9
8	35,4±6,5	36,2±4,2	39,9±2,7
9	57,9±3,7	44,7±3,9**	47,7±2,4**

Примечание. Достоверные различия с группой контроля: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

У больных ГТ отмечалось существенное снижение по сравнению со здоровыми лицами качества жизни по всем параметрам (таблица 2). Особенно показательными в этом отношении были параметры ограничивающего влияния физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование. Отдельные показатели качества жизни отражают

состояние больных на фоне постоянного приема заместительной терапии тиреоидными гормонами и связаны с изменением эмоционального фона. У больных I группы отмечалось снижение качества жизни по параметрам влияния физического состояния на ролевое функционирование, общее состояние здоровья и социальное функционирование.

Качество жизни больных ГТ по данным методики SF-36 Health Status Survey

Показатель	Контрольная группа	I группа	II группа
Способность к физическим нагрузкам	95,0±21,2	89,8±17,5	68,0±13,3*
Влияние физического состояния на ролевое функционирование	91,0±19,8	68,5±15,2*	20,8±10,0*
Болевой синдром	88,7±19,1	87,8±11,2	57,0±13,0*
Общее состояние здоровья	71,2±17,6	63,5±5,1*	43,5±9,3*
Физическая активность, энергичность	63,2±14,2	61,4±6,2	34,2±5,9*
Социальное функционирование	83,0±18,8	63,4±3,5*	58,8±8,6*
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	66,0±15,0	65,6±4,8	16,5±7,2*
Психическое здоровье	65,3±14,5	61,5±11,3	50,7±3,5*

Примечание: достоверные различия с группой контроля * - $p < 0,01$

У больных ГТ показатели САН были достоверно понижены по сравнению с контрольной

группой, что полностью коррелировало с жалобами самих больных (таблица 3).

Таблица 3

Показатели САН у больных разных групп

Показатель	Контрольная группа	I группа	II группа
Самочувствие	4,56± 0,27	4,09±0,3	3,44±0,19**
Активность	4,94±0,22	4,39±0,24*	3,92±0,21**
Настроение	4,94±0,43	4,66±0,3*	3,89±0,26**

Примечание. Достоверные различия с группой контроля: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Был проведен также анализ корреляции результатов, полученных с помощью разных шкал. За основу взяли позволяющие получить исчерпывающую информацию три шкалы опросника Мини-мульти (1,2 и 7). Шкала 1 имеет умеренной степени положительные корреляционные связи со шкалами тревожности Тейлора и депрессии и отрицательные со шкалами самочувствия и настроения опросника САН ($p < 0,05$). Шкала 2 достоверно коррелирует со шкалой тревожности Тейлора, шкалой депрессии и шкалой самочувствия опросника САН ($p < 0,05$). Шкала 7 с типичной для нее тревожной мнительностью достоверно коррелирует с уровнем тревожности по шкале Тейлора ($p < 0,05$). Результаты исследований особенностей личности и состояния больных по разным оценочным шкалам позволяют выявить тенденцию к более частому возникновению тревожно-депрессивных состояний у пациентов с ГТ, у которых качество жизни было достоверно ниже.

Результаты исследования указывают на целе-

сообразность включения характеристики субъективной удовлетворенности уровнем своего функционирования в оценку эффективности лечения больных ГТ наряду с другими методами объективизации состояния больных. Проведенное исследование показало, что пограничные психические расстройства находят достаточно полное отражение в результатах психологического тестирования больных ГТ. Они влияют на качество жизни пациентов и существенно затрудняют их лечение. Выявлена определенная связь между выраженностью психических нарушений и наличием сопутствующих тиреоидной недостаточности метаболических расстройств. Полученные данные подтверждают целесообразность и ценность психологической диагностики в оценке психического статуса больных ГТ для разработки прогностических критериев эффективности различных методов коррекции обнаруженных изменений как тиреоидной недостаточности, так и осложнений со стороны нервной системы.

Т. М. Мельник

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ З ПОЧАТКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Спостерігали 65 хворих з початковими порушеннями мозкового кровообігу, які були розділені на 2 групи: перша – 30 хворих без обмінних порушень, друга – 35 пацієнтів, страждаючих на первинним гіпотиреоз. Обстеження проводили з використанням ряду психологічних тестів, оцінювали якість життя. Виявлено, що хворі на гіпотиреоз з початковими порушеннями мозкового кровообігу, частіше страждали психічними порушеннями невротичного регістра, ніж пацієнти без таких розладів. Якість життя, самопочуття, активність і настрої у хворих на гіпотиреоз з початковими порушеннями мозкового кровообігу були достовірно нижчими, ніж у пацієнтів без цих порушень. Зроблено висновок, що психологічне тестування може бути важливим діагностичним інструментом оцінки психічного стану хворих на гіпотиреоз. Він дозволяє виявити особливості психічних розладів, корекція яких може мати велике значення для течії основного захворювання і його терапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.65-68)

T.M. Melnyk

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF THE HYPOTHYROIDISM PATIENTS WITH INITIAL IMPAIRMENTS OF CEREBRAL BLOOD SUPPLY

State Medical University, Donetsk

A battery of psychological tests has been used to study the psychic state and quality of life in 65 patients with initial impairments of cerebral blood supply. Patients were subdivided into two groups: (1) without metabolic disturbances and (2) with hypothyroidism. Comparing to controls, the patients with hypothyroidism suffered more frequently from different psychic disorders of neurotic register and their quality of life, general condition, activity and mood proved to be significantly worse. The author concludes that psychological testing may be an important diagnostic tool in general hospital. It allows identification of the borderline mental disorders features, the correction of which appears to be of great importance for basic disease course and its therapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.65-68)

Литература

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. – М. : Мед. информ. агентство, 2002.
2. Клиническая эндокринология: Рук-во/ Под ред. Старковой Н.Т.–С-Пб.: Питер, 2002.

3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 250-260.
4. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессии у соматических больных. – М., 1998.

Поступила в редакцию 15.06.2004

УДК 616.8-053.13/31:004.032.26

*Л.И. Гриненко, Ю.Е.Лях, В.Г.Гурьянов***ВЫБОР НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ МЕТОДОМ НЕЙРОСЕТЕВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ**

Военно-врачебная комиссия УМВД Украины в Донецкой области, Донецкий медицинский университет им. Горького

Ключевые слова: дети, перинатальное поражение ЦНС, нейросетевое моделирование.

Несмотря на то, что изучению перинатальной патологии ЦНС уделялось и уделяется огромное внимание [1- 6, 8, 12] эта проблема не потеряла своей актуальности. Это объясняется прежде всего тем, что в большинстве случаев отклонения в нервно-психическом развитии у детей своими корнями уходят в перинатальный период; а так же тем, что заболевания нервной системы чаще, чем другая патология, становятся причиной детской инвалидности. Перинатальное поражение ЦНС – общая группа состояний, синдромов и заболеваний нервной системы плода и новорожденного, развивающихся вследствие действия повреждающих факторов в перинатальном периоде. Существуют различные классификации факторов риска перинатальной патологии. Число их колеблется от 40 до 100 (Б.В.Лебедев, 1995). В то же время значимость отдельных факторов пре- и перинатального периода недостаточно определены. С этой целью и было проведено данное исследование.

Для прогнозирования вероятности развития перинатальной патологии ЦНС был использован метод нейросетевого моделирования [10]. В последние десятилетия в мире бурно развивается новая прикладная область математики, специализирующаяся на искусственных нейронных сетях (НС). Актуальность исследований в этом направлении подтверждается массой различных применений НС. Это автоматизация процессов распознавания образов, адаптивное управление, организация ассоциативной памяти и многие другие приложения. Модели НС могут быть программного и аппаратного исполнения. В дальнейшем речь пойдет в основном о первом типе. Несмотря на существенные различия, отдельные типы НС обладают несколькими общими чертами.

Во-первых, основу каждой НС составляют относительно простые, в большинстве случаев

– однотипные, элементы (ячейки), имитирующие работу нейронов головного мозга. Далее под нейроном будет подразумеваться искусственный нейрон, то есть ячейка НС. Каждый нейрон характеризуется своим текущим состоянием по аналогии с нервными клетками головного мозга, которые могут быть возбуждены или заторможены. Он обладает группой синапсов – однонаправленных входных связей, соединенных с выходами других нейронов, а также имеет аксон – выходную связь данного нейрона, с которой сигнал (возбуждения или торможения) поступает на синапсы следующих нейронов.

Каждый синапс характеризуется величиной синаптической связи или ее весом w_i , который по физическому смыслу эквивалентен электрической проводимости. Текущее состояние нейрона определяется, как взвешенная сумма его входов: $s = \sum x_i * w_i$. Выход нейрона есть функция его состояния: $y = f(s)$.

Возвращаясь к общим чертам, присущим всем НС, отметим, во-вторых, принцип параллельной обработки сигналов, который достигается путем объединения большого числа нейронов различных слоев, а также, в некоторых конфигурациях, и нейронов одного слоя между собой, причем обработка взаимодействия всех нейронов ведется послойно.

Очевидно, что процесс функционирования НС, то есть сущность действий, которые она способна выполнять, зависит от величин синаптических связей, поэтому, задавшись определенной структурой НС, отвечающей какой-либо задаче, разработчик сети должен найти оптимальные значения всех переменных весовых коэффициентов. Этот этап называется обучением НС. Великое множество различных алгоритмов обучения делятся на два больших класса: детерминистские и стохастические. В первом из них подстройка весов представляет собой жесткую

последовательность действий, во втором – она производится на основе действий, подчиняющихся некоторому случайному процессу. Важно отметить существование бинарных и аналоговых сетей. Первые из них оперируют с двоичными сигналами, и выход каждого нейрона может принимать только два значения: логический ноль («заторможенное» состояние) и логическая единица («возбужденное» состояние). В аналоговых сетях выходные значения нейронов способны принимать непрерывные значения. Еще одна классификация делит НС на синхронные и асинхронные. В первом случае в каждый момент

времени свое состояние меняет лишь один нейрон. Во втором – состояние меняется сразу у целой группы нейронов, как правило, у всего слоя. Однако описание всего многообразия существующих НС выходит за рамки данной статьи.

Применение НС в неврологии, на наш взгляд, поможет более реально оценить влияние тех или иных причин на патологию ЦНС. С целью выявления значимых факторов пре- и перинатального периода на последующее развитие ребенка в возрасте до 1 года и состояние его нервной системы нами и было проведено данное исследование.

Материал и методы исследования

Для выявления и изучения основных негативных факторов, влияющих на возникновение перинатальной патологии ЦНС нами было обследовано по специально составленной схеме 102 ребёнка до 1 года (из них 50 мальчиков и 52 девочки), которые прошли обследование и лечение в центре реабилитации больных спинномозговой травмой и церебральным параличом г.Макеевки.

В качестве входных параметров для построения модели использовались результаты стандартного анкетирования. В анкету входило 173 пункта. Все вопросы, входящие в анкету были разделены на 3 группы (I, II, III):

I) вопросы, относящиеся к дородовому периоду, которые характеризовали, в основном, состояние здоровья родителей и протекание беременности;

II) вопросы, относящиеся к протеканию родов и состоянию ребенка в первые дни его жизни;

III) вопросы, относящиеся к развитию ребенка в первые месяцы (до 1 года).

Для построения модели было проведено предварительное шкалирование вариантов ответов. При этом для большей части вопросов ответы были сведены к вариантам: нет - 0, да - 1. В случае, когда вариантов ответов было более 2, они были упорядочены по степени отклонения от ответа нет (0); каждому варианту ответа было поставлено в соответствие число, равное его рангу. Так, например, на вопрос анкеты: «Курит ли мать?», - были следующие варианты ответов:

1) нет - 0; 2) до беременности - 1; 3) во время беременности - 2; 4) и до и во время беременности - 3;

Ответы на 170 пунктов вопросов были выбраны в качестве входных переменных – прогнозирующих признаков. В качестве выходных пе-

ременных – прогнозируемых признаков было выбрано 3 пункта (которые далее будем именовать Res1, Res2, Res3):

Res1) Какой диагноз был выставлен неврологом в родильном доме?

А) Здоров - 0. Б) Перинатальное поражение ЦНС - 1.

Res2) Какой диагноз выставлен в возрасте 1 года?

А) Здоров - 0. Б) Болен - 1.

Res3) Ведущий синдром.

А) Здоров - 0. Б) Перинатальная энцефалопатия - 1. В) Минимальная мозговая дисфункция - 2. Г) Детский церебральный паралич - 3.

При этом при прогнозировании Res1 были использованы только входные переменные I и II группы, при прогнозировании Res2 и Res3 – переменные I, II, и III групп и результаты Res1.

Независимо от выбора метода, применяемого для прогнозирования выходных параметров, одним из важных шагов при построении модели является отбор входных переменных, наиболее значимо, влияющих на выходную переменную. Кроме того, что это улучшит прогностические способности модели, отбор значимых входных признаков, позволит лучше понять суть моделируемого явления и эффективно управлять прогнозируемой величиной.

В работе Айвазян С.А. и соавторов [9] показано, что включение в прогностическое правило малоинформативных переменных может заметно ухудшить его качество. Каждый признак наряду с положительным вкладом в разделение несет в себе в силу ограниченности выборки и шумовую (случайную) составляющую. Если много малоинформативных признаков, то отношение сигнал/шум для небольшой группы высокоинформативных признаков может быть значительно выше, чем для всей группы признаков.

Отсюда авторами сделан вывод, что при относительно небольшом объеме выборки малоинформативные признаки в прогностическое правило лучше не включать [9]. В Кратком руководстве по SNN [7] сделан парадоксальный на первый взгляд вывод о том, что при построении модели иногда бывает лучше с целью понижения размерности отбросить даже признаки, несущие полезную информацию.

В связи с вышеизложенным: вопросу выбора значимых входных переменных мы посветили следующий раздел работы.

2. Отбор переменных. Понижение размерности.

2.1. Схема последовательного испытания наборов признаков.

Следуя принципам изложенным выше [9] изложим традиционную схему последовательного испытания набора признаков, которая была использована нами при отборе значимых переменных из некоторого их набора:

1. Была выбрана функция потерь, характеризующая ошибку построенного прогноза $Q(\Omega)$, где Ω - набор прогнозирующих признаков.

2. Для каждого набора переменных строился наилучший (в смысле Q) критерий классификации.

3. Среди всех построенных наборов Ω отбирался тот (те), в который входило наименьшее число переменных и при котором Q минимально.

Схемы генерации наборов переменных были аналогичны схемам, которые используются в

регрессионном анализе и опираются на эвристическое предположение, что наилучший набор из $k+1$ переменных часто содержит в себе наилучший набор из k переменных. Одним из стандартных методов в этом случае является корреляционный анализ [11], результаты применения которого будут приведены ниже. Этот метод используется для количественной оценки взаимосвязи двух наборов данных, представленных в безразмерном виде. Коэффициент корреляции выборки представляет собой ковариацию двух наборов данных, деленную на произведение их стандартных отклонений.

Однако в общем случае пошаговые процедуры не гарантируют получения оптимального набора переменных, и тогда полный перебор неизбежен. В случае полного перебора всех возможных наборов переменных приходится сталкиваться с так называемой проблемой «проклятия размерностей», так, например, в нашем случае полный перебор включает в себя исследование $2^{170} \approx 1.5 \cdot 10^{51}$ моделей, что неосуществимо даже с технической точки зрения. В последнее время при решении подобных задач обращаются к генетическим алгоритмам, которые, сокращая количество переборов до вполне разумных значений, позволяют решить задачу с приемлемым уровнем точности. Эти методы «генетического алгоритма отбора значимых переменных» изложены, например, в [7] будут также использованы далее при решении поставленной задачи.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты применения корреляционного анализа. С целью понижения размерности модели прогнозирования нами был проведен корреляционный анализ переменных.

Предварительный анализ позволил выделить признаки, имеющие нулевую выборочную дисперсию. Таких признаков оказалось 47. Они не были включены в модель и не несли в себе никакой информации для исследуемой выборки. После отбрасывания этих переменных в модели осталось 123 входных переменных.

В качестве критерия отбора значимых переменных были выбраны значения коэффициента корреляции данной переменной с признаками Res2 и Res3.

В таблице 1 приведен список переменных, наиболее тесно связанных с прогнозируемыми (здесь R – коэффициент корреляции).

Следует обратить внимание на тот факт, что

наиболее значимыми оказались только переменные, относящиеся ко II и III группе. Единственная переменная, относящаяся к группе I – V1, имеющая сильную отрицательную связь, (вопрос: «Удовлетворены ли Вы развитием своего ребенка?») в дальнейшем из-за сильной субъективности оценки была исключена нами из прогнозирующих признаков.

Что касается переменных, коэффициент корреляции которых с прогнозируемыми признаками оказался $R > 0.7$ (коэффициент корреляции отличен от 0 на уровне значимости $p < 0.001$) то они таковы:

V81 – «Как оценен новорожденный по шкале Апгар? »;

V104 – «В каком возрасте ребенок стал держать голову? »;

V106 – «Когда стал сидеть? »;

V107 – «Самостоятельно садиться?»;

- V108 – «Самостоятельно вставать?»;
 V109 – «Самостоятельно ходить?»;
 V113 – «Как спал в течении 1-го года?».

Таким образом, в результате проведенного отбора значимых переменных стандартными методами корреляционного анализа нам удалось сформировать группу наиболее значимых пере-

менных только из III группы признаков, которые являются с одной стороны достаточно сильными, но с другой стороны достаточно очевидными факторами. Поэтому, для построения прогноза на более раннем этапе был проведен анализ входных данных с привлечением генетических алгоритмов.

Таблица 1

Список переменных, наиболее тесно связанных с прогнозируемыми

Входная	R	Выходная											
Res2	R>0.3 (p<0,01)	V69	V69b	V69f	V74	V81	V82	V83	V85	V86	V87	V91	V93
Res2	R>0.3 (p<0,01)	V94	V96	V104	V105	V106	V107	V108	V109	V110	V111	V112	V113
Res2	R<-0.3 (p<0,01)	V1	V75										
Res2	R>0,7 (p<0,01)	V104	V106	V107	V108	V109							
Res3	R>0.7 (p<0,01)	V81	V106	V107	V108	V109	V113						

2.3. Результаты применения генетического алгоритма отбора значимых переменных.

Для применения генетического алгоритма отбора значимых переменных необходимо иметь возможность построения простых моделей прогнозирования входных переменных. Эта возможность была реализована нами с помощью пакета анализа «Statistica Neural Networks», где существует возможность проведения такого отбора. Для этого были построены достаточно простые в обучении «Вероятностные нейронные сети» [7] с различными наборами входных переменных, для каждого набора устанавливался штраф за каждую входную переменную, который прибавлялся к ошибке прогнозирования модели. После проведения отбора выделялся набор переменных, имеющий наименьшую ошибку прогнозирования. Так как отбор наиболее значимых переменных носил в этом случае не абсолютный, а статистический характер, то отбор был проведен многократно, с различным значением штрафа за входную переменную.

По I группе признаков анализировались модели, содержащие до 65 входных переменных. В качестве прогнозируемой переменной была выбрана переменная Res1. Ниже приведен набор из 12 переменных, которые оказались наиболее значимыми в этой группе.

V5 – «Страдает ли мать ребенка соматичес-

кими заболеваниями?».

V19B – «Инфекции матери, вызванные простейшими?».

V20 – «В каком триместре беременности протекал инфекционный процесс?».

V32 – «Являлась ли мать ребенка во время беременности пассивным курильщиком?».

V41 – «Какая по счету данная беременность?».

V44B – «Медицинские аборт до настоящей беременности?».

V48 – «Выраженный ранний токсикоз беременной?».

V49 – «Поздний токсикоз беременной?».

V50 – «Анемия матери во время беременности?».

V51 – «Угроза прерывания в I-II половине беременности?».

V61 – «Принимала ли беременная лекарственные препараты?».

V62 – «В каком триместре беременности принимала лекарственные препараты?».

По II группе признаков анализировались модели, содержащие до 38 входных переменных. В качестве прогнозируемых переменных были выбраны переменные Res2, Res3. Ниже приведен набор из 10 переменных, которые были отобраны по этой группе, как наиболее весомые.

V69B – «Преждевременные роды».

V69E – «Раннее излитие околоплодных вод?».

V74 – «В каком сроке гестации родился ребенок?».

V81 – «Как оценен ребенок по шкале Апгар?».

V83 – «Крик?» (громкий, тихий).

V85 – «Наблюдался ли в течении первых часов жизни повторный цианоз?».

V91 – «Как протекал период послеродовой адаптации?» (гладко, с патологией).

V93 – «На какие сутки выписан новорожденный?».

V94 – «Был ли выставлен новорожденному соматический диагноз?».

V96 – «Проводилась ли медикаментозная терапия в остром периоде?».

Можно отметить, что этот набор признаков, в основном совпадает с набором, полученных методом корреляционного анализа ($R > 0.3$, коэффициент корреляции отличен от 0 на уровне значимости $p < 0.01$).

По III группе признаков нами анализировались модели, содержащие до 19 входных переменных. В качестве прогнозируемых переменных были выбраны переменные Res2, Res3. Ниже приведен набор из 7 наиболее значимых переменных, которые были отобраны по этой группе.

V97 – «Болел ли ребенок соматическими заболеваниями в течении 1-го месяца жизни?».

V106 – «Когда стал сидеть?».

V107 – «Самостоятельно садиться?».

V108 – «Самостоятельно встать?».

V109 – «Самостоятельно ходить?».

V112 – «Как спал в течении 1-го месяца?».

V113 – «Как спал в течении 1-го года?».

В этом случае также можно отметить совпадение результата отбора с методом корреляционного анализа ($R > 0.7$, коэффициент корреляции отличен от 0 на уровне значимости $p < 0.001$).

Таким образом, в результате проведенного отбора значимых переменных с применением генетического алгоритма, с помощью методов нейросетевого моделирования, сформированы группы наиболее значимых переменных для I, II и III группы признаков. При этом результаты отбора по II и III группам переменных совпадают с таковыми же для стандартных методов что свидетельствует о надежности результата отбора. Кроме того мы попытались выявить из отобранных переменных те, которые наиболее часто встречаются и сочетаются между собой и в конечном итоге приводят к возникновению того или иного патологического состояния. В каче-

стве прогнозируемых диагнозов были выбраны - Перинатальная энцефалопатия и Детский церебральный паралич, т.е. переменная R3. Кроме того мы попытались проанализировать наличие и сочетание этих факторов у здоровых детей контрольной группы. У детей с грубой задержкой психо-моторного развития наиболее часто встречаемыми факторами были анемия матери во время беременности (у 90% обследуемых) и наличие раннего токсикоза во время беременности (76%). Сочетание этих факторов было отмечено нами в 66% случаев. Интересно, что в 71% случаев такие дети рождались у матерей, имеющих повторную беременность и наличие хотя бы одного мед. аборта в анамнезе (66% случаев). Что касается II группы вопросов, то наибольшее количество раз встречалось следующее сочетание факторов – низкая оценка по шкале Апгар, тихий крик ребенка при рождении и получение интенсивной медикаментозной терапии в остром периоде. Поскольку у всех детей отмечалась грубая задержка развития, то 6 показателей из 7 имели место у 100% обследуемых детей в III группе вопросов. Необходимо отметить, что в 85% случаев отмечалось сочетание выше указанных факторов из I, II и III групп вопросов.

Анализируя группу детей, которым был выставлен диагноз - Перинатальная энцефалопатия в I группе фигурировали те же факторы, что и в группе детей с ДЦП. Однако по второй группе признаков в большинстве случаев имело место сочетание следующих факторов – низкая оценка по шкале Апгар, тяжело протекающий период адаптации и наличие соматического диагноза у ребенка. Обращает на себя внимание, что если у детей с ДЦП оценка по шкале Апгар 0-3 б. имела место в 50% случаев, то у детей с ПЭ только в 20% случаев. Относительно III группы нужно сказать, что отставание в психо-моторном развитии было менее выражено. Если сравнивать детей (ДЦП и ПЭ), то их четкое разделение на две группы – дети с выраженными нарушениями и дети с относительной нормализацией изменений со стороны нервной системы, отмечалось нами с 6 по 8 месяц жизни ребенка, что совпадает с данными, представленными Ю.И. Барашневым, 1999г. (четыре фазы развития патологического процесса на протяжении первого года жизни). У здоровых детей контрольной группы наиболее часто встречалась в первой группе вопросов анемия матери во время беременности. Это говорит о том что наличие какого либо одного патологического фактора оказывает существен-

ное значение только в сочетании с другими факторами. Что касается II и III группы вопросов, то у здоровых детей нами не отмечено выраженных особенностей.

В заключении, хотелось бы сказать, что в ко-

нечном итоге предполагается построение математической модели прогнозирования развития перинатальной патологии ЦНС, и данная работа является лишь начальным этапом осуществления этой идеи.

Л.І. Гриненко, Ю.Є. Лях, В.Г. Гур'янов

ВИБІР НАЙБІЛЬШ ЗНАЧУЩИХ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ ПЕРІНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ МЕТОДОМ НЕЙРОСЕТЬОВОГО МОДЕЛЮВАННЯ

Військово-лікарська комісія УМВС України в Донецькій області, Донецькій державний медичний університет ім. М. Горького

В роботі за допомогою методів нейросетєвого моделювання був проведений аналіз різноманітних факторів пре- та перенатального періоду у 102 дітей до 1 року з патологією ЦНС. Були виділені фактори, які найбільш часто зустрічаються, злучаються між собою та призводять до виникнення цієї патології. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.69-74)

L.I. Grinenko, U.E. Lah, V.G. Gurianov

CHOICE OF THE MOST SIGNIFICANT OF THE ADVERSE FACTORS INFLUENCING ON OCCURRENCE PERINATAL PATHOLOGY OF CENTRAL NERVOUS SYSTEMS BY THE METHOD OF NEURONET MODELING

Health Protection Department of Interior Department of Ukraine in Donetsk region, Donetsk medical university by M. Gorkiy

In work with the help of methods нейросетєвое of modeling the analysis of the various factors pre- and perinatal period at 102 children till 1 year with a pathology of CNS is carried out. The meeting and combined among themselves factors are allocated most frequently which result in occurrence of this pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.69-74)

Литература

1. Бадалян Л.О. Детская неврология.— М.: Медицина, 2000.— 676 с.
2. Бадалян Л.О. и др. Руководство по неврологии раннего детского возраста/ Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М.— К.: Здоров'я, 1980.— 528 с.
3. Барашнев Ю.И. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: вклад перинатальных факторов, патогенетическая характеристика и прогноз// Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.— 1996.— Т. 41, № 5.— С. 29-34.
4. Евтушенко С.К. и др. Ранняя клиническая диагностика моторной, психической и речевой задержки у детей в возрасте до 1 года/ Евтушенко С.К., Шестова Е.П., Евтушенко О.С.— Донецк, 1995.— 66 с.
5. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни.— М.: Медицина, 1981.— 272 с.
6. Кирющенко А.П. Влияние вредных факторов на плод.— М.: Медицина, 1978.— 213 с.
7. Нейронные сети: Крат. рук. по SNN, STATISICA, StatSoft.— М., 1998.— 355 с.
8. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных.— СПб: Питер Ком, 2000.— 224 с.
9. Прикладная статистика. Классификация и снижение размерности: Справ. изд./ С.А.Айвазян, В.М.Бухштабер, И.С.Енюков, Л.Д.Мешалкин; Под ред. С.А.Айвазяна.— М.: Финансы и статистика, 1989.— 607 с., ил.
10. Применение математических методов в исследованиях по физиологии человека/ Под ред. В.Н.Казакова.— Донецк: Изд-во Донец. мед. ун-та, 2000.— 84 с.— (Очерки биолог. и мед. информатики).
11. Статистические методы для ЭВМ/ Пер. с англ.; Под ред. М.Б.Малотова.— М.: Наука, 1986.— 464 с.
12. Шабалов Н.П. Асфиксия новорожденных. — Л. Медицина. — 1990.— 192 с.

Поступила в редакцию 3.06.2004

УДК 616.831-005.1/4:616.13/16-053

*С.М. Кузнецова, В.В. Кузнецов, С.Г. Мазур, Д.В. Шульженко***ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ГОЛОВЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ**

Институт геронтологии АМН Украины

Ключевые слова: магистральные сосуды головы, атеросклероз, стеноз, ишемический инсульт, возраст

Ишемический инсульт (ИИ) является грозным проявлением церебральной ишемии и наиболее частой формой ОНМК. В проблеме ИИ актуальным является оценка состояния церебральной гемодинамики. До настоящего времени акцент преимущественно делался на анализе церебральной гемодинамики в острый период инсульта [1]. Характеристика мозгового кровообращения у больных, перенесших ИИ в реабилитационный период, представлена единичными исследованиями, преимущественно выполненными в 90-х годах. Для определения тактики и объема реабилитационных мероприятий для больных, перенесших ИИ, необходим анализ состояния гемодинамики в экстра- и интрак-

раниальных сосудах и оценка взаимоотношений между мозговым кровотоком и системно-интракардиальной гемодинамикой. Современные методы исследования церебральной гемодинамики, в частности дуплексное сканирование МАГ, позволяет дать комплексную характеристику состояния мозгового кровообращения, определить локализацию и степень атеросклеротического поражения, структуру атеросклеротических бляшек, выявить морфологические изменения сосудов каротидного и вертебро-базиллярного бассейнов.

Цель настоящей работы: изучить возрастные особенности церебральной гемодинамики у больных, перенесших ИИ, в период реабилитации.

Материалы и методы исследования

Проведено клинко-инструментальное и биохимическое обследование 98 больных в двух возрастных групп: 40-59 лет и 60-75 лет, перенесших ишемический инсульт в каротидном бассейне, которые находились на стационарном лечении в отделе сосудистой патологии головного мозга Института геронтологии АМН Украины (г. Киев) от 1 месяца до 1 года после острого периода инсульта.

Диагноз ИИ устанавливался согласно рекомендациям классификации ОНМК по МКБ X пересмотра. Учитывали этиологию заболевания, локализацию патологического очага, характеристику клинко-неврологического синдрома. Всем больным проводилось комплексное клинко-инструментальное исследование сердечно-сосудистой системы, дуплексное сканирование МАГ, транскраниальное дуплексное сканирование интракраниальных сосудов, электрокардиография и эхокардиография. Ишемический характер нарушения мозгового кровообращения у обследованных больных был подтвержден данными МРТ головного мозга.

У БИИ в возрасте 40-59 лет одностороннее атеросклеротическое поражение каротидного бассейна выявлено у 19 человек (42,3%), двухстороннее у 26 человек (58,7%), у больных 60-79 лет соответственно у 20 человек (37,7%) и 33 человек (62,3%).

В качестве контрольной группы обследовано 62 человека без клинических признаков цереброваскулярной патологии 2х возрастных групп: 40-59 лет – 33 человека и 60-79 лет – 29 человек.

Основным этиологическим фактором развития инсульта у 98 (100%) человек являлся атеросклероз, у 76 из них (77,5%) сочетание атеросклероза и артериальной гипертензии. Сочетание сахарного диабета и атеросклероза наблюдалось у 4 (4,1%) больных. У 41 (41,8%) больных выявлялись признаки ишемической болезни сердца.

Для оценки состояния МАГ и церебральной гемодинамики применяли метод экстра- и транскраниальной доплерографии, которая проводилась на аппарате «Logidop» (Kranzbuhler). Дуплексное исследование брахиоцефальных артерий проводилось с использованием ультразвуковой установки Sonoline Elegra (SIEMENS).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ величины ИМТ у больных двух возрастных групп с учетом наличия одностороннего и двухстороннего поражения ОСА по сравнению с лицами КГ соответствующего возраста позволил установить зависимость толщины ИМТ от возраста и количества поражения ОСА (одно- или двухстороннее поражение). Статистически достоверно установлено, что у лиц КГ с возрастом увеличивается размер ИМТ: в среднем возрасте 0,75 мм, в пожилом возрасте 1,02 мм ($p < 0,05$). У БИИ так же выявлены возрастные различия толщины ИМТ.

У БИИ пожилого возраста при одно- и двухсторонних поражениях ОСА в ипсилатеральной ОСА толщина ИМТ больше, чем в гетеролатеральной ОСА (соответственно $1,2 \pm 0,05$ и $1,04 \pm 0,07$ мм), и только толщина ИМТ в ипсилатеральной ОСА статистически достоверно больше, чем в контрольной группе соответствующего возраста ($1,05 \pm 0,08$ мм) ($p < 0,05$).

У БИИ среднего возраста с односторонним поражением каротидных сосудов по сравнению с больными в пожилом возрасте статистически достоверно меньше размеры ИМТ в ипсилатеральной ($p < 0,05$), в гетеролатеральной ОСА наблюдается лишь тенденция к более низким значениями ИМТ у БИИ пожилого возраста.

У больных, перенесших ИИ в среднем воз-

расте с двухсторонним поражением ОСА статистически достоверно больше толщина ИМТ в ипсилатеральной и гетеролатеральной ОСА по сравнению БИИ пожилого возраста ($p < 0,05$).

Таким образом, у БИИ среднего возраста с односторонним поражением ОСА изменения толщины ИМТ менее выражены, чем у БИИ пожилого возраста. При двухсторонних поражениях ОСА толщина ИМТ в среднем возрасте больше, чем у БИИ пожилого возраста, что дает основание полагать, что при двухсторонних поражениях ОСА степень выраженности атеросклеротического поражения ОСА у больных среднего возраста более значительная, чем у больных в пожилом возрасте.

О различной степени поражения атеросклеротическим процессом у больных среднего и пожилого возраста свидетельствуют и данные количественной оценки различий в толщине ИМТ ОСА между больными и лицами КГ соответствующих возрастов.

У БИИ среднего возраста с односторонним и двухсторонним поражением ОСА в ипсилатеральной и гетеролатеральной ОСА показатели ИМТ достоверно ниже по сравнению с лицами КГ соответствующего возраста. Эти различия у БИИ среднего возраста более выраженные, чем у БИИ пожилого возраста по сравнению с лицами КГ (рис. 1 и 2).

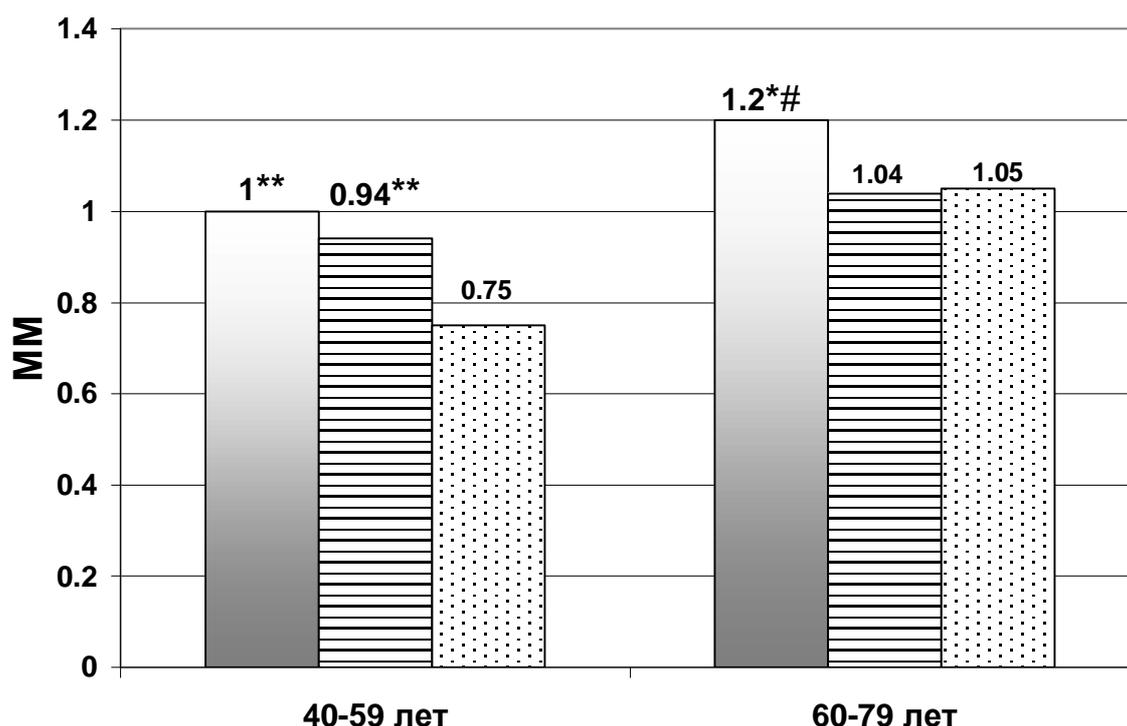


Рис. 1 Возрастная динамика толщины комплекса интима-медиа у БИИ с односторонним поражением ОСА и лиц контрольной группы.

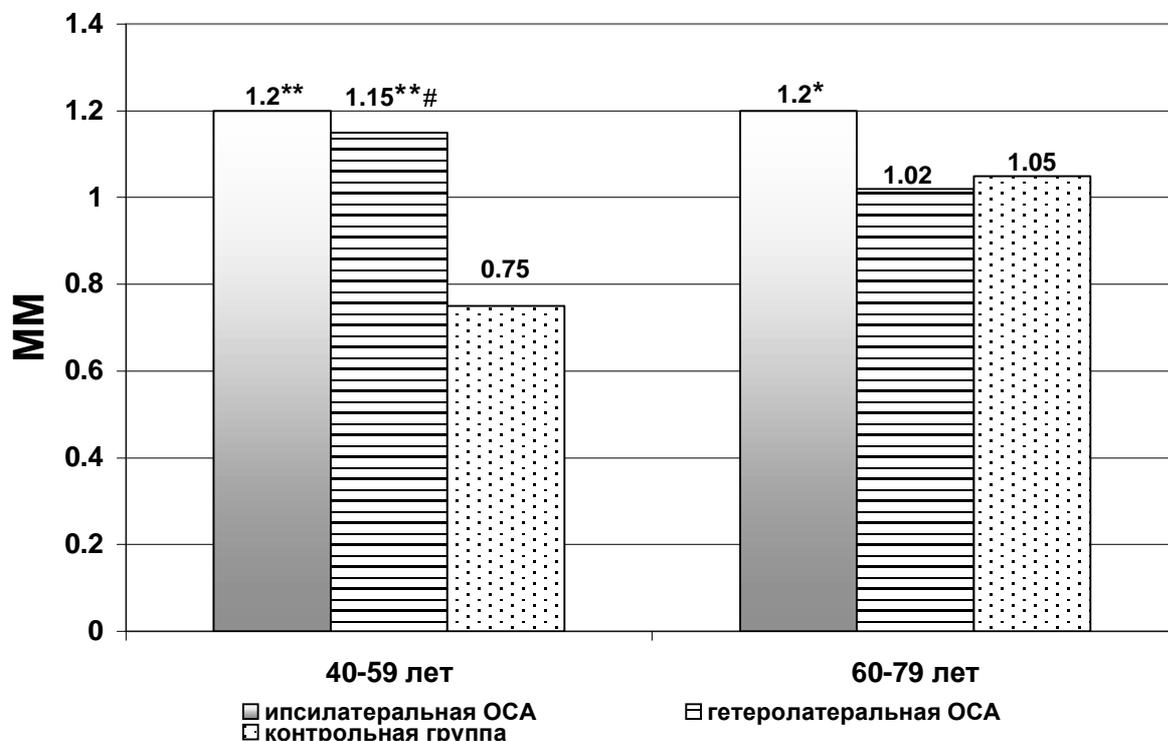


Рис. 2 Возрастная динамика толщины комплекса интима-медиа у БИИ с двухсторонним поражением ОСА и лиц контрольной группы.

Примечания к рис.1 и 2 - «*» - $P < 0,05$, «**» - $P < 0,01$ - статистически достоверные различия между показателями БИИ и лицами КГ. «#» - $P < 0,05$ - статистически достоверные различия между показателями БИИ 40-59 и 60-79 лет.

Принимая во внимание, что диаметр ОСА в определенной степени характеризует локализацию атеросклеротического процесса и увеличение внешнего и внутреннего диаметра ОСА связано с показателями возраста, веса, степенью гипертрофии левого желудочка нами было проведено измерение диаметра ОСА у больных ИИ среднего и пожилого возраста.

У БИИ среднего возраста не обнаружено достоверных различий между показателями внутреннего диаметра ОСА по сравнению с КГ, отмечается только тенденция к увеличению диаметра в ипсилатеральной ОСА (при одностороннем поражении) и в гетеролатеральной (при двухстороннем поражении). У больных пожилого возраста статистически достоверно больше, чем у лиц КГ соответствующего возраста диаметр ипсилатеральной и гетеролатеральной ОСА (при одностороннем поражении) и гетеролатеральной ОСА (при двухстороннем поражении).

Сравнительный анализ размеров диаметра ОСА у БИИ разного возраста показал, что у БИИ среднего возраста с односторонним поражением каротид диаметр гетеролатеральной ОСА и у

БИИ среднего возраста с двухсторонним поражением каротид диаметр в ипсилатеральной ОСА достоверно меньше, чем в соответствующих группах БИИ пожилого возраста соответственно – $6,16 \pm 0,028$ мм, $6,1 \pm 0,022$ мм, $6,71 \pm 0,023$ мм и $6,5 \pm 0,021$ ($p < 0,05$).

Таким образом, у БИИ среднего возраста по сравнению с БИИ пожилого возраста более выражено увеличение толщины ИМТ, меньше внутренний диаметр ОСА, что свидетельствует о более выраженном поражении атеросклеротическим процессом больных среднего возраста.

Основной причиной мозговой ишемии является стенозирующее поражение МАГ [2, 3]. Несмотря на противоречивость данных о роли степени стеноза в развитии инсульта, роль стенозов в формировании патогенетических механизмов ишемических инсультов общепризнанна. Возможно, противоречивость данных о связи степени стеноза в механизмах инсульта обусловлена не достаточным анализом возрастных аспектов инсульта, степени и типов атеросклеротического поражения сосудов.

Для оценки возрастных особенностей цереб-

ральной гемодинамики у БИИ, нами был проведен анализ частоты и степени стенозов у БИИ двух возрастных групп с учетом одно- и двухстороннего поражения ОСА.

В результате анализа степени окклюзирующего поражения сосудов у БИИ с изолированным поражением одного из сосудов каротидного бассейна обнаружено, что частота выявления стенозов сосудов каротидного бассейна, не превышающих 50% по диаметру сосуда достоверно не отличается у обследуемых больных двух возрастных групп (у БИИ среднего возраста – 26%, у БИИ пожилого возраста – 32%). Стенозы 50-75% диаметра сосудов несколько чаще наблюдаются у БИИ среднего возраста (29%), чем у БИИ пожилого возраста (23,5%).

Высокостенозные поражения сосудов (>75% диаметра сосуда) определяются у 45% БИИ среднего возраста и 44,5% БИИ пожилого возраста.

Следует отметить, что у лиц КГ в среднем и пожилом возрасте преобладали стенозы <50% диаметра сосуда (соответственно, 18% и 25%), стенозирующие поражения превышающие 50-75% диаметра сосуда выявлено соответственно у 3% и 6,5% лиц КГ. Иными словами, на основании вышеперечисленных данных можно утверждать, что у БИИ среднего возраста с изолированным поражением одного из каротидных бассейнов частота различной степени стенозирования каротид существенно не отличается от частоты стенозирования у БИИ пожилого возраста. Данные анализа частоты различных степеней стенозов у больных разного возраста с двухсторонним поражением сосудов каротидного бассейна свидетельствует о том, что стенозы, не превышающие 50% диаметра сосуда более характерны для гетеролатерального каротидного бассейна, а частота их обнаружения достоверно не отличается в среднем и пожилом возрасте (соответственно, 56% и 50%). Стенозирование ипсилатерального каротидного бассейна <50% диаметра сосуда в этих группах больных наблюдалось несколько реже как у БИИ среднего, так и больных пожилого возраста (соответственно, 44% и 38%). Частота средних и высоких степеней стенозов сосудов ипси- и гетеролатерального каротидного бассейнов имеет выраженные возрастные различия. Средние степени стенозов (50-75% диаметра сосуда) в большей мере характерны для БИИ пожилого возраста (42% поражения ипсилатерального и 38% гетеролатерального бассейнов), чем для БИИ среднего возраста (соответственно, 23% и 11%) ($p < 0,01$). Высокостенозные поражения (>75% диаметра

сосуда) чаще наблюдаются в группе БИИ среднего возраста (частота поражения как ипсилатерального, так и гетеролатерального бассейнов 33%), чем у больных пожилого возраста (соответственно, 20% и 12%).

Таким образом, у БИИ среднего и пожилого возраста выше частота стенозирующего поражения каротид по сравнению с лицами КГ соответствующего возраста. Структура распределения частоты различной степени стенозирования сосудов каротидного бассейна у БИИ с поражением одного из каротидных бассейнов однотипна у БИИ двух возрастных групп. В то же время, у БИИ с поражением обоих каротидных бассейнов частота выраженных стенозирования каротид больше у БИИ среднего возраста.

В развитии мозговой ишемии мозга значительную роль играет не только степень стенозирования сосуда, но и морфология атеросклеротической бляшки, характеристика ее поверхности [4]. Ультразвуковое дуплексное сканирование высокого разрешения в В-режиме позволяет охарактеризовать бляшки сонной артерии по эхогенности, что дает возможность, предположительно установить ее морфологический состав [5].

Согласно критериям Европейской группы исследователей бляшки сонных артерий различаются по следующим критериям: отражающие эхо, промежуточные и эхопрозрачные. Морфологическим субстратом гипозоногенных бляшек являются молодые соединительнотканые элементы, липиды и клетки крови. Такие бляшки способны, быстро расти, что способствует значительному сужению сосуда или его полной окклюзии [6]. Отмечается зависимость структуры атеросклеротической бляшки от степени стеноза – при малых стенозах чаще наблюдаются гиперзоногенные, а при больших стенозах гетерозоногенные и гипозоногенные атеросклеротические бляшки [7].

Результаты анализа морфологической структуры атеросклеротических бляшек у больных инсультом двух возрастных групп показали, что при одностороннем поражении каротидного бассейна у больных среднего и пожилого возраста частота гетерозоногенных атеросклеротических бляшек одинакова и составляет 53%. У БИИ пожилого возраста почти в 2 раза выше частота гиперзоногенных бляшек (41%), чем у больных среднего возраста (24%) ($p < 0,05$). Наряду с этим удельный вес гипозоногенных бляшек у больных среднего возраста с односторонним поражением сосудов каротидного бассейна в 4 раза (23%) больше, чем у больных пожилого возраста (6%)

($p < 0,01$). Распределение частоты различных типов атеросклеротических бляшек у БИИ с двухсторонним поражением сосудов каротидного бассейна в среднем и пожилом возрасте в определенной степени соответствует распределению, характерному для больных с односторонним поражением каротид соответствующих возрастов. У БИИ среднего возраста частота выявления гипоехогенных бляшек составляет 24 %, у БИИ пожилого возраста 2 %.

Таким образом, для БИИ характерны выраженные возрастные различия по частоте гипоехогенных бляшек. У БИИ среднего возраста с двухсторонним поражением сосудов каротидного бассейна в 12 раз чаще диагностировались гипоехогенные бляшки, чем у больных пожилого возраста ($p < 0,01$). Частота гиперэхогенных бляшек у БИИ среднего возраста составляет 24%, у больных пожилого возраста – 31%. Возрастные различия по частоте гетерогенных бляшек в большой степени характерно для БИИ пожилого возраста (67%), чем у БИИ среднего возраста с двухсторонним поражением каротид (52%) ($p < 0,05$).

Риск эмбологенности возрастает с увеличением степени стеноза сосудов за счет выраженности локальных гемодинамических нарушений, возникающих вследствие гидростатического давления, существующего в области препятствия, до и после него. При высоких степенях стеноза степень риска развития нарушения мозгового кровообращения повышается как за счет эмбологенности атеросклеротической бляшки, так и за счет гемодинамических нарушений. Наличие у БИИ гипоехогенных атеросклероти-

ческих бляшек в сочетании со стенозированием МАГ более 50% создает риск повторного нарушения мозгового кровообращения.

Итак, в результате анализа частоты и типа атеросклеротических бляшек у БИИ установлены выраженные возрастные особенности, не зависящие от количества пораженных каротидных бассейнов. С наибольшей частотой в обеих возрастных группах наблюдаются гетерогенные атеросклеротические бляшки. Гиперэхогенные атеросклеротические бляшки в большей степени характерны для БИИ пожилого возраста, тогда как гипоехогенные – для БИИ среднего возраста, что может свидетельствовать о более высокой степени прогрессирования у БИИ среднего возраста атеросклеротических изменений церебральных сосудов.

У лиц КГ обеих возрастных групп в общей структуре распределения бляшек по эхогенному составу преобладают гиперэхогенные атеросклеротические бляшки (у лиц среднего возраста - 19%, у лиц пожилого возраста – 24%), и невысокая встречаемость гетерогенных (соответственно – 3,5% и 8%).

Таким образом, у больных, перенесших ИИ, среднего возраста более выраженное чем у больных пожилого возраста, увеличение комплекса интима-медиа, уменьшение внутренних диаметров ОСА, высокая частота выявления гипоехогенных атеросклеротических бляшек и стенозирование каротидных сосудов более 75 %, что свидетельствует о большей агрессивности стенотического поражения сосудов каротидного бассейна у больных среднего возраста.

С.М. Кузнецова, В.В. Кузнецов, С.Г. Мазур, Д.В. Шульженко

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ГОЛОВИ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Інститут геронтології АМН України

В результаті комплексного (клініко-інструментальне дослідження серцево-судинної системи, дуплексне сканування МАГ, транскраніальне дуплексне сканування інтракраніальних судин) аналізу стану МАГ у хворих на ішемічний інсульт різного віку (40-59 років – 45 чол. і 60-75 років – 53 чол.), встановлено, що у хворих на ішемічний інсульт середнього віку більш виражене атеросклеротичне ураження МАГ, про що свідчить потовщення комплексу інтима-медіа, висока частота виявлення стенозів більш 75 % і наявність у судинах каротидного басейну гіпоехогенних атеросклеротичних бляшок. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.75-80)

ADE PECULIARITIES OF THE STAGE OF MAGISTRAL HEAD'S VESSELS IN PATIENTS GET OVER THE ISCHEMIE STROKE

Institute of a gerontology of AMS of Ukraine

As a result of complex analysis (clinico-instrumental study of cardiovascular system, duplex scanning of major head arteries (MHA), transcranial duplex scanning of intracranial vessels) of the MHA state after an ischemic stroke in the patients of different age (45 subjects aged 40-59 years and 53 subjects aged 60-75 years), it has been found that atherosclerotic injury of MHA was more pronounced in middle-aged post-stroke patients. Indicative of this has been the thickening of intima-media complex, the high incidence of stenosis (more than 75%) and the presence of hypoechogenic atherosclerotic plaques in the carotid basin vessels. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.75-80)

Литература

1. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, Инсульт (приложение). — 2003. — № 9. — С. 3-5.

2. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. — СПб.: Фолиант, 2002. — 397 с.

3. Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. — СПб.: Гиппократ, 2003. — 159 с.

4. Langsfield M., Gray-Weale A.C., Lusby R.J. The role of plaque morphology and diameter reduction in the development of new symptoms in asymptomatic carotid arteries // Journal Vascular Surgery.

— 1989. — № 9. — P. 548-557.

5. Belcaro G., Laurora G., Cesarone M.R., De Sanctis M.T., Incandela L., Fascetti E., Geroulakos G., Ramaswami G., Pierangeli A., Nicolaidis A.N. Ultrasonic classification of carotid plaques causing less than 60% stenosis according to ultrasound morphology and events // Journal Cardiovascular Surgery. — 1993. — № 34. — P. 287-294.

6. Gronholdt M.L., Wiebe B.M., Laursen H., Nielsen T.G., Schroeder T.V., Sillesen H. Lipid-rich carotid artery plaques may appear echolucent on ultrasound B-mode images and may be associated with intraplaque haemorrhage // European Journal Vascular Surgery. — 1997. — № 14. — P. 439-445.

7. Joakimsen O., Bonaa K.H., Stensland-Bugge E. Age and sex differences in the distribution and ultrasound morphology of carotid atherosclerosis // Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology. — 1999. — № 19. — P. 3007.

Поступила в редакцию 7.06.2004

УДК 616.831-005.1:616.8954

*В.Н. Мищенко***ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: ишемический инсульт, депрессия, шкалы Рэнкина, Бека, Гамильтона.

В настоящее время депрессия рассматривается как один из важных факторов, влияющих на качество жизни больных, перенесших мозговую инсульт, а также ухаживающих за ними людей [1].

Депрессия является частым осложнением мозгового инсульта. По данным авторов [2-8] у 20 % - 60 % больных после инсульта развивается депрессивный синдром. Как показывают данные проведенных исследований, депрессия повышает риск развития летального исхода [2], а также оказывает негативное влияние на продолжительность и качество реабилитационных мероприятий у больных, перенесших мозговую инсульт [1,9].

Поэтому в последние годы интерес к проблеме постинсультной депрессии возрос. Прошло 24 года с тех пор как М. Labi и соавт. [10] описали депрессию как наиболее часто не распознаваемое осложнение инсульта. С того времени появились работы, посвященные вопросам эпидемиологии, факторам риска, механизмов развития, диагностике, лечению и профилактике постинсультной депрессии [1-10].

В течение многих лет постинсультная депрессия трактовалась как эмоциональная реакция больного на перенесенное заболевание. Однако

в дальнейшем было установлено, что в формировании депрессивной симптоматики принимают участие ряд других факторов – социальных, личностных [11,12], непосредственно связанных с локализацией очага поражения и других [13,14].

Однако, несмотря на проведенные исследования, многие вопросы в этой проблеме остаются противоречивыми. В первую очередь это касается реальных данных о распространенности постинсультной депрессии, частота которой варьирует по данным различных авторов от 10 до 60%. Это связано с тем, что исследовались больные с разной степенью тяжести, разного возраста и в разные временные интервалы от начала инсульта.

Мало описаны клинические особенности течения депрессивного синдрома у постинсультных больных. До конца не определены факторы, влияющие на развитие постинсультной депрессии. Именно эти вопросы стали предпосылкой для проведения настоящего исследования.

Целью работы явилось изучить распространенность депрессивного синдрома в динамике восстановительного периода ишемического инсульта, а также определить факторы, влияющие на развитие и тяжесть его течения.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели в работе были применены следующие методы исследования: клиничко-неврологическое исследование, КТ головного мозга. Для оценки функциональных возможностей больных использовали шкалу Рэнкина. Наличие депрессии устанавливалось согласно критериям МКБ-10 и DSM-4. Для оценки степени выраженности депрессии были использованы шкалы Гамильтона, Бека. С помощью специального опросника оценивалось качество жизни пациентов, в баллах: высокое – 5

баллов, максимально сниженное – 12 баллов.

Нами было обследовано в динамике 86 больных, перенесших ишемический инсульт. Возраст обследованных больных был от 52 до 75 лет. Средний возраст составил 60,6 лет. Из числа больных: 41 – мужчина, 45 – женщин. Обследования проводились через 1,3,6 и 12 месяцев от начала развития инсульта. Из 86 больных у 30 очаг поражения локализовался в системе правой, у 25 – левой внутренней сонной артерии и у 31 больного – в вертебро-базилярном бассейне.

Результаты исследования и их обсуждение

По шкале Рэнкина средний балл по группе обследованных нами больных составил два балла. 13 больных имели 0-2 балла, т.е. неврологический дефицит был незначительным, он не ограничивал активности больных, посторонняя помощь не требовалась. У 21 больного инсульт привел к значительному снижению функциональных возможностей, показатель шкалы у этих больных был в пределах 3-4. Эти больные были не в состоянии ходить без посторонней помощи, нуждались в уходе.

По данным шкал Гамильтона и Бека депрессивные явления были выявлены у 48 больных (55,8 %). У 38 больных (44,2 %) явления депрессии отсутствовали. 55,8% обследованных больных предъявляли жалобы на плаксивость, раздражительность, чувство постоянной усталости, нарушение ночного сна. У трети больных эти жалобы выявлялись при ответе на прямой вопрос. У 13 больных явления депрессии определялись невербальным способом, а именно в характере позы, выражением лица, поведением.

Практически все эти больные предъявляли жалобы на трудности засыпания, многократные пробуждения в течение всей ночи, беспокойный сон. У 40 больных отмечалось раннее пробуждение.

У подавляющего большинства больных с депрессией отмечались разной степени выраженности проявления тревоги. У 21 больного проявления тревоги были в виде сердечно-сосудистых, дыхательных, гастроинтестинальных нарушений, повышенного потоотделения.

Следует отметить, что у всех этих больных сохранялась критичность к своему состоянию. Большинство больных осознавали, что у них пониженное настроение из-за тяжелого заболевания. У них часто возникало ощущение собственной несостоятельности, чувство общей слабости. Почти 30% больных потеряли интерес к окружающему, они были апатичными и нерешительными. У 23 больных наблюдалось общее беспокойство, в том числе двигательное. Ни у одного пациента не было суицидальных мыслей и суицидальных попыток. У большинства больных отсутствовало чувство вины, и только 9 пациентов считали, что родственники страдают из-за их болезни. У 13 больных отмечалась излишняя озабоченность состоянием своего здоровья.

Следует отметить, что выраженность депрессивной симптоматики была различной, о чем свидетельствуют исследования с помощью шкал

Бека и Гамильтона. Через 1 месяц после инсульта 23 больных (28,7%) получили по шкале Бека больше 10 баллов и по шкале Гамильтона до 6 баллов, что соответствует наличию у них легких депрессивных проявлений. 17 больных (14,6%) получили по шкале Бека 16-19 баллов, а по шкале Гамильтона 7-15 баллов, что соответствовало наличию у них умеренной депрессии. У 8 больных (9,3%) явления депрессии были выраженными (больше 20 баллов по шкале Бека и больше 16 баллов по шкале Гамильтона).

Динамические наблюдения за пациентами показали, что через 3 месяца от начала инсульта процент больных с легкими проявлениями депрессии возрос до 30 больных (34,8%). Через 6 месяцев явления депрессии выявлялись у 27 больных (31,4%), а через год - у 22 больных (25,7%). У большинства депрессивных больных (67%) симптоматика, которая возникла через месяц от заболевания, сохранялась в течение года. У остальных больных явления депрессии возникли на 3-6 месяце восстановительного периода ишемического инсульта.

Качество жизни обследованных больных было существенно нарушено и достоверно коррелировало с клинико-психологическими показателями.

Нами проведен анализ факторов, влияющих на развитие и тяжесть депрессивного синдрома у постинсультных больных. Установлено, что у больных с инсультом в вертебро-базилярном бассейне отмечалась более высокая активность и личностная тревога, меньше снижалось качество жизни. Была отмечена зависимость между развитием и тяжестью депрессии и функциональным состоянием больного. У больных с 3-4 баллами по шкале Рэнкина были более выраженные депрессивные проявления, когнитивные расстройства и более низкое качество жизни. Более выраженная степень депрессивных проявлений чаще наблюдалась у больных при правополушарной локализации очага.

Чаще депрессивная симптоматика развивалась у одиноких пациентов, а также у пациентов, которые из-за инвалидизации потеряли работу. У последних наблюдалось ограничение привычных социальных контактов, снижение уверенности в собственных силах, утрата чувства независимости.

Таким образом, наши исследования показали, что частым осложнением ишемического инсульта является развитие депрессивного синдрома. По нашим данным, распространенность

этого синдрома составляет 25,7%, что согласуется с данными других исследователей. Депрессивная симптоматика, развившаяся через месяц от начала заболевания, у большинства пациентов сохраняется в течение года. У трети пациентов депрессивный синдром развивается через 3-6 месяцев от начала инсульта. Постинсультная депрессия отличается легкой и умеренной степенью выраженности симптомов. В структуре такой депрессии преобладают соматовегетативные наруше-

ния, сохраняется критичность пациентов к своему состоянию. Выявлена зависимость степени выраженности депрессивного синдрома от локализации инсульта, тяжести неврологического дефицита и социального фактора. Депрессия снижает качество жизни постинсультных больных. Своевременная диагностика и лечение депрессивного синдрома у постинсультных больных позволяет повысить качество жизни и продолжительность реабилитационных мероприятий.

В.М. Міщенко

ПІСЛЯІНСУЛЬТНІ ДЕПРЕСІЇ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Було обстежено в динаміці 86 хворих через 1,3,6 та 12 місяців після ішемічного інсульту. Прояви депресії були виявлені у 26% обстежених хворих. У більшості хворих депресивний синдром зберігався протягом року. Виявлена залежність тяжкості депресивного синдрому від локалізації інсульту, неврологічного дефіциту та соціального статусу хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.81-83)

V.M. Mishchenko

POST-STROKE DEPRESSIONS

Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology of the AMS of Ukraine

86 patients at 1, 3, 6, and 12 months after ischemic stroke were examined in dynamics. In 26% of the patients it was registered depressive signs. Peculiarities of the course of depressive syndrome in post-stroke patients were described. A more manifested depression occurred in patients with a right hemispheric localization of the nidus. A dependence of depressive syndrome development from stroke severity and social status of the patients was shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.81-83)

Литература

1. Neau J-P, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier M-P, Couderq C, Alvarez A, Gil R. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis.* 1998;8:296-302.
2. Astrom M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study. *Stroke.* 1993; 24:976-982
3. Kauhanen M-L, Korpelainen JT, Hiltunen P, Brusin E, Mononen H. et al. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke.* 1999; 30:1875-1880
4. Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I. et al. Frequency and clinical of poststroke depression. *Stroke.* 1998; 29:2311-2317
5. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik RD. et al. Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study. *Br J Psychiatry.* 1995;166:320-327.
6. House A, Dennis M, Mogridge L. et al. Mood disorders in the year after first stroke. *Br J Psychiatry.* 1991;158:83-92
7. Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Wariow C. Emotional outcomes after stroke: factors associated with poor outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2000;68:47-52.
8. Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, Rao K, Price TR. Mood changes in stroke patients: relationship to lesion location. *Compr*

Psychiatry. 1983; 24:555-566.

9. Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M, Lonnqvist J, Kaste M. Poststroke depression in acute phase after stroke. *Cerebrovasc Dis.* 2001; 12:14-20.

10. Labi M.L.C., Phillips T.F., Gresham G.E. Psychosocial disability in physically restored long-term stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil* 1980; 61:561-565.

11. Andersen G, Vestergaard K, Ingemann-Nielsen M, Lauritzen L. Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;92:193-198.

12. Филатова Е.Г., Добровольская Л.Е., Посохов С.И., Шаряпова Р.Б. К вопросу о патогенезе постинсультной депрессии. //Ж. неврология и психиатрия им. С.С.Корсакова, приложение Инсульт, 7, 2002. — С.22-27.

13. House A, Dennis M, Wariow C, Hawton K, Molyneux A. Mood disorders after stroke and their relation to lesion location. *Brain.* 1990; 113: 1113-1129.

14. MacHale SM, O'Rourke SJ, Wardlaw JM, Dennis MS. Depression and its relation to lesion location after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1998;64:371-374.

Поступила в редакцию 8.06.2004

УДК 616.831-005.4-089-036.86.

*Т.С. Мищенко, Е.В. Песоцкая***РОЛЬ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В СНИЖЕНИИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Центральная клиническая больница № 5, г.Харьков

Ключевые слова: атеротромботический инсульт, каротидная эндартерэктомия, стеноз сонных артерий, дуплексное сканирование

Инсульт по-прежнему остается одной из наиболее важных проблем современной клинической медицины. В большинстве западных стран ежегодно инсультом заболевают 0,2% населения [1]. Из них треть умирает в течение одного года, треть навсегда утрачивает трудоспособность и лишь у 10-20% больных происходит восстановление [2]. Люди, перенесшие инсульт, утрачивают самостоятельность в повседневной жизни и быту. Инсульт приводит к наибольшему уменьшению числа лет с нормальным качеством жизни по сравнению с любыми другими болезнями [3]. Также актуальна эта проблема в Украине, где заболеваемость инсультом в 1,6 раз выше, чем в США и в странах Западной Европы. 25% инвалидизации взрослого населения в Украине обусловлено перенесенным инсультом [4].

В структуре острых сосудистых поражений мозга ведущая роль принадлежит ишемическому инсульту. В экономически развитых странах он составляет 80%, в Украине соотношение ишемии к геморрагии равно 3,6:1. Наиболее распространенным подтипом является атеротромботический, частота которого составляет 25-30% всех ишемических инсультов [5].

Риск развития повторной церебральной катастрофы у больного, перенесшего инсульт, в 2 раза выше, чем первой, и составляет в среднем 8-12% в год, а в течение первых 5 лет достигает 25-42% [6]. Развитие повторного инсульта повышает риск смерти, увеличивает длительность лечения, неврологический дефицит, а, следовательно, инвалидизацию. Кроме того, повторные инсульты очень часто вызывают развитие сосудистой деменции [7]. У больных, перенесших инсульт, повышается также риск развития и других сердечно-сосудистых заболеваний [8]. Так, перенесенный инсульт повышает в 2-3 раза риск развития инфаркта миокарда. По данным

литературы у более чем 50% больных, перенесших ишемический инсульт, наблюдаются симптомы ишемической болезни сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, ЭКГ-признаки ишемии миокарда). Некоторые наблюдения говорят о прямо пропорциональной зависимости между выраженностью стеноза сонных артерий и проявлениями ИБС [9].

По данным многих авторов причиной ишемических поражений головного мозга в 84-90% является стеноз и окклюзия экстракраниальных отделов сосудов головного мозга и чаще всего бифуркации сонной артерии [10]. Поэтому одним из перспективных направлений вторичной профилактики ишемического инсульта являются хирургические методы лечения, направленные на устранение стенозов магистральных артерий головы и шеи. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные эффективности КЭАЭ, многие вопросы остаются дискуссионными, мало исследованными, в частности, это касается проблемы влияния каротидной эндартерэктомии на качество жизни больных, перенесших атеротромботический инсульт.

Поэтому целью нашей работы явилось: изучить влияние каротидной эндартерэктомии на снижение степени инвалидизации больных, перенесших ишемический инсульт.

Задачи исследования:

1. Провести клинко-неврологическое исследование больных с атеротромботическим инсультом до и после проведения каротидной эндартерэктомии.
2. Определить структурные изменения вещества головного мозга по данным компьютерной томографии у обследованных больных.
3. Изучить состояние церебральной гемодинамики до и после КЭАЭ.
4. Провести сопоставительный анализ кли-

нико-неврологических проявлений, состояния церебральной гемодинамики до и после проведения каротидной эндалтерэктомии.

Для осуществления поставленных задач в работе были применены следующие методы: клинично-неврологическое обследование по специально разработанной карте. Для оценки выраженности неврологического дефицита была использована Скандинавская шкала (сокращенный вариант). Для определения структурных изменений головного мозга применялась компьютерная томография. Состояние церебрального кровотока изучалось методом дуплексного сканирования на аппарате Sigma iris 880 CE CD (Франция, 1998г).

Нами было обследовано и проанализировано 49 пациентов в возрасте от 43 до 77 лет, перенесших атеротромботический инсульт. Всем больным была произведена каротидная эндалтерэктомия. Из них мужчин было 46(94%), женщин- 3(6%). У 32 пациентов ишемический инсульт развился в левом каротидном бассейне, у 17- в правом. Двигательные пирамидные нарушения разной степени выраженности имели все 100% больных (49 человек). Очаговая неврологическая симптоматика проявлялась в виде центрального пареза мимической мускулатуры, гиперрефлексии, слабости в контрлатеральных очагу конечностях в пределах 2-4 баллов, сенсорной недостаточности по гемитипу. У 27 % (13 человек) имелись речевые нарушения (различные виды афазий, корковая дизартрия), у 4% (2 человека)- экстрапирамидные нарушения.

На основании клинично-неврологических данных у обследованных больных удалось установить среднюю и легкую степень тяжести ишемического инсульта. Согласно Скандинавской шкале средний балл составил $14,2 \pm 0,3$. Согласно данным компьютерной томографии у 34 больных отмечались признаки кортикальной и субкортикальной атрофии, у 26 больных были выявлены очаговые изменения вещества головного мозга в виде зон сниженной плотности, локализующихся в височно-теменных отделах. У 11 больных определялось изоденсное состояние ишемического очага.

У 100% больных были выявлены атеросклеротические бляшки различного характера, приводящие к гемодинамически значимому стенозу общей или внутренних сонных артерий. Чаще диагностированы стенозы внутренних сонных артерий (31 случай). Стенозы общей сонной артерии выявлены в 15 случаях. У 23 больных встречалась сочетанная атеросклеротическая

патология двух и более сосудов. У 46 пациентов был выявлен гемодинамически значимый (70 и более %) каротидный стеноз, у 3- нестабильная изъязвленная атеросклеротическая бляшка, что послужило основанием для проведения каротидной эндалтерэктомии у этих больных. Всем больным произведена каротидная эндалтерэктомия: 43 пациентам—по классической методике с аутовенозной пластикой сонной артерии [11], 6 пациентам—по эверсионной методике, суть которой заключается в пересечении ВСА выше бифуркации, выворачивании адвентиции с наружной эластической мембраной ВСА в дистальном направлении, КЭАЭ и реимплантация артерии в старое русло [12]. Всем больным во время операции за 5 мин. до пережатия сонной артерии вводилось 5 тыс. гепарина. В послеоперационном периоде продолжалась постоянная инфузия низких доз гепарина в течение 5 дней с последующим переходом на низкомолекулярные антикоагулянты, а затем на пероральные антитромбоцитарные препараты (аспирин, клопидогрель). После выполненных операций у каждого больного была оценена неврологическая симптоматика в динамике. У 42 пациентов, имевших легкую и среднюю степень двигательных нарушений, отмечалась существенная положительная динамика в виде уменьшения выраженности гемипареза. Выраженные двигательные расстройства мало регрессировали в послеоперационном периоде. У 11 больных отмечался регресс речевых нарушений, у 2 пациентов с экстрапирамидными расстройствами также отмечалось уменьшение выраженности симптоматики. Динамическое доплерографическое исследование показало, что в результате КЭАЭ реконструированные участки сонных артерий проходимы, внутрисосудистые образования в них не лоцировались. У 1 больного на 3-и сутки после операции развился тромбоз оперированного сегмента, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Этому пациенту произведена тромбэктомия с аутовенозным протезированием левой ВСА. У 1 пациента отмечалось повреждение подъязычного нерва, что проявлялось отклонением языка и затруднением глотания.

В результате динамического наблюдения больных в течение года отмечено, что у прооперированных больных не наблюдался повторный инсульт, транзиторные ишемические атаки и другие сердечно-сосудистые события.

Таким образом, проведенное исследование показало:

- необходимость проведения дуплексного

сканирования больным, перенесшим ишемический инсульт для выявления стенозов магистральных артерий головы и шеи и установления показаний к оперативному лечению;

- каротидная эндартерэктомия предотвращает развитие повторных ишемических инсультов и других сердечно-сосудистых событий;

- каротидная эндартерэктомия должна рас-

сматриваться не только как метод вторичной профилактики ишемического инсульта, но и как операция, дающая значительный лечебный эффект в плане реабилитации постинсультных больных;

- каротидная эндартерэктомия является методом, позволяющим уменьшить инвалидизацию, следовательно повысить качество жизни пациентов и их семей.

Т.С. Мищенко, О.В. Песоцька

РОЛЬ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ У ЗНИЖЕННІ ІНВАЛІДІЗАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

У статті наведені дані аналізу клініко-неврологічних проявів, стану церебральної гемодинаміки у хворих, що перенесли мозковий інсульт до і після проведення каротидної ендартеректомії. Було обстежено 49 хворих у віці від 43 до 77 років. Проведені досліджені показали, що у 94% хворих відмічався регрес рухових, афатичних та екстра пірамідних порушень. Показана роль каротидної ендартеректомії у вторинній профілактиці мозкового інсульту та в зниженні інвалідизації хворих, які перенесли атеротромботичний інсульт. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.84-86)

T.S. Mishchenko, O.V. Pesotska

THE ROLE OF CAROTID ENDARTERECTOMIA IN REDUCTION OF INVALIDIZATION OF THE PATIENTS WITH CEREBRAL STROKE

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

The article shows the specifies the data of the comparative analysis of cliniconeurologic manifestations, the condition of cerebral hemodynamics at the patients who have had cerebral stroke before and after carrying out carotid endarterectomy. It is shown the role of carotid endarterectomy in secondary prophylaxis of cerebral stroke and in reduction of invalidization of the patients, who have had atherothrombotic stroke. The purpose of this work was to study the influence of carotid endarterectomy on reduction of an invalidization degree of the patients. In the work it is given research data of 49 patients before and after carotid endarterectomy. Cliniconeurologic examination was carried out on the specially developed card, the structural changes of cerebrum substance were determined by methods of neurovisualization, the condition of cerebral hemodynamics was appreciated by duplex scanning. As a result of the executed operations motor, aphonic, subcortical disorders have essentially regressed at the observable patients. The conclusions about necessity of carrying out duplex scanning to the patient who have had ischemic stroke for revealing stenosis of major arteries and for determining the indications to operative treatment are made. Carotid endarterectomy prevents development of recurrent ischemic stroke and other vascular events and is a method which allows to reduce invalidization of the patients and to increase quality of their and their families' life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.84-86)

Литература

1. Sudlow C.L., Warlow C.P. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological subtypes: results from an international collaboration. International Stroke Incidence Collaboration. Stroke 1997; 28:491-499.

2. Murray C.J., Lopez A.D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1269-1276.

3. World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York: Oxford University Press 1993.

4. Москаленко В.Ф., Волошин П.В., Петрашенко П.Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку // Український вісник психоневрології.-2001.-Т.9,Вип..1(26).-С.5-8.

5. Верещагин Н.В. Гетерогенність інсульту: взгляд с позицій клініциста // Журн. Неврологи и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 2003-Инсульт(приложение) (вып. 9):8-9.

6. Kaste M., Skyhoj Olsen T., Orgogozo J., Bogousslavsky J., Hacke W. (2000) Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative (EUSI). Cerebrovasc. Dis., 10(Suppl.3): 1-11.

7. Мищенко Т.С. Вторичная профилактика мозгового инсульта

(рекомендации для практических врачей).-Киев 2003.-19с.

8. (Leys D. (2001) Atherothrombosis: a major health burden. Cerebrovasc. Dis., 11(Suppl.2): 1-4.

9. Мишалов В.Г., Литвинова Н.Ю., Черняк В.А., Селюк В.М. и др. Особенности хирургического лечения атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Актуальные вопросы диагностики и лечения сосудисто-мозговой недостаточности и распространенного атеросклероза. Киев-2003.-С.10-13.

10. Покровский А.В. Первичная профилактика ишемического инсульта и возможности сосудистой хирургии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 2003-Инсульт (приложение) (вып.9): 96-97.

11. Покровский А.В. «Классическая» каротидная эндартерэктомия // Ангиология и сосудистая хирургия.-2001.№ 1.С.101-104.

12. Казанчян П.О., Попов В.А., Ларьков Р.Н., Рудакова Т.В. Отдаленные и ближайшие результаты эверсионной каротидной эндартеректомии // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания.-2002-Т 3.№ 2.С.46-48.

Поступила в редакцию 5.07.2004

УДК: 616.831-005.1-08

*І.С. Зозуля, В.І. Боброва, А.І. Зозуля***ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ, ОБУМОВЛЕНИМ ОКЛЮЗИВНО-СТЕНОТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ВНУТРІШНЬОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ**

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Ключові слова: ішемічний інсульт, тромбоз внутрішньої сонної артерії, консервативне і оперативне лікування, реабілітація.

В загальній структурі смертності в економічно розвинутих країнах питома вага смертності від серцево-судинних захворювань становить 40-50%.

Проблема цереброваскулярної патології та її наслідків в Україні провідна серед негативної оцінки здоров'я. Зокрема, захворюваність та поширеність її в 2002 році становила серед дорослих та підлітків 939,8 і 6917,6 на 100 тис. населення. Збільшується частота ішемічних інсультів, транзиторних ішемічних атак, а також хронічних, повільно-прогресуючих форм церебральної судинної патології, які з віком призводять до розриву деменції. Поширеність цереброваскулярних захворювань в Україні неухильно зростає. За останні 15 років цей показник зріс майже в чотири рази. Головне місце в структурі інсультів займають ішемічні ураження [1,3,5,7]. Більше 80% всіх випадків ішемічного інсульту обумовлені оклюзивними і стенотичними процесами церебральних артерій [4,6]. Це стало основою для перегляду традиційного консервативного підходу до лікування і профілактики ішемічних інсультів [2,9,8]. Значимість хірургічного лікування патології каротид всім відома, але вимагає подальшого вивчення і покращення. Позитивні результати хірургічної корекції оклюзивно-стенотичних уражень церебральних артерій залежить від цілого ряду питань.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності комплексного лікування (медикаментозного і оперативного) хворих ішемічними інсультами, обумовленими оклюзивно-стенотичними процесами внутрішньої сонної артерії.

Нами проведено клініко-інструментальне дослідження 124 хворих з ішемічним інсультом, обумовленим оклюзивно-стенотичними ураженнями внутрішньої сонної артерії, які лікувалися в нейросудинному відділенні Київської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги та Київської центральної міської лікарні де мають бази ка-

федра нейрохірургії та медицини невідкладних станів КМАПО ім. П.Л.Шупика.

Діагноз ґрунтувався на даних анамнезу, соматичного і неврологічного обстеження, біохімічних і загально-клінічних лабораторних досліджень, функціональних і візуалізуючих методів обстеження (ЕКГ, УЗДГ, ТК УЗДГ, АКТ, МРТ, АТ). Із 124 хворих чоловіків було 105, жінок 19 у віці від 50 – 59 років (%) (47,5%), 40-49 – 42 (33,8%). До 30 років було 4 хворих (3,2%).

Каретою швидкої допомоги доставлено 102 хворих. Від 1 – до 3 годин з часу інсульту госпіталізовано 36 (29,0%), 4-8 год. – 21 (16,9%), 8-12 год. – 14 (11,29%), 12-24 год. – 26 (20,9%). Тобто, згідно сьгоднішніх вимог в перші 6 годин госпіталізовано 50 (40,3%) хворих, до 24 годин – також 50 (40,3%) хворих.

Основними причинами виникнення ГПМК було у 105 хворих (84,6%) атеросклеротично-тромботична оклюзія. Чисто тромботична оклюзія зареєстрована у 19 хворих. Крім того у 27 хворих були перегини, подовження, петлеутворення, у 18 – фібромускулярна дисплазія. Атеросклеротично-тромботична оклюзія більше 75% просвіту ВСА була у 105 (84,5%) хворих, тільки тромботична більше 75% - у 19 (15,4%). 75 (80%) хворих страждали атеросклерозом, біля 56 (60%) – атеросклерозом в поєднанні з артеріальною гіпертензією.

Основну групу хворих (які отримували медикаментозну терапію та прооперовані) склали 94 хворих, контрольну – 30 хворих, які отримували тільки медикаментозне лікування.

Хворі обстежувалися в гострому періоді порушення мозкового кровообігу, на 7-10, 20-21 день та у віддалений період (3-6 місяців, 1-2 роки).

В данному повідомленні ми зупинимось на реабілітаційному періоді лікування хворих ішемічним інсультом, обумовленим оклюзивно-стенотичними процесами ВСА.

Реабілітаційний період оцінювали згідно динаміки неврологічних симптомів і повторності ГПМК, стану кроволину по реконструйованих артеріях, даних візуалізуючих методів (АКТ, МРТ). Нами розроблені ознаки ефективності комплексного лікування хворих з патологією екстракраніальних магістральних артерій голови і шиї.

Ефективність відновлення під впливом реабілітаційної терапії неврологічних і нейропсихологічних порушень в сфері щоденної життєвої активності оцінювали відповідно класифікації соціально-побутової активності (Е.В.Шмидт; Т.А.Макинський).

Головною задачею віддаленого періоду була вторинна профілактика інсульту і лікування атеросклерозу і артеріальної гіпертензії, як основних етіологічних факторів ураження магістральних судин голови і шиї.

Велике значення надавали фізичним аспектам реабілітації, які мають важливе значення для збереження позитивних результатів оперативного втручання, психологічним аспектам – мотивації жити, трудитися, бути в колі сім'ї, родини і суспільства.

Ми враховували, що інсульт, оперативне втручання є свого роду стресовою ситуацією, які викликають значні зміни в психічному стані, особливо негативного ставлення до свого здоров'я. В такому стані для мобілізації життєвої активності користувалися послугами психотерапевтів наряду з застосуванням психотропних препаратів.

На етапах санаторної реабілітації, яка є періодом активної післяопераційної реабілітації проводили повний об'єм медикаментозної і фізичної реабілітації (етіотропної, патогенетичної і симптоматичної).

На диспансерному періоді (1-2 роки після інсульту) проводили курси відновного лікування в нейросудинних відділеннях (за викликом) з повним обстеженням хворих.

Як оперованим так і неоперованим хворим в обов'язковому порядку рекомендували постійне застосування антиагрегантів з їхнім чергуванням і перервою 3-4 тижні: ацетилсаліцилова кислота 100 мг (аспірін - кардіо) з епідогрелем, курантил 400 мг 2 рази на добу, тиклід 1 табл. 2 р. на добу. Крім того призначали флебопротектори, антиоксиданти, мембранопротектори, ендотелійпротектори (індивідуально). Обов'язково призначали гіполіпідемічну терапію (ловастатин, сандостатин, ліпанор) курсами, блокатори кальцієвих каналів (німотоп), вазоактивні пре-

парати (серміон, кавінтон) при необхідності, курсами. При артеріальній гіпертензії назначали гіпотензивні препарати (індивідуально) зі збереженням АТ на оптимальних цифрах для збереження перфузії мозку. При можливості радили церебралізін по 20 мл. внутрішньовенно, 10 діб, пірацетам по 20 мл. внутрішньовенно 10 діб. При необхідності призначали нестероїдні протизапальні препарати (німісулід, маваліс, диклофенак).

Результати клініко-неврологічного обстеження в різні періоди спостереження виявили статистично достовірну динаміку клінічних та параклінічних даних.

Слід відмітити, що в ранній післяопераційний період важко виявити динаміку деяких симптомів. Через 3-6 місяців (інколи до 1 року) при тенденції до покращення клінічних проявів у хворих основної і контрольної групи статистичні показники по деяких симптомах (пірамідна недостатність, чутливі порушення) були недостатніми.

Важливо, що в більш віддаленому періоді (1-2 роки) зареєстровано статистично достовірне покращення клінічних даних у більшості хворих основної групи, тобто оперованих. 60% хворих навіть приступили до роботи.

У хворих контрольної групи (тільки медикаментозна терапія) в рік спостереження зберегли лише тенденцію до покращення клінічної картини на фоні відновної терапії. При цьому у 15 хворих були зареєстровані ГІА або ІІ, один хворий помер.

Дані клініки підтверджені даними додаткових методів дослідження.

Так у хворих з гемодинамічно значимими доопераційними стенозами ВСА швидкість кровоплину після операції нормалізувалась, нормалізувались спекторальні показники (RI, S/D). Візуально спектрограми реконструйованих ВСА наближались до норми.

Слід відзначити, що задовільний кровоплин по реконструйованих ВСА був зареєстрований у 98,8% випадків, проти 34,7% випадків хворих контрольної групи (за рахунок реканалізації або включення колатерального кровоплину).

При порівнянні середніх величин ЛШК по інтракраніальних артеріях хворих, що були оперовані в різні періоди спостереження зареєстровано достовірне збільшення її по всіх артеріях (крім перев'язки) відразу ж після операції, в ранньому і пізньому післяопераційному періодах.

При порівнянні середніх величин ЛШК по інтракраніальних артеріях у хворих контрольної

(не оперованих) групи виявлено практично без змін в перші 7-10 діб, недостовірне покращення через 3-6 місяців і значне погіршення через 2 роки.

Таким чином, комплексне лікування хворих з оклюзивно-стенотичними процесами внутрішньої сонної артерії з оперативним втручанням (ендартеректомія, тромбектомія на тлі відновлю-

вальної медикаментозної терапії) призводило до відновлення і збереження адекватного кровоплину по реконструйованих ВСА та інтрацеребральних артеріях. Все це спонукало продовженню результатів операційного лікування, профілактиці ТІА і ІІ, зниженню прогресування дисциркуляторної енцефалопатії.

И.С. Зозуля, В.И. Боброва, А.И. Зозуля

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика

Проведено клініко-інструментальне обстеження 124 хворих з ішемічним інсультом, обумовленим окклюзіонно-стенотичними ураженнями ВСА. Хворі розділені на 2 групи – І – основна (94 хворих), які оперовані (ендартеректомія, тромбектомія, реконструкція ВСА) і ІІ (30 хворих) – які отримували тільки медикаментозну відновлювальну терапію.

Крім клінічного обстеження, хворим проводилось клініко-лабораторне обстеження і застосовувались візуалізуючі методи (УЗДГ, ТК, УЗДГ, АКТ, МРТ, АГ).

Визначено, що у хворих в віддаленому періоді (1-2 роки) було статистично достовірне покращення клінічних даних у більшості хворих основної групи. 60% хворих приступили до роботи. У хворих контрольної групи збережено тільки тенденцію до покращення клінічних показателів. При цьому у 15 хворих були ТІА і ІІ, один хворий помер.

Удовільняюче кровообіг в ВСА було зареєстровано у 98,8% хворих основної і у 34,7% - контрольної групи. (Журнал психіатрії і медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.87-89)

I.S. Zozulya, V.I. Bobrova, A.I. Zozulya

EFFICACY OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC INSULT CONDITIONED ON OCCLUSION-STENOTIC LESIONS OF INTERNAL CAROTID ARTERY

Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupik

A clinical-instrumental examination of 124 patients with ischemic insult conditioned on occlusion-stenotic lesions of internal carotid artery (ICA) was carried out. There were 2 groups of patients: the first one was basic (94 patients who were operated (endarterectomy, thrombectomy, renovation of ICA) and the second one included 30 patients who took only medicamentous recovery therapy. The clinical-laboratory examination was conducted in addition to clinical one. The visualizing methods were applied (ultrasonic dopplerography, transcranial ultrasonic dopplerography, axial computer tomography, MRI, angiography). It was determined that statistic reliable improvement of the clinical data in the most of patients in basic group was observed in patients in the remote period (1-2 years). 60% of patients started their work. At the same time, 15 patients had transitory ischemic attack and ischemic insult. One patient died. Satisfactory blood circulation in the ICA was registered in 98.8% of patients in basic group and in 34.7% of patients in the control group. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.87-89)

Література

1. Виничук С.М. Сучасна діагностика і лікування гострих ішемічних порушень мозкового кровообігу (методичні рекомендації).- Київ-2002.- 28 с.
2. Губка А.В., Котова Т.П., Перцов В.И., Губка В.А. Доплерографическая оценка результатов хирургического лечения больных с окклюзионными поражениями экстракраниальных артерий. //Тези всеукраїнської конференції за міжнародною участю "Актуальні проблеми відновлювальної хірургії". Запоріжжя.- 2001.- с.17-18.
3. Дубенко О.Е. Магнітно-резонансна томографія мозку при кардіогенних інсультах.//Укр. радіологічний журнал.- 2000.- №8.- с.31-34.
4. Зозуля І.С., Боброва В.І. Вторинна профілактика ішемічного інсульту. Оптимізація лікувальної тактики.//Укр. вісник психоневрології.- 2002.- Т.10, вип. 1 (30) (додаток).- с.55-56.
5. Кузнецова С.М. Этиопатогенез инсульта. Клинические варианты/

- /DOCTOR. Журнал для практичних лікарів.- 2003.- №3.- с.13-16.
6. Мищенко Т.С. Вторичная профилактика ишемического мозгового инсульта. //Укр. мед. часопис.- 2001.- №5 (25).- с.9-18.
7. Поліщук М.С., Гурковський А.І., Гончарук О.М., Ломачко В.В., Зозуля А.І., Самосюк Н.І., Смолянко В.І. Диференційоване лікування гемодинамічних перешкод кровотоку в каротидному басейні. //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика.- Вип. 11, кн.3.- К.- 2002.- с.314-319.
8. Полищук Н.Е. Что делать? Или необходимость организационных изменений в борьбе с инсультом в Украине. // DOCTOR.- 2003.- №3.- с.7-10.
9. Покровский А.В., Гусев Е.И., Пышкина Л.И., Ерохина О.Ю., Яшвили Д.И. Результаты неврологического обследования больных с окклюзионным поражением магистральных артерий головы в отдаленном послеоперационном периоде. //Невропатология и психиатрия.- 1985.- Т.85.- №1.- с.3-5.

Поступила в редакцию 19.06.2004

УДК: 616.89-008.434.35-053.2-085.842

*С.В. Прусс***НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Детский клинический санаторий «Хаджибей», Одесса

Ключевые слова: детский церебральный паралич, грязелечение, эффективность

Использование грязелечения в восстановительном лечении детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), насчитывает уже более полувека. Это направление, начало которому положили такие крупные ученые курортологи как профессора Е.П. Мольская, С.Б. Аксентьев, А.Е. Штеренгерц, И.В. Галина, Н.Н.Бурыгина и другие специалисты, кому мы обязаны разработкой и поныне применяющихся основных методик грязелечения детского церебрального паралича [1], продолжает развиваться. Настало время подведения серьезных итогов в отношении как эффективности этого метода, так и ряда вопросов, связанных с его применением.

Целью настоящей работы является анализ эффективности пелоидотерапии больных ДЦП, наблюдавшихся на протяжении многих лет в детском клиническом санатории «Хаджибей». Нами изучалось развитие двигательных, интеллектуальных и речевых функций ребенка к достижению им 10-летнего возраста (возраст начала стойких остаточных явлений, по К.А.Семенову, [2]) в зависимости от времени получения первого курса грязелечения и от количества повторных его курсов.

Для решения этого вопроса нами была отобрана когорта из 140 детей в возрасте 10 ± 1 год с диплегической и атонически – астатиической формами церебрального паралича, у которых было проанализировано состояние двигательной, интеллектуальной и речевой сферы. Был изучен анамнез заболевания, время начала пелоидотерапии и число повторных ее курсов.

При изучении двигательной сферы обращали внимание на степень выраженности мышечной гипертонии, объем произвольных движений, выраженность порочных поз или

установок, нейрогенных контрактур, состояние тонкой моторики, степень компенсации двигательных функций (ходит самостоятельно, ходит с поддержкой, стоит, сидит самостоятельно, сидит с поддержкой, не сидит).

При изучении когнитивной сферы мы пользовались тестом определения интеллектуального возраста [3], а для характеристики речевого развития использовали поэтапную шкалу речевого развития [4]. У всех больных тщательно изучался анамнез заболевания, степень компенсации двигательных функций к началу первого курса грязелечения, общее число полученных ими курсов грязелечения, возраст получения первого курса, лечение, полученное в перерывах между курсами, сопутствующие заболевания. Из разработки были исключены больные, получавшие, кроме пелоидотерапии, курсы интенсивных реабилитационных мероприятий (систему интенсивной нейрофизиологической реабилитации по В.И.Козьявину, антигравитационную терапию по К.А.Семенову, нервно-мышечные блокады и т.п.). В разработку также не включались больные, страдавшие, кроме ДЦП, тяжелой соматической патологией.

На протяжении всех повторных курсов дети получали пелоидотерапию по общепринятой в настоящее время [5] идентичной методике – грязевые аппликации на воротниковую зону температурой $38 - 40^{\circ}\text{C}$, экспозицией 15 – 20 мин., расстановка процедур через день, всего на курс 10 – 12 процедур. В дни, свободные от грязелечения, назначались гидрокинезотерапия в бассейне или индивидуально в ванне, на протяжении всего курса отпускались процедуры массажа и ЛФК.

Первым этапом было изучение распределения детей по времени начала грязелечения (таблица 1).

Распределение больных различными формами детского церебрального паралича в зависимости от сроков начала грязелечения

Возраст начала грязелечения	Форма заболевания			
	диплегическая		атонически-астатическая	
	n	% ±m	N	% ±m
До двух лет	4	4,2±2,0	2	4,3±2,8
В три года	9	9,4±2,9	2	4,3±2,8
В четыре года	36	38,2±5,0	19	41,3±7,2
В пять лет	27	28,7±4,9	14	30,4±6,7
В шесть лет	9	9,5±2,9	2	4,3±2,8
В семь лет	-	-	2	4,3±2,8
В восемь лет	1	1±0,9	5	10,8±4,4

Из данных таблицы видно, что большинство больных получили первый курс грязелечения в возрасте четырех – пяти лет и достаточно большое количество детей (17%) начинали пелоидотерапию в шесть – восемь и даже после восьми лет. Раннее начало грязелечения имело место всего у 10% больных.

Распределение детей по числу полученных ими курсов грязелечения представлено на таблице 2, из данных которой следует, что как правило, дети получают значительно больше чем один или два курса пелоидотерапии; наиболее часто это три – четыре курса, но более 23% детей получили 5 и более курсов (в ряде случаев - до восьми).

Таблица 2

Распределение детей по числу полученных курсов грязелечения

Число полученных курсов грязелечения	Форма заболевания			
	диплегическая		атонически-астатическая	
	n	% ±m	n	% ±m
1 курс	-	-	1	2,2±2,0
2 курса	9	9,5±3,0	4	8,7±4,2
3 курса	30	31,9±4,9	12	47,3±7,3
4 курса	24	36,1±4,9	12	28,1±6,6
5 курсов	12	12,7±3,4	4	8,7±4,2
6 курсов	9	9,5±3,0	6	13,0±4,9
Более 6 курсов	10	10,6±3,1	7	15,2±8,3

Изучение эффективности грязелечения в зависимости от числа повторных курсов у детей с ДЦП показано, что улучшение двигательных функций не представляло плавного, от курса к курсу возрастающего процесса. Значительный скачок двигательных возможностей после первого курса сменился замедлением эффективности и только после четвертого курса можно было вновь наблюдать более или менее значительные сдвиги, после чего улучшение снова замедлялось.

В отношении развития когнитивной сферы позитивная динамика была более равномерным

процессом, что связано, по-видимому, и с физиологическим ростом (взрослением) ребенка, и в большей степени зависело от педагогических мероприятий в период между повторными курсами. Можно отметить довольно отчетливую позитивную динамику со стороны развития речевой функции после каждого очередного курса пелоидотерапии, также достигавшую наибольшей эффективности после третьего – четвертого курса, в отличие от когнитивной сферы, где значительных успехов не удавалось добиться ни после первого, ни после последующих курсов пелоидотерапии.

Таким образом, в исследовании имелось два основных фактора, влиявших на эффективность грязелечения - число повторных курсов и возраст ребенка к началу их проведения (таблица 3) Эффективность выражалась в баллах [2] по данным интегративной оценки состояния основных функций центральной нервной системы – двигательной, когнитивной и речевой.

Для выявления согласования или отличия по этим двум показателям нами был использован метод непараметрического дисперсион-

ного и корреляционного анализа [6], при помощи которого было установлено, что расчетный критериальный показатель s_2 равен 9.48 при критическом значении равном 8.28, при коэффициенте корреляции «эффективность - число повторных курсов» равном 0.6 и коэффициенте корреляции «эффективность - возраст начала грязелечения» равном 0.8. Эти показатели свидетельствуют о преимущественном влиянии на эффективность грязелечения фактора возраста его начала.

Таблица 3

Взаимозависимость между степенью компенсации двигательных функций в баллах, временем начала и числом полученных курсов пелоидотерапии

Возраст начала грязелечения	Число полученных курсов грязелечения					
	2	3	4	5	6	7 и >7
До двух лет	3 балла 100%	3 балла 100%	3 балла 100%	-	-	-
В три года	3 балла 100%	-	3 балла 100%	-	-	-
В четыре года	3 балла – 50% 2 балла – 50%	3 балла - 61% 2 балла - 39%	3 балла - 80% 2 балла - 20%	-	2 балла - 100%	2 балла - 100%
В пять лет	3 балла 50% 2 балла - 50%	3 балла -50% 2 балла - 50%	3 балла - 70,5% 2 балла - 29,5%	3 балла - 71% 2 балла - 29%	3 балла - 75% 2 балла - 25%	3 балла - 42,8% 2 балла - 57,2%
В шесть лет	-	-	-	3 балла -25% 2 балла - 50% 1 балл - 25%	2 балла - 100%	2 балла - 80% 1 балл - 20%
В семь и более лет	-	2 балла - 30% 1 балл - 70%	2 балла - 70% 1 балл - 30%	3 балла -25% 2 балла 50% 1 балл -25%	1 балл - 100%	2 балла - 30% 1 балл -70%

Приведенные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Наиболее важным фактором, определяющим эффективность грязелечения является раннее его начало.

2. Максимальный эффект в отношении двигательной сферы больных ДЦП проявляется после четвертого курса пелоидотерапии, после чего эффективность ее значительно снижается.

3. Пелоидотерапия, не оказывая высокого эффекта в отношении когнитивной сферы больных атонически астатической формой, вызывает отчетливые позитивные сдвиги в этом отношении у больных диплегической формой заболевания.

4. Пелоидотерапия оказывает отчетливый позитивный эффект на развитие речи детей с ДЦП, также достоверно замедляющийся после первых четырех курсов.

С.В. Прусс

ДЕЯКІ ПІДСУМКИ ПЕЛОЇДОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

Детский клинический санаторий «Хаджибей»

У роботі на підставі обстеження рухової, когнітивної та мовної функції 140 хворих на ДЦП, що досягли 10 річного віку (вік стійких остаточних явищ) проаналізовано ефективність попередніх курсів пелоїдотерапії залежно від віку початку та загального числа курсів лікування. Встановлено що максимальна ефективність відносно рухової та мовної функції при обох формах досягається після четвертого курсу грязелікування, після чого позитивна динаміка значно сповільнюється. Що до когнітивної функції, то у хворих на диплегічну форму ДЦП, вона має тенденцію до поступового розвитку від курсу к курсу; при атонічно астатичній формі захворювання значної динаміці не спостерігалось. Застосування методу непараметричного та кореляційного аналізу дозволило встановити що найбільш важливим фактором ефективності пелоїдотерапії хворих на ДЦП з'являється його раннє застосування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.90-93)

S. V. Pruss

SOME BALANCES OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY PELOIDOTHERAPY

Children clinical sanatorium «Khadgibeі»

The effect of many courses of peloidotherapy influence to the movement, cognitive and speech development of 120 children with CP at the age of sturdy residual consequences (10±1) is analyzed and presented. The best effect of the fourth course to the movement and speech malfunctions at all CP forms was ascertained. Further courses had no such reliable effects. The cognitive function of children with spastic dyplegia developed from one course to further ones. At the same time this function of children with atonic - astatic CP form had nearly no improvenet. To apply special mathematic statistic methods was ascertained that most important factor of peloidotherapy effectiveness is the early beginning of treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.90-93)

Литература

1. Семенова К.А. Труды 1-й Республиканской научно-практической конференции врачей детских санаториев для больных церебральными параличами. Калуга 1975,
2. Семенова К.А., Мاستюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия ДЦП. М.1972, «Медицина» 279с.
3. Robinson R.J. Causes and associations of severe and persistent specific disorders in children // J. Dev. Med. and Child Neurol. —1991, № 33. —р. 943 - 962.

4. Rompe G. Gibt es Indikationen für physikalische Behandlungsmassnahmen im Kinder alter // J.Therapiewoche. —1987. - №37. —р. 4462-4467.
5. Штеренгерц А.Е., Галина И.В. Лечение и реабилитация детей с церебральными параличами на бальнеогрязевом курорте. Киев, «Здоров'я», 1977. 139
6. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабиц П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях, 2000, 319 с.

Поступила в редакцию 18.06.2004

УДК 616.89-02:616.61-78

*Е.А. Стафинова, С.В. Селезнева***ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: гемодиализ, депрессия, энцефалопатия, лечение

В последние годы депрессия стала одной из актуальных проблем не только психиатрии, но и медицины в целом. По данным Всемирной организации здравоохранения заболеваемость депрессивными синдромами в настоящее время приблизилась к 5 %. Это значит, что ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии и, соответственно, нуждаются в адекватной медицинской помощи. Самым серьезным событием является то, что депрессия выходит за пределы психиатрии. Это очень важно, так как только теперь до конца становится понятно ее значение в общей патологии. Начало этому событию было положено возникновением представлений о, так называемой, скрытой, маскированной или ларвированной депрессии [1, 2]. Хотя бы один депрессивный эпизод в своей жизни переживают 20-25 % женщин и 7-12 % мужчин [3]. У лиц старше 65 лет депрессивные расстройства отмечаются в 13-18 % всей популяции. Здесь важно отметить сочетание депрессивного синдрома с деменцией сосудистой или сосудисто-дегенеративной.

Депрессивные синдромы отягощают течение многих соматических заболеваний. Сведения о состоянии психоневрологических нарушений у больных при лечении гемодиализом неоднозначны. Считалось, что через год или в сроке от 3 до 5 лет после начала гемодиализа, может развиваться диализная деменция [4]. У ряда больных через 2-3 года наблюдалось формирование хронической энцефалопатии со стойкой неврологической симптоматикой, амнестическим синдромом, депрессивных расстройств и нарушений когнитивных функций [5].

Наша работа посвящена улучшению качества диагностики и лечения психоневрологических расстройств у больных, находящихся на программном гемодиализе (ПГ).

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с токсико-дисциркуляторной энцефалопатией (ТДЭ), находящихся на лечении ПГ в те-

чение от 3 месяцев до 5 лет. Средний возраст составил $49 \pm 2,9$ года, из них мужчин – 14 чел., женщин – 11 чел.

Комплекс обследования включал в себя клиническое, биохимическое обследование, данные электроэнцефалограммы (ЭЭГ), реоэнцефалограммы (РЭГ), ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) и психологическое тестирование.

Характер и тяжесть неврологических жалоб и объективной неврологической симптоматики мы оценивали в баллах с подсчетом тяжести субъективных расстройств (ТСР) и тяжести объективных расстройств (ТОР). Выраженность депрессии и тревожности как потенциальных факторов изменения когнитивных функций изучалась с помощью шкал депрессии Гамильтона, Бека, Монтгомери-Айсберга, для оценки интеллектуально-мнестической сферы применялись тест Векслера и Мейли.

Тяжесть субъективных и объективных расстройств мы оценивали по 5-балльной системе (от 0 до 4). ТСР составила $4,2 \pm 0,5$ баллов и была выше у женщин, чем у мужчин на 20 %.

Первую группу составили 6 пациентов с ТДЭ I стадии, находящиеся на лечении ПГ в течение 1,5-2 лет, у которых на первый план выступал астено-неврогический синдром, проявляющийся снижением фона настроения, эмоциональной лабильностью, расстройством сна, быстрой утомляемостью. При объективном обследовании наблюдалась рассеянная неврологическая симптоматика. У всех пациентов интеллект был сохранен.

14 пациентов мы относили к группе больных с ТДЭ II стадии, которые лечились ПГ в течение 2,1-5 лет. Жалобы пациентов были аналогичны жалобам пациентов первой группы, но при объективном осмотре нами выявлены следующие неврологические синдромы: пирамидная недостаточность, атактический, псевдобульбарный, эпилептиформный синдромы, центральные парезы 7 и 12 пар черепных нервов. У 85 % пациентов отмечено нарушение высших корковых

функций, связанных с памятью, процессами мышления и внимания.

У 5 больных, находящихся на ПГ 6 лет, была диагностирована ТДЭ III стадии, которая характеризовалась сочетанием неврологических синдромов (атактического, гиперкинетического, пирамидной недостаточности) с выраженными нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление и праксис. В анамнезе у 3 пациентов отмечен ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии с гемипарезом и моторной афазией.

При исследовании биоэлектрической активности мозга нами получены следующие результаты: у 8 больных преобладал низкоамплитудный нерегулярный альфа-ритм и бета-ритм. У 17 больных изменения были более выраженными, что проявлялось наличием у них волн тета и дельта-диапазона, пиков острых волн, межполушарной асимметрией.

У этой же части больных также установлено достоверное снижение кратковременной памяти по заданию «повторения цифр» (9,2 балла) как параметра чувствительного к тревоге и астении. Больные с выраженной ТДЭ (II и III ст.) воспроизводят 8-10 карт из 30 в тесте Мейли. Показатель количества правильно воспроизведенных карт снижается с ростом уровня депрессии, а также ухудшается с возрастом.

Проведение психологического тестирования позволило обнаружить аффективные расстройства тревожно-депрессивного характера. Уровень депрессии по шкале Гамильтона составил от легкой (13-14 баллов) до тяжелой (более 20 баллов). Уровень депрессии по шкале Бека составлял более 21-23 баллов у 18 % больных (см. таблицу 1). По оценочной шкале депрессии Монтгомери-Айсберга уровень депрессии составлял от легкой – 15-16 баллов, до тяжелой – свыше 30 баллов (у 10 % больных).

Таблица 1

Сравнительная характеристика психоневрологических нарушений

Показатели	ТЭД			Контрольная группа
	I	II	III	
Уровень депрессии (балл по Беку)	12±0,6	19±0,8	24±0,5	10±0,7
Уровень депрессии (балл по Гамильтону)	14±1,2	18±2,3	25±0,7	11±0,6**
Уровень депрессии (балл по Монтгомери-Айсбергу)	17±2,1	28±0,6	33±0,4	12±0,5**
Повторение цифр (Векслер)	10,0±0,6	9,2±0,5	7,1±0,3	10,0±0,1**

Примечание: ** Различия между показателями у больных основной и контрольной групп статистически достоверны

При проведении УЗДГ у всех больных отмечено снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) и общей скорости кровотока (ОСК) по

внутренним сонным, позвоночным и надблоковым артериям с асимметрией от 30 до 60 %, а также признаки нарушения венозного оттока.

Таблица 2

Корреляционные связи неврологического статуса с показателями когнитивных функций и депрессивного синдрома

Показатели неврологического статуса	Депрессивные шкалы			Когнитивные нарушения
	Бека	Гамильтона	Монтгомери-Айсберга	
ССР	↓	↓↓	↓↓	↓
ОНС	0	↓	↓↓↓	↓↓
ЛСК	↑	↓↓	↓	↓↓
ОСК	0	0	0	↓
РИ	0	0	0	↓

Примечание: ССР – степень субъективных неврологических расстройств; ОНС – тяжесть объективной неврологической симптоматики; РИ – реографический индекс. ↑- положительная корреляционная связь; ↓- отрицательная корреляционная связь, 0 – отсутствие корреляционной связи; один знак – $r < 0,5$, два знака – $r = 0,5-0,7$, три знака – $r > 0,7$.

При регистрации РЭГ выявлен ригидно-гипертонический тип кривой с венозной дисфункцией у 65 % больных. Проведены корреляци-

онные сопоставления выявленных неврологических расстройств с состоянием когнитивных функций и выраженностью депрессивного син-

дрома (см. таблицу 2).

Выявлена наиболее тесная корреляционная связь между тяжестью ОНР, ЛСК и депрессивными, и когнитивными нарушениями.

С учетом выявленных нарушений всем больным назначались ноотропы (луцетам 800-1600 мг/сутки), вазоактивные средства (сермион 30

мг/сутки) в течение 30-60 дней.

Основным препаратом выбора антидепрессантов явился ципралекс (10 мг/сутки) в течение 35-50 дней. На фоне проводимой терапии уже через 1 месяц получены достоверные положительные результаты у 85,2 % больных, что позволило значительно улучшить качество жизни этих пациентов.

О.А. Статінова, С.В. Селезньова

ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Обстежено 25 хворих з токсико-дисциркуляторною енцефалопатією як наслідок термінальної хронічної ниркової недостатності, які знаходяться на програмному гемодіалізі. Встановлені особливості психоневрологічних порушень у даної групи хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.94-96)

Н.А. Statinova, S.V. Selezneva

PSYCHONEUROLOGICAL DEFLECTIONS IN THE PATIENTS WHO ARE STAYING ON THE PROGRAM HAEMODIALYZE

Donetsk State medical university by M. Horkiy

25 patients were searched with toxicodiscirculative encephalopatia with the final chronic renal insufficiency on the program haemodialize. The peculiarities of psychoneurological deflections were put in the following group of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.94-96)

Литература

1. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. — М.: Мед.информ. агентство, 2002. — 155 с.
2. Lewis L., Rappaport M.H. Economics of depression and cost-benefit comparisons of selective serotonin inhibitors and tricyclic antidepressants // Depression. — 1994-1995. — V. 2. — P. 3.
3. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства

- (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр.вісник психоневрології. — 2001. — Т.9, вип. 4. — С. 79-82.
4. Ермоленко В.М. Синдром диализной деменции: патология и клиника // Тер.арх. — 1981. — Т. 53, № 6. — С. 133-137.
 5. Руденко Т.В. Клинический вариант церебральных расстройств при хронической почечной недостаточности // Врач.дело. — 1985. - № 3. — С. 68-70.

Поступила в редакцию 20.06.2004

УДК 616. 893 - 053.8 - 073.97 + 612.67

*В.Н. Казаков, Б.Б. Ивнев, А.Г. Снегирь, М.А. Снегирь***ИЗМЕНЕНИЯ ЭЭГ-ПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА, СВЯЗАННЫХ С СЕНСОМОТОРНОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ СТАРЕНИИ И БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: ЭЭГ-потенциалы мозга, болезнь Альцгеймера

Деструктивный сенильно-регрессивный процесс, применительно к нервно-психическим функциям, находит отражение как в изменении нейрофизиологических показателей (сила и подвижность нервных процессов), так и в нейродегенеративных изменениях, выявляемых в различных отделах мозга (фронтальные отделы коры больших полушарий, гиппокамп, парагиппокампальная извилина, базальное ядро Мейнерта). [17]. Представление о снижении силы и подвижности нервных процессов как типичных проявлениях психического старения можно считать утвердившимся в современной нейрофизиологии. Однако указанные изменения при физиологическом старении не изменяют ни личность, ни характер человека, оставляя качественно неизменными его творческие и интеллектуальные способности. Патологическое психическое старение у человека определяется в том случае, когда симптомы старения центральной нервной системы (ЦНС) возникают раньше, чем признаки старения в других физиологических системах организма. В качестве такого примера может быть использована болезнь Альцгеймера (БА), при которой возникает состояние, когда мозг является практически единственным органом, где очень рано развиваются изменения, характерные для глубокого сенильного возраста [11,21]. Механизмы развития БА обеспечивают неправомерно раннее начало и особую скорость развития психических нарушений. Наиболее ранним симптомом БА является ухудшение памяти, и это может быть единственным симптомом в течение многих лет до нарушения других когнитивных процессов [5]. Таким образом, признаки снижения уровня психической деятельности одинаковы для физиологического и пато-

логического старения, а «...наиболее существенные различия между нормальными процессами старения и патологическим старением заключаются в сочетании снижения психической деятельности и развития приспособительных процессов» [12]. Вопрос изучения взаимодействия процессов старения и витаукта остается актуальным и в настоящее время [13], а БА в качестве примера патологического психического старения выбрана нами не только по выше изложенным причинам, но и как заболевание, по оценкам украинских и зарубежных специалистов, наиболее соответствующее понятию «возрастзависимая патология» [1].

Учитывая тот факт, что развитие когнитивных нарушений при БА, как и ухудшение нейрофизиологических показателей высшей нервной деятельности при физиологическом старении связано с нарушением функционального взаимодействия структур мозга, изменением физиологической схемы распределения афферентных и эфферентных потоков импульсов [7,8]. Связанные с сенсомоторной реакцией электроэнцефалографические (ЭЭГ) - потенциалы являются наиболее адекватным методом, позволяющим оценить процессы обработки информации на различных уровнях головного мозга. Это, по-видимому, позволит приблизиться к пониманию причин, по которым приспособительные процессы в ЦНС при патологическом старении не активируются или оказываются недостаточными для компенсации возрастных изменений.

Целью настоящего исследования явилось уточнение возможных нейрофизиологических механизмов развития БА на основе оценки изменения параметров ЭЭГ-потенциалов мозга при БА и их связи с субъективными и объективными симптомами нарушения памяти.

Материал и методы исследования

Когнитивные слуховые (СВП) и зрительные (ЗВП) вызванные потенциалы мозга регистри-

ровались у двух групп испытуемых: 1 группа - пациенты с ранним началом БА в возрасте до 65

лет (35 пациентов), результаты скринингового теста MMSE [18] - у этой группы составлял 21 ± 3 балла. 2 группа - контрольная - психически здоровые люди в возрасте 55-65 лет (результаты MMSE теста - 27 ± 1 балл) - 30 человек.

Регистрация вызванных потенциалов (ВП) проводилась с предъявлением стимулов в случайной последовательности (согласно odd = ball парадигмы). Стимуляция для инициации СВВП осуществлялась бинаурально через головные телефоны. Предъявлялся звуковой сигнал – тон двух видов: с частотой 4000 Гц (значимый стимул) и 1000 Гц (фоновый стимул). Интенсивность стимуляции составляла 100 дБ над уровнем слышимости. Стимуляция для инициации ЗВП осуществлялась с использованием реверсивного шахматного паттерна с размером клеток 60» (для значимого стимула) и 120» (для фонового стимула). Вероятность предъявления значимого стимула составляла 20%, а фонового - 80%. На предъявление значимого стимула испытуемому предлагалось реагировать нажатием кнопки. При проведении электрофизиологического тестирования испытуемый располагался в удобном кресле в состоянии бодрствования. Перед проведением тестирования проводилась инструкция с разъяс-

нением задачи и кратковременная тренировка. Регистрация ВП мозга осуществлялась с применением диагностического комплекса «Amplaid MK15» (Италия). Electroды располагали по системе 10/20 в точках отведений: Fpz - заземляющий электрод, Cz – активные электроды, A1+A2 – индифферентный общий ушной электрод. На предплечье располагали дополнительный заземляющий электрод. Межеlectродное сопротивление не превышало 5 ком. Эпоха анализа была равна 750 мс. Усреднение проводилось по 100 записям. При записи электрических сигналов полоса пропускания усилителя составляла от 0,1 до 50 Гц. При регистрации использовалась система режекции, предусмотренная в диагностическом комплексе для данного вида тестов. Чувствительность усилителя при записи составляла 5 мкВ/деление.

Обработка полученных результатов проводилась параметрическими и непараметрическими методами статистического анализа. Спектральный анализ усредненных ВП проводился с использованием алгоритма быстрого Фурье - преобразования [15]. Для уменьшения артефактов и стабилизации спектрограммы было использовано окно Бартлетта. Спектрограммы нормировались (приводились к «1»).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнение кривых ВП (рис. 1,2) требует детального анализа различий и влечет за собой необходимость обработки огромного количества параметров (латентных периодов, амплитуд основных компонентов ВП, межпиковых интервалов, интегральных величин и их производных). В связи с этим возникает необходимость минимизации данных. Для этого нами был использован нейросетевой метод «генетического отбора» [4], в результате чего были отобраны соответствующие показатели: латентные периоды компонентов N2, P3, интервал P2N2, амплитуда

P1N1 для СВВП и латентные периоды N2, P3, интервал P2N2 для ЗВП. При БА эти показатели изменяются следующим образом: для СВВП - латентный период N2 увеличивается от 180 мс до 370 мс, интервал P2N2 возрастает от 80 мс до 150 мс, латентный период P3 увеличивается от 420 мс до 520 мс, а амплитуда P1N1 снижается - от 8 до 17 мкВ. При БА параметры ЗВП изменяются так: латентный период компонента N2 увеличивается от 150 мс до 370 мс, латентный период P3 возрастает от 420 до 520 мс, а интервал P2N2 увеличивается от 80 мс до 150 мс.

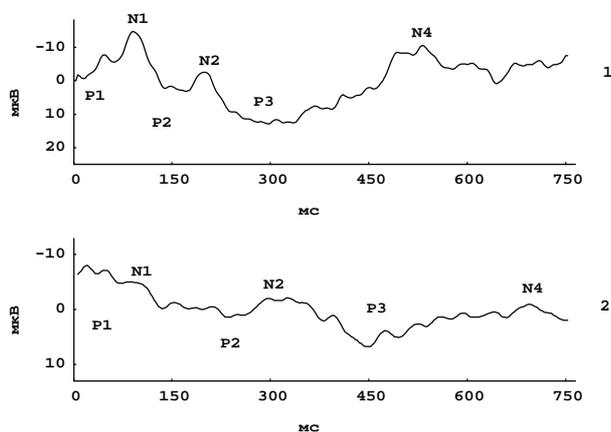


Рис. 1. ЭЭГ – потенциалы, связанные с сенсомоторной реакцией на слуховой стимул в группе контроля (1) и при БА (2).

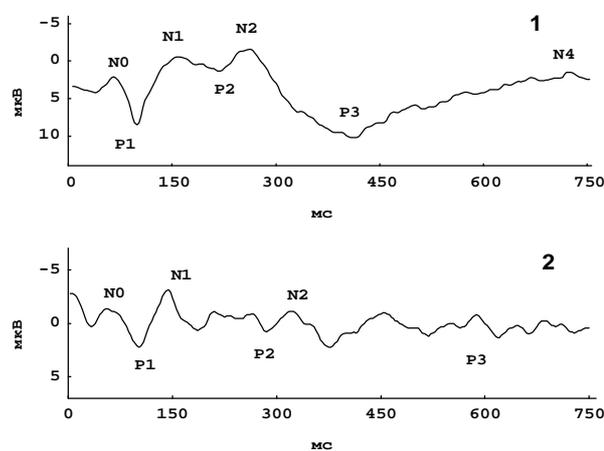


Рис. 2. ЭЭГ – потенциалы, связанные с сенсомоторной реакцией на зрительный стимул в группе контроля (1) и при БА (2).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что уже на ранних стадиях БА замедляются процессы анализа сенсорной информации в ЦНС, причем изменения в этих системах односторонне направлены.

Обнаруженные нами изменения амплитуды P1N1 указывают на то, что ухудшаются процессы сознательного обнаружения изменений физических параметров стимула. Удлинение латентных периодов N2P3 свидетельствует о том, что замедляются процессы сравнения двух сигналов и принятия решения, т.е. пациенту с БА для этого необходимо большее время.

Клинически это проявляется в наличии расстройств памяти, выраженных в такой степени, что они создают трудности в повседневной жизни больного (нарушение фиксации, хранения и воспроизведения информации, касающейся таких аспектов деятельности, как нахождение бытовых предметов, соблюдение социальных договоренностей), снижение других когнитивных способностей, при этом давно приобретенные навыки остаются пока неизменными [5]. Эти результаты подтверждают мнение о том, что на начальных стадиях БА страдает кратковременная память. Мы полагаем, что возможные нейрофизиологические механизмы этих явлений следующие: значительное увеличение латентных периодов компонентов N2, P3 как в СВП, так и в ЗВП при БА свидетельствуют о том, что максимально изменяется обработка информации в височно-теменных областях коры и гиппокампе [14]. Мы полагаем, что это нарушение обусловлено тем, что, в первую очередь, на ранних стадиях БА нарушается функция нейронов «новизны» и «тождества» гиппокампа. При этом даже простейшие особенности значимого стимула

(размер квадрата или высота тона звука) плохо запоминаются, а во время опознания стимула, вероятно, происходит обработка в ЦНС двух потоков импульсов: первого – сенсорного, характеризующего физические параметры предъявляемого стимула и второго – о параметрах значимого стимула. Важное значение имеет, по-видимому, также и нарушение межполушарных взаимодействий [2]. Таким образом, нарушается процесс сравнения шаблона с предъявляемым стимулом, в который вовлекаются, в основном, гиппокамп и префронтальная кора. При БА, вероятно, нарушаются не только процессы потенциации синаптической передачи на нейронах «новизны», но и на нейронах «тождества» гиппокампа, а также нейронах ассоциативных областей коры, где начинается формирование программы двигательной реакции в случае определения стимула как «значимый», что отражается на увеличении латентных периодов изучаемых компонентов. [19].

Что касается выявленных нами изменений амплитуды P1N1 в СВП при БА, то, учитывая данные о том, что N1 генерируется в первичной слуховой коре и зависит от активности ретикулярной формации, лимбической системы, а возрастание амплитуды P1 отражает степень нейронной активности среднего мозга и увеличение ретикулярных влияний через корковые холинэргические проекции [20], мы полагаем, что обнаруженное нами изменение амплитуды P1N1 отражает компенсаторное увеличение активности неспецифической активирующей системы мозга для повышения возбудимости нейронов корковых структур и гиппокампа, что позволяет пациентам на ранней стадии БА сохранять функционирование долговременной памяти на уров-

не, близком к нормальному [11].

Таким образом, как слуховые так и зрительные ВП при БА отражают изменения в обработке сенсорной информации и нарушения функции кратковременной памяти, характерные для БА.

Результаты изменений частотного спектра в условиях перехода от пассивного восприятия стимулов (без двигательной реакции на них) и в режиме с активацией внимания (нажатие кнопки на сигнальный стимул) у здоровых испытуемых характеризовались в СВП: увеличением спектральной мощности тета- ритма и снижением мощности альфа-ритма; при БА - значительно увеличивалась спектральная мощность альфа- и бета- ритмов.

Для ЗВП в норме: увеличивалась спектральная мощность дельта- ритма и снижалась тета-, альфа- и бета- ритмов. При БА спектральные изменения при переходе к активному вниманию характеризовались снижением мощности дельта и тета-ритмов и значительным возрастанием мощности альфа- и бета-ритмов.

Таким образом, в норме переход к состоянию активации внимания сопровождается возрастанием спектральной мощности медленноволновых ритмов ЭЭГ и снижением спектральной мощности ритмов более высокой частоты (альфа и бета). При БА, наоборот, снижается активность медленноволновых ритмов и возрастает спектральная мощность альфа- и бета- ритмов, при этом тета- ритм значимо не изменяется.

Интерпретировать полученные результаты довольно сложно в связи с тем, что диапазон механизмов, вызывающих такие изменения достаточно велик; а психофизиологических коррелятов частотных спектров вызванных потенциалов нет. Учитывая полученные нами результаты, а также то, что возрастание амплитуды P300 сопровождается увеличением спектральной мощности в диапазоне тета- и дельта- ритмов [16, 22], можно предполагать, что доминирование высокочастотных (альфа и бета) ритмов спектрограммы при БА может быть связано с менее выраженным синхронизирующим влиянием неспецифических структур таламуса, ствола мозга и лимбической системы или необходимостью увеличения роли альфа-ритма в процессах обработки информации на фоне патологических процессов, развивающихся при БА [8].

Особый интерес представляют данные об изменении мощности бета-ритма и латентного периода P300. Показано, что при субъективном нарушении памяти увеличение спектральной

мощности бета- ритма коррелирует с увеличением латентности P300, вместе с тем, при транзиторной глобальной амнезии повышение мощности бета-ритма коррелировало с уменьшением латентного периода P300 [9]. По-видимому, нейромедиаторные механизмы, принимающие участие в формировании ритмической активности мозга различны и зависят от причин, вызывающих нарушение памяти. Вероятно, механизмы пластичности мозга обеспечивают широкую вариабельность патологических систем мозга [4], возникающих при различных заболеваниях, но цель их одна - обеспечить максимальную компенсацию нарушенной функции, используя наиболее оптимальный путь.

Изменение спектра мощности СВП в сторону возрастания альфа- и бета- ритмов свидетельствует о том, что нейронные сети при БА функционируют в ином, по сравнению с нормой, частотном ритме, что, вероятно, ограничивает возможности восприятия и передачи информации, а с другой - обеспечивает более четкое взаимодействие различных отделов коры больших полушарий мозга [8]. То есть, мозг при БА представляет собой качественно другую функциональную систему по сравнению с мозгом здорового человека такого же возраста.

В заключение хотелось бы сказать, о том, что при БА нарушаются нейрофизиологические механизмы обработки информации в мозге, в основе которых, в первую очередь, лежат изменения корково-подкорковых отношений, причем недавние результаты исследований ЗВП при нормальном старении и БА показали, что у клинически здоровых родственников больных БА выявляются нейрофизиологические отклонения, указывающие на наличие латентной нейродегенерации и патологической гиперактивности ретикуло-лимбико-кортикальных систем мозга. Это свидетельствует в пользу того, что патологический процесс дебютирует задолго до клинической манифестации заболевания [6], что требует дальнейшего изучения ЭЭГ - потенциалов в начальных стадиях развития БА. Специфичность этих процессов может быть выявлена путем использования современных методов картирования вызванной активности мозга, позволяющих обнаруживать генераторы мозговой активности.

Таким образом, комплексный компонентный и спектральный анализ ВП позволяет выявить ранние и наиболее характерные признаки нарушений обработки информации в мозгу при БА на различных уровнях его организации.

ЗМІНИ ЕЕГ-ПОТЕНЦІАЛОВ МОЗКУ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ СЕНСОМОТОРНОЮ РЕАКЦІЄЮ ПРИ НОРМАЛЬНОМУ СТАРІННІ ТА ХВОРОБІ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Донецький державний медичний університет

Проведено дослідження когнітивних викликаних потенціалів (ВП) мозку, зв'язаних із сенсомоторною реакцією на зорові і слухові стимули. Були досліджені психічно здорові люди у віці від 55 до 65 років (35 чоловік) і група пацієнтів у віці 59-65 років (30 чоловік) з раннім початком і ініціальною стадією хвороби Альцгеймера (ХА), як приклад патологічного психічного старіння. Реєстрація ЕЕГ - потенціалів здійснювалася з застосуванням діагностичного комплексу «Amplaid MK-15» із пред'явленням стимулів у випадковій послідовності (odd ball парадигма). Аналізувалися амплітуди, латентні періоди і міжпікові інтервали компонентів ЕЕГ- потенціалів. При ХА спостерігалася збільшення латентних періодів компонентів N2, P3 та інтервалу P2-N2 для ЕЕГ - потенціалів зорової і слухової модальності та зниження амплітуди P1N1 для слухових ВП. Відзначена характерна для ХА зміна частотного спектра ВП як слухової, так і зорової модальності. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.97-101)

V.N. Kazakov, B.B. Ivnev, A.G. Snegir, M.A. Snegir

CHANGES OF EEG-POTENTIALS LINKED WITH SENSORIMOTOR REACTION IN NORMAL AGING AND PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Donetsk state medical University

The research of cognitive evoked potentials (EP) of a brain, linked with sensorimotor reaction on visual and acoustical stimulus was conducted. The mentally healthy people in the age of from 55 till 65 years (35 men) and group of the patients in the age of 59-65 years (30 men) with an early beginning of and initial stage of Alzheimer's disease (AD) as an example of a pathological mental aging were investigated. For registration of EEG - potentials were used diagnostic complex «Amplaid MK-15» with assertion of stimulus in random series (odd ball paradigm). The amplitudes, latent periods and interpeak intervals of components EEG-potentials were analyzed. Latent periods of components N2, P3 and interval P2-N2 for a EEG - potentials of visual and acoustical modality and reduction amplitude P1N1 for acoustical EP in patients with AD was founded. Characteristic of change frequency spectrum EP both acoustical and visual modality for AD patients was marked. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.97-101)

Литература

1. Бурчинский С.Г. Анализ тенденций и перспектив развития нейрогеронтологии // Журн. невропат. и психиатр.-1997.-№5.-С. 51-54
2. Думенко В.Н. Функциональное значение высокочастотных компонентов электрической активности головного мозга в процессах формирования внутренних образов // Журнал высшей нервной деятельности.-2002.-Т.52, № 5.-С. 539-550
3. Казаков В. М., Кравцов П.Я., Івнев Б.Б., Гур'янов В.Г., Снегірь А.Г. Возможности нейромережевого моделирования у комплексному аналізі стану різних функціональних систем організму при фізіологічному старінні та хворобі Альцгеймера // Сучасні проблеми біофізики / Під ред. В.М. Казакова та М.Ф. Шуби.-Донецьк: Лебідь, 2001.-С. 50-63.
4. Крыжановский Г.Н. Пластичность в патологии нервной системы // Журнал неврол. и психиатрии.-2001,№2.-С. 4- 6
5. Нери Д. Классификация деменций // Журн. неврологии и психиатр.-2000, №1.-С. 61-67
6. Пономарева Н.В., Фокин В.Ф., Селезнева Н.Д. Церебральная дисфункция у лиц с повышенным риском развития болезни Альцгеймера // Вестник Российской Академии медицинских наук.-1999.-№1.-С. 16-20
7. Попова Н.С., Качалова Н.М., Устиновская О.В. Пептидная коррекция нарушенных межцентральных отношений // Бюлл. эксперим. биол. и медицины.-1998.-Том 125, №5.-С. 499-503
8. Сергин В.Я. Перцептивное связывание сенсорных событий: гипотеза объемлющих характеристик // Журнал высшей нервной деятельности.-2002.-Т.52, № 6.-С. 645-655
9. Снегірь М.А., Івнев Б.Б., Снегірь А.Г., Прокофьева Н.В. Зрительные вызванные потенциалы мозга как показатель уровня активации неспецифических структур мозга // Архив клин. и эксперим. медицины.-2000.-Том. 9, №1.-С. 150-152
10. Тихонова И.В., Гнездицкий В.В., Стаховская Л.В., Скворцова В.И. Нейрофизиологическая характеристика синдрома транзиторной глобальной амнезии // Журн. неврол. и психиатрии.-2001,№1.-С. 35-39
11. Фролькис В.В. Старение, онтогенез и периоды возрастного развития // Успехи современной биологии.-1998.-Т.118, вып.4.-С.441-448.
12. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. -М.: Медицина, 1996. - 304 с.
13. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия.- М. 1977. 231 с.
14. Amenedo E., Dnaz F. Ageing-related changes in the processing of attended and unattended standard stimuli // Neuroreport.- 1999.- Vol. 10, №11.-P. 2383-2388
15. Box G., Jenkins G. Time series analysis: Forecasting and control. – 1976.-San Francisco: Holden-Day. – 674 p.
16. Demiralp T., Ademoglu A., Schermann M., Basar Eroglu C., Basar E. Detection of P300 waves in single trials by the wavelet transform (WT) // Brain Lang.- 1999.-Vol. 66,№1.-P. 108-128
17. Dickson D., Crystal H., Maltiace L. et al. Identification of normal and pathological aging in prospectively studied nondemented elderly humans // Neurobiol. Aging.- 1992.-Vol. 13.-P. 179 - 189
18. Folstein M., Folstein S., McHugh P. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician// J. Psychiatr. Res.-1975. - V. 12.- № 9. - P. 189-198.
19. Geula Ch. Abnormalities of neural circuitry in Alzheimer's disease: hippocampus and cortical cholinergic innervation // Neurology.- 1998.-Vol. 51, № 1.- P.18-29
20. Halgren E., Marinkovic K., Chauvel P. Generators of the late cognitive potentials in auditory and visual oddball tasks // Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.- 1998.-Vol. 106, №2.-P. 156-164
21. Mesulam MM. Patterns of behavioral neuroanatomy: association areas, the limbic system and hemispheric specialization. In: Mesulam MM, ed. Principles of behavioral neurology. Philadelphia: FA Davis, 1985.-P. 1-70
22. Spencer K., Polich J. Poststimulus EEG spectral analysis and P300: attention, task, and probability // Psychophysiology.- 1999.-Vol. 36, №2.-P. 220-232

Поступила в редакцию 8.06.2004

УДК: 616.895.8-008.486

*А.В. Абрамов***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ УЧАСТНИКОВ ЛПА НА ЧАЭС, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОВД**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: участники ЛПА на ЧАЭС, качество жизни, сотрудники милиции

Важнейшим резервом для совершенствования медико-социальных форм помощи УЛПА на ЧАЭС является оценка особенностей их социального функционирования и качества жизни. С этой целью было проведено психологическое исследование 132 участников ЛПА на ЧАЭС, работающих в системе МВД. Возраст у подавляющего большинства испытуемых этой группы (112 человек - 84,8%) составил от 35 до 50 лет. Состояло в браке на период обследования 110 (83,3%) человек, остальные брак расторгли. Все больные обследовались спустя 13-15 лет после аварии, как правило, перед увольнением в запас.

Оценка уровня социального функционирования и качества жизни (КЖ) ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (основная группа) в сравнении с показателями контрольной группы (50 сотрудников ОВД аналогичного возраста, не принимавшие участия в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС), проводившаяся с использованием специально составленного опросника, включающего 37 категорий самооценки удовлетворенности по шкале от 1 до 9 баллов. У всех пациентов было выявлено от 3-х до 7 хронических (в т.ч. системных) соматических заболеваний.

В диапазоне низких оценок основной группы находятся показатели по шкалам «карьера» (работа) $4,00 \pm 2,44$ балла, личных долговременных и кратковременных устремлений ($3,13 \pm 1,57$ балла), самоощущения здоровья ($2,37 \pm 1,67$ балла), индивидуального общения ($4,30 \pm 2,63$ балла), возможности препровождения в одиночестве ($4,33 \pm 2,43$ балла), религиозной и духовной поддержки ($3,83 \pm 2,96$ балла), отношения к физическому состоянию и окружающей среде ($2,97 \pm 1,94$ балла), жизненных кризисов за последние 6 месяцев ($3,07 \pm 2,07$ балла), удовлетворенности своей физической активностью ($3,77 \pm 1,86$ балла), удовлетворенности сном ($2,50 \pm 2,29$ балла), способности самостоятельно

принимать решения ($3,30 \pm 1,47$ балла), пессимистических (оптимистических) тенденций ($3,73 \pm 1,91$ балла), приспособленности (индивидуальной и профессиональной гибкости) ($4,2 \pm 2,49$ балла), склонности к гневу ($3,17 \pm 2,04$ балла), самоуважения ($3,97 \pm 2,60$ балла), ясности жизненных ценностей и принципов ($4,13 \pm 2,31$ балла).

По всем перечисленным выше шкалам средние значения показателей оказываются ниже среднего уровня индекса качества жизни ($4,71 \pm 0,91$ балла) в основной группе, являющегося индикатором суммарной удовлетворенности личностным и социальным функционированием. Полученный спектр нарушений самооощущения в числе наиболее болезненных моментов содержит, в первую очередь, неудовлетворенность состоянием своего физического здоровья. Центральным элементом, вокруг которого формируется в основной группе ощущение сниженного уровня качества жизни, является комплекс сомато-вегетативных дисфункций, а также комплекс переживаний, связанных с неудовлетворенностью своим социальным функционированием. В этот комплекс входят в качестве ведущих такие составляющие, как склонность к гневу и низкая способность самостоятельно принимать решения. Утрата контроля над собственными эмоциями, приводящая к нарушению отношений со своим социальным окружением, является одним из характерных проявлений астенического симптомокомплекса. Вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность типичны для поведения в рамках «неврастенического» типа отношения к болезни. Причиной раздражительной слабости является изнуряющее влияние соматического неблагополучия.

В тесной связи с этими проявлениями соматогенной астении находится субъективное ощущение фрустрации своей возможности самостоятельно принимать решения. Ощущение несостоятельности порождается, с одной стороны,

самой по себе астенией, упадком сил из-за длительно существующего соматического неблагополучия; с другой стороны, ощущение несамостоятельности может быть связано с регрессивными тенденциями: в ситуации хронического соматического неблагополучия некоторое нарочитое подчеркивание своей беспомощности является средством манипулирования своим социальным окружением. Подобное манипулирование может носить не вполне сознательный характер и к нему может быть двойственное субъективное отношение: с одной стороны, несамостоятельность бессознательно культивируется, а, с другой стороны, фрустрация волевой активности воспринимается как ощущение скованности своей личной инициативы и дефект качества жизни.

К субъективному чувству несамостоятельности тесно примыкает низкая удовлетворенность своей физической активностью. Неспособность в прежних (доболезненных) рамках развивать свою двигательную активность, быть активным в общении, работе также является характерным проявлением астении, обусловленной соматической патологией.

Нарушения социального функционирования, тесно связанные с описанной астенической «стержневой» симптоматикой находят свое отражение и в низких показателях таких шкал, как удовлетворенность карьерой (работой), индивидуальным общением, приспособленностью (индивидуальной и профессиональной гибкостью), возможностью осуществления времяпрепровождения в одиночестве.

Неспособность развивать и строить свою карьеру в соответствии со своими доболезненными замыслами, проводить активную линию поведения в общении с другими людьми, быть способным гибко менять свою жизненную позицию в целях оптимизации своей приспособленности в обществе обусловлена значительной истощенностью энергетических и пластических ресурсов хроническими соматическими заболеваниями.

Значительная астенизированность пациентов основной группы заставляет их искать уединения, сторониться интенсивного общения; однако даже редуцированное вследствие болезни общение истощает силы больных и они испытывают повышенную потребность во времяпрепровождении в одиночестве.

Можно отметить определенную противоречивость устремлений пациентов основной группы: наряду с повышенной потребностью в том, чтобы побольше находиться вне общения с дру-

гими, они, в то же самое время, ощущают недостаточность духовной, в том числе и религиозной поддержки.

Помимо симптоматики пониженной самооценки качества своей жизни, связанной с соматогенной астенизацией, можно выделить еще ряд аспектов, связанных с депрессивным модулем переживаний. К их числу можно отнести преобладание пессимистических оценок, заниженный уровень самооценки, низкую оценку ясности своих жизненных ценностей и принципов. Близким в содержательном смысле является и неудовлетворенность своим физическим состоянием и влиянием окружающей среды. Комплекс убеждений больного из основной группы вполне соответствует классической депрессивной триаде А.Бека в рамках его когнитивной модели депрессии: 1) негативное представление о себе; 2) негативный взгляд на мир; 3) нигилистический взгляд на будущее. Ситуация тяжелой болезни легко активизирует ядерные схемы (когнитивные структуры), касающиеся убежденности в своей неприспособленности, никчемности, отверженности, в том, что в мире нет ни удовольствия, ни удовлетворенности, что трудности непреодолимы. Хотя по клиническому впечатлению у лиц основного контингента и не отмечалось выраженных проявлений депрессии, и скорее имели место лишь фрагментарно представленные элементы субдепрессивной симптоматики, нельзя, по нашему мнению, недооценивать ее значения для формирования суммарного показателя качества жизни.

Суммарная относительно незначительная выраженность депрессивных проявлений является результатом противоборства, с одной стороны, патогенетических психологических механизмов, а, с другой - саногенетических. С целью получить определенное представление об общей направленности и эффективности таких саногенетических механизмов и оценки их эффективности далее будет проанализирован ряд аспектов самооценки качества жизни, средние значения показателей по которым превышают средний уровень индекса качества жизни.

Наиболее высокий показатель в основной группе имеет место по шкале отношения к домашним животным ($7,13 \pm 1,81$ балла). Высокий показатель по этой шкале может быть интерпретирован и как отсутствие зависимости от животных вообще, и как достаточно индифферентное, но не враждебное отношение к ним; эти данные могут быть интерпретированы как одно из свидетельств отсутствия у лиц изучаемой группы

выраженных тенденций, направленных на эмоционально теплые отношения.

На втором месте по степени выраженности ($7,00 \pm 2,08$ балла) среднего показателя оказывается средний результат по шкале скрытности – открытости. При таком высоком уровне значения отмечается достаточно высокая степень открытости, откровенности; такие люди считают, что «говорят обычно то, что думают». Насколько отражает истинное положение дел подобная самооценка своего коммуникативного стиля, можно будет судить после сопоставления результата по этой шкале с другими методиками. Можно предположить, что подобный высокий уровень представлений о своей открытости является скорее «декларацией о намерении», демонстрацией желаемого образа своего «социального фасада».

Достаточно высоким являются показатели по шкале употребления алкоголя ($6,60 \pm 2,06$ балла) и курения ($6,43 \pm 2,90$ балла), что указывает на действительный отказ от них или на демонстрацию такового. Отказ от дурных привычек (или их демонстрация) также могут быть как отражением стремления сформировать оптимальный социальный фасад, так и следствием неизбежного ограничения себя в условиях реальной соматической болезни.

С таким вынужденным ограничением своей активности может также быть связано высокое значение показателя по шкале обязательности – $6,53 \pm 2,97$ балла. При таких высоких значениях девизом людей бывает: «делаю, что могу». Отказ от перфекционизма представляется вполне естественно вытекающим из уже описанной выше соматогенной астении. Вместе с тем подобный «девиз» не лишен определенного пафоса героизации своего имиджа; такая самопрезентация может быть направлена на формирование социально желательного личного фасада.

Высокое значение среднего показателя по шкале межличностного общения в основной группе ($6,33 \pm 2,51$ балла) отражает тенденцию занимать не активно-наступательную, а более пассивную позицию в рамках реализации своей коммуникативной активности. Такие пациенты предпочитают не столько навязывать свои собственные мнения, установки, сколько прислушаться к другим. Как и в отношении показателя по шкале обязательности, по поводу высокого уровня показателя по шкале межличностного общения, можно принять версии и об астенизирующем влиянии соматического заболевания на общую активность пациентов, и о стремлении

создать социально желаемый фасад.

По шкале источника хорошего настроения средний уровень показателя составляет $5,53 \pm 2,01$ балла, что также несколько превышает средний уровень качества жизни по КЖ-1. Такой уровень выраженности признака указывает на преобладание внутреннего самоконтроля в числе источников хорошего настроения. Другими словами, подчеркивается отсутствие зависимости настроения от хорошего настроения людей и самодостаточность в его поддержании на достаточном уровне. Подобный характер ответов способствует созданию «героического» типа самопрезентации.

Наряду с подобной демонстрацией самодостаточности обращают на себя внимание высокие показатели по ряду шкал, отражающих значимые отношения пациентов с микросоциальным окружением.

Средний показатель по шкале отношений с детьми в основной группе составил $6,3 \pm 2,44$ балла, что указывает на восприятие их как источника положительных эмоций, радости. Таким образом, ближайшее семейное окружение оказывается важным источником позитивного восприятия качества жизни у пациентов изучаемого контингента.

Сходное значение имеет и высокий средний уровень показателя по шкале отношений с родителями, который составил $5,93 \pm 2,57$ балла. Доброжелательные отношения со старшим поколением также рассматриваются пациентами изучаемой группы как важный источник саногенных влияний.

Помимо взгляда на семейное благополучие как источник стабилизации своего положения в ситуации соматической болезни пациенты изучаемого контингента рассматривают в аналогичном смысле и отношения с друзьями и соседями. Средний уровень показателя по этой шкале опросника составил $5,87 \pm 2,65$ балла. Высокая значимость этого показателя отражает стремление изучаемых пациентов находиться в гармоничных отношениях с бытовым окружением, получать поддержку от него.

Средний показатель по шкале отношений на работе (с коллегами, начальством и др.) несколько ниже, чем по трем приведенным выше шкалам, но имеет все-таки достаточно высокое значение ($4,97 \pm 2,52$ балла). Таким образом, стремление к гармоничным отношениям на работе рассматривается как один из путей достижения повышения качества жизни.

Суммируя полученные результаты, следует

выделить несколько групп факторов, как снижающих, так и улучшающих качество жизни. К числу патогенетических механизмов (патогенных факторов) необходимо отнести астенизирующее и депрессогенное воздействие соматогенной патологии, приводящее к прекращению карьерного роста, реализации долговременных и кратковременных устремлений, редукции индивидуального общения, пессимистичности, эмоциональной неустойчивости, гневливости, снижения уровня самооценки, профессиональной и индивидуальной гибкости.

В противоположность этим патогенетическим механизмам существуют и механизмы саногенетические. К ним можно отнести консолидацию остаточных личностных ресурсов вокруг комплекса семейно-бытовых и внутрисемейных отношений, сочетающихся с оптимизацией социального фасада личности. При этом мотивы и механизмы такой оптимизации могут иметь довольно сложную структуру: можно предположить, что они имеют сознательный способ экономии энергетических и пластических ресурсов, но, с другой стороны - быть бессознательным способом реализации нормопатического стиля поведения в рамках алекситимических тенденций.

В группе сравнения средний уровень индекса качества жизни составил $5,88 \pm 0,67$ балла. При этом самый низкий средний уровень имеет показатель по шкале обязательности ($2,77 \pm 1,81$ балла). Низкий уровень этого показателя указывает на наличие у респондентов из группы сравнения перфекционистских тенденций, стремлений к тому, чтобы все дела были сделаны наилучшим образом. Подобное стремление может рассматриваться как вполне естественное для здоровых людей.

Вера таких вполне здоровых людей в свою самодостаточность объясняет низкий средний уровень показателя по шкале значимости религиозной и духовной поддержки ($3,37 \pm 2,03$ балла), хотя при этом источник своего хорошего настроения они находят во внешних влияниях, хорошем отношении людей. Об этом свидетельствует довольно низкий уровень показателя шкалы источника хорошего настроения ($4,9 \pm 2,3$ балла).

Здоровый оптимизм представителей группы сравнения находит свое отражение в низком показателе по шкале наличия жизненных кризисов в течение последних шести месяцев. Он составляет $4,8 \pm 2,6$ балла и соответствует реальной высокой стрессоустойчивости.

В такой ситуации вполне естественной является низкая оценка значения релаксации и ме-

дитации. Показатель по шкале, отражающей это значение, составил $4,33 \pm 2,35$ балла. Комфортное самоощущение не предполагает какой-либо нужды в искусственном расслаблении.

Стеничность здоровых респондентов сама по себе не оставляет времени на времяпрепровождение в одиночестве, о чем свидетельствует низкий показатель по соответствующей шкале - $4,67 \pm 2,35$ балла.

Переходя к анализу тех показателей, которые превышают среднее значение индекса качества жизни в группе сравнения, следует указать, что, как и в основной группе, одним из основных компонентов высокого качества жизни расцениваются вызывающие радость отношения с детьми. Средний показатель при этом в группе сравнения составил $7,8 \pm 1,6$ балла.

Практически столь же высоким оказался и показатель по шкале отношений с родителями ($7,43 \pm 1,7$ балла). Таким образом, внутрисемейные хорошие отношения вносят существенный вклад в формирование ощущения высокого качества жизни.

Не менее важное значение для респондентов группы сравнения в спектре ощущения качества жизни играют и отношения с друзьями, соседями и пр. (средний показатель по соответствующей шкале - $7,3 \pm 1,51$ балла), а также отношения на работе (с коллегами, начальством) - $7,37 \pm 1,69$ балла.

Интегративно высокая удовлетворенность качеством своего общения с окружением, своей коммуникативной активностью нашла свое отражение в достаточно высоком показателе по шкале индивидуального общения ($6,97 \pm 1,83$ балла). Высокое значение этого показателя подчеркивает субъективную важность ощущения включенности во взаимодействие с другими людьми для формирования ощущения достаточно высокого качества жизни.

Продолжая рассмотрение спектра составляющих ощущения качества жизни у респондентов группы сравнения, нужно отметить, что у них, как и больных основной группы, ведущим комплексом саногенетических моментов является комплекс положительных отношений с ближайшим микросоциальным окружением. Кроме того, в группе сравнения достаточно существенную роль в благоприятном восприятии качества жизни играет комплекс благоприятно складывающихся отношений на работе.

Наряду с высокой степенью удовлетворенности качеством общения с семейно-бытовым и производственным окружением, важнейшим

источником позитивного восприятия качества жизни является комплекс отношений, связанных с восприятием на достаточно высоком уровне состояния своего здоровья.

Средний показатель по шкале здоровья имеет довольно высокое значение – $7,07 \pm 1,8$ балла. Респонденты группы сравнения характеризуют себя редко болеющими, имеющими достаточно высокий ресурс устойчивости. Об этом свидетельствует достаточно высокий уровень среднего показателя по шкале зависимости физического состояния и среды – $6,46 \pm 1,61$ балла. Такой уровень значения отражает отношение к окружающей среде скорее как к приятной, доставляющей удовольствие, чем как к вызывающей усталость, раздражение, бессонницу, упадок сил. Окружающая среда воспринимается при этом как комфортабельная, а не представляющаяся опасной и доставляющей неприятности. Об этом свидетельствует высокий уровень показателя по шкале оценки окружающей среды – $6,43 \pm 1,33$ балла.

Удовлетворенность своим здоровьем, физическим состоянием и окружающей средой естественным образом оказывается связанной с развитым чувством юмора, оптимистичностью. Об этом свидетельствует достаточно высокий средний уровень показателя по шкале склонности к юмору, играм – $6,47 \pm 1,54$ балла. Респонденты группы сравнения склонны рассматривать подход к жизни «с юмором» как неотъемлемый элемент своего жизненного стиля.

Отсутствие признаков соматовегетативных дисфункций в описываемом контингенте проявляется ярким образом практически полным отсутствием жалоб на диссомнические расстройства. Средний уровень показателя по шкале удовлетворенности сном в группе сравнения составил $7,07 \pm 2,32$ балла.

Еще одним важным элементом высокого самоощущения качества жизни является приверженность здоровому образу жизни. Об этом свидетельствует, в частности, низкий показатель по шкале склонности к употреблению алкоголя ($4,8 \pm 2,28$ балла). Аналогичный смысл имеет и низкий уровень среднего показателя по шкале склонности к чрезмерному употреблению тонизирующих напитков ($4,73 \pm 1,57$ балла), а также относительно низкий – среднего показателя по шкале склонности к табакокурению ($5,66 \pm 3,2$ балла).

Следование принципам здорового образа жизни среди лиц изучаемого контингента представляется следствием вполне целенаправленных усилий, достигающихся путем значитель-

ной активизации самоконтроля.

Об этом свидетельствует высокий уровень среднего показателя по шкале самоконтроля ($6,4 \pm 2,03$ балла). Такое значение показателя указывает на стремление всегда держаться «на уровне», соответствовать требованиям социального слоя. Стеничность и сознательность следования своему имиджу активного члена общества находит свое отражение в низких значениях среднего показателя по шкалам «обязательности» в группе сравнения. Он составил $2,77 \pm 1,81$ балла. Столь низкий показатель по этой шкале свидетельствует о наличии четко выраженных перфекционистских тенденций, заметного сознательного стремления выполнять свои функции.

Вывод о сознательности стремлений к утверждению в своей активной жизненной позиции подтверждается высокими значениями показателя по шкале жизненных принципов и ценностей (в среднем $6,57 \pm 1,7$ балла), которые свидетельствуют о том, что респонденты из группы сравнения имеют ясные, стабильные и устоявшиеся ориентиры в следовании своим убеждениям.

Подводя итог рассмотрению особенностей конфигурации представления о качестве жизни респондентов из группы сравнения, следует отметить, что она внешне несколько напоминает конфигурацию аналогичного представления в основной группе. Как уже отмечалось выше, первым сходным блоком при этом является блок имеющих высокую ценность семейно-бытовых отношений, играющих стабилизирующую роль в самооценке своей жизненной ситуации.

Другим блоком, внешне имеющим сходные очертания в сравниваемых группах является блок отношений, направленных на создание социально-приемлемого фасада собственной личности, как отражения высокого качества жизни. При внешней схожести конструкций этого блока можно предположить, что, если в группе сравнения активная жизненная позиция, следование принципам здорового образа жизни является вполне естественным, то в основной группе они имеют двойственную, порой достаточно «вымученную» природу. В основной группе особая «правильность» поведения может быть как следствием отсутствия достаточной произвольности поступков из-за явлений астении, так и результатом произвольной редукции поведенческой активности в рамках нормопатических тенденций.

Существенным отличием сравниваемых конфигураций самоощущения качества жизни является присутствие в основной группе комплекса

отношений, отражающих патогенетические механизмы воздействия на личность пациентов изучаемого контингента проявления их психосоматической патологии. Этот комплекс складывается из проявлений астенического круга и, по всей вероятности, вторичных по

отношению к ним депрессивных проявлений. При этом астено-вегетативные дисфункции являются причиной как редукции всех видов поведенческой активности, так и фактором, подтверждающим элементы заниженной самооценки.

О.В. Абрамов

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ Й ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ УЧАСНИКІВ ЛНА НА ЧАЕС, ЩО ПРАЦЮЮТЬ У СИСТЕМІ ОВС

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Була вивчена оцінка рівня соціального функціонування і якості життя ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 132 співробітників правоохоронних органів. Виділено кілька груп факторів які знижують якість життя. До числа патогенетичних механізмів (патогенних факторів) віднесені астенізуючий та депресогенний вплив соматогеної патології, що приводить до припинення кар'єрного росту, реалізації довгострокових і короточасних устремлінь, редукції індивідуального спілкування, песимістичності, емоційній нестійкості, зниження рівня самооценки, професійної й індивідуальної гнучкості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.102-107)

A.V. Abramov

QUALITY OF LIFE AND FEATURES SOCIAL OPERATION FOR THE PARTICIPANTS OF LIQUIDATION OF CONSEQUENCES OF EMERGENCY ON CHERNOBIL ATOMIC POWER STATION WORKING IN A SYSTEM OF LAW-ENFORCEMENT BODIES

Donetsk state medical university

The estimation of a level of social operation and qualities of life of the liquidators of consequences of emergency on Chernobyl atomic power station for 132 employees of law enforcement bodies was studied. Some groups of the factors lowering a quality of life are secured. To number of pathogenetic gears (pathogenic factors) the implementations long-time and short-lived tendencies, reduction of personal dialogue, emotional instability, decrease of a level of a self-rating, professional and personal flexibility are referred astenik and depressions effect of a somatogenic pathology resulting in to the termination opeacast of growth. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.102-107)

Поступила в редакцію 27.05.2004

УДК 616-005+611.81-056.24+616-005.4

*Ю.М. Гуменюк***ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ ТРАНЗИТОРНИМИ ІШЕМІЧНИМИ АТАКАМИ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПОТОНІЇ ЗА ДАНИМИ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ**

Івано-Франківська державна медична академія

Ключові слова: транзиторна ішемічна атака, артеріальна гіпотонія, транскраніальна доплерографія, дисциркуляторна енцефалопатія

Виникнення, розвиток та прогресування цереброваскулярних захворювань в більшості випадків пов'язані з атеросклеротичним процесом і артеріальною гіпертензією як важливими патогенетичними і етіологічними факторами, що ведуть до розвитку інсульту [4,5,6,7,8].

Транзиторна ішемічна атака (ТІА) – це клінічний синдром, який характеризується гострим порушенням будь-якої вогнищевої функції головного мозку зі скаргами, які тривають не більше 24 годин, виникнення якого відносять до неадекватного кровопостачання мозку в результаті тромбозу чи мікроемболії, викликаних захворюваннями артерій, серця чи крові.

Приблизно в 1/3 хворих із ТІА будь якого походження протягом останніх 5 років розвивається інсульт. Відсоток виживання хворих після ТІА складає до кінця першого року після ТІА близько 90%, до п'ятого року – 70%, до восьмого року – 50%, і до десяти років – 40%. Серед хворих ТІА старше 70 років відсоток виживання жінок вищий, ніж чоловіків, однак серед хворих ТІА молодших 70 років цей відсоток у чоловіків вищий, ніж у жінок [9,15]. Стать не є фактором ризику інсульту після ТІА, але в цілому у жінок, які перенесли ТІА, прогноз більш сприятливий, ніж у чоловіків [11].

Внаслідок того, що діагноз ТІА – клінічний і не може базуватися на будь-якому спеціальному діагностичному тесті, доцільно базуватися на певне поєднання клінічних особливостей, які мають подібний патогенетичний механізм виник-

нення та приводять до подібних наслідків [10, 14].

Невпинний ріст частоти захворювань, що ведуть до системних дисциркуляторних розладів, прогресуючий перебіг дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ), часті декомпенсації, високий ступінь ризику розвитку інсульту, а також важкі соціально-економічні наслідки хронічних судинних захворювань мозку [11,17] зумовлюють актуальність пошуку ефективних методів лікування даної патології.

У вивченні характеру порушень мозкового кровообігу та діагностиці уражень судин головного мозку принципово важливим ультразвуковим методом є транскраніальна доплерографія (ТКДГ). Використання даного методу дає змогу глибше зрозуміти та пояснити механізми, що сприяють виникненню порушень мозкового кровообігу, розробити нові підходи до їх лікування [13,16].

Аналіз даних літератури показує безсумнівну діагностичну цінність ТКДГ для обстеження хворих з проявами судинної мозкової недостатності, уточнення характеру порушення гемодинаміки в інтракраніальних судинах. Цей метод дозволяє визначити шляхи компенсації мозкового кровообігу через систему вилізієвого кола у хворих з ураженням магістральних судин голови в екстракраніальному відділі [12,13].

Метою даної роботи було проведення діагностики транзиторних ішемічних атак у хворих з артеріальною гіпотонією на основі даних ультразвукового дослідження церебральної гемодинаміки.

Матеріали та методи дослідження

В роботу було включено 22 хворих із транзиторними ішемічними атаками на фоні артеріальної гіпотонії віком від 39 до 60 років. Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб відповідного віку та статі.

У досліджуваних нами хворих визначалась максимальна, середня та мінімальна швидкість кровотоку в інтракраніальних судинах. За загальноприйнятою методикою проводилась ТКДГ з поетапним дослідженням судин великого кола

основи мозку: середньої мозкової артерії (СМА), передньої мозкової артерії (ПМА), задньої мозкової артерії (ЗМА), вертебральних артерій (ВА)

та проксимальний і дистальний відділи основної артерії (ОА). Отримані дані обробляли статистично за допомогою програми Statistica 5.

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінюючи отримані результати, слід відмітити, що у досліджуваних хворих відмічалася різноманітність

клінічної симптоматики. Основні клінічні симптоми у обстежуваних хворих зображені в Табл. 1.

Таблиця 1

Основні клінічні симптоми в обстежуваних хворих

Клінічні прояви	Кількість хворих
Загальнономозкові симптоми	10
Рефлекторно-пірамідна недостатність	13
Паралічі, парези	7
Афатичні розлади	9
Зорові порушення	6
Бульбарні явища	4

Гемодинамічні порушення у обстежуваних хворих були неоднорідними. В басейнах середніх мозкових артерій (СМА) та вертебральних артерій (ВА) достовірної різниці між швидкостями кровотоку в зоні ішемії та на стороні протилежної півкулі відмічено не було. Максимальна, середня та мінімальна швидкості кровотоку в СМА становили справа - $97,3 \pm 8,7$ см/с, $56,8 \pm 2,04$ см/с та $41,9 \pm 2,27$ см/с; зліва - $95,1 \pm 0,35$ см/с, $57,0 \pm 2,0$ см/с та $43,0 \pm 1,6$ см/с відповідно. В басейні ВА дані показники відповідно склали: справа – $56,3 \pm 3,2$ см/с, $38,88 \pm 1,4$ см/с та $28,2 \pm 1,3$ см/с; зліва – $58,31 \pm 4,1$ см/с, $39,14 \pm 3,4$ см/с та $28,24 \pm 1,6$ відповідно. В басейні передніх мозкових артерій (ПМА) в правій та лівій півкулях мозку відмічались достовірні зміни швидкості мозкового кровотоку, що проявлялись в її зниженні порівняно із групою контролю. Максимальна, середня і мінімальна швидкість кровотоку в даному басейні становили зліва – $76,03 \pm 1,23$ см/с, $39,11 \pm 1,8$ см/с і $29,16 \pm 1,3$ см/с; справа – $78,4 \pm 1,4$ см/с, $49,1 \pm 1,06$ см/с і $33,06 \pm 1,9$ см/с, відповідно у групі контролю: зліва – $86,3 \pm 1,2$ см/с, $53,1 \pm 1,6$ см/с, $41,2 \pm 0,8$ см/с; справа – $84,2 \pm 1,4$ см/с, $54,2 \pm 1,2$ см/с, $39,9 \pm 0,9$ см/с ($p < 0,05$). Відмічено достовірне підвищення максимальної та середньої швидкості кровотоку в основній артерії відповідно в проксимальному її відділі до $69,31 \pm 11,6$ см/с та

$49,14 \pm 9,04$ см/с; в дистальному – до $70,52 \pm 13,12$ см/с та $44,31 \pm 4,8$ см/с в порівнянні з контрольною групою: проксимальний відділ – $56,2 \pm 1,2$ см/с, $27,8 \pm 1,6$ см/с; дистальний відділ – $59,1 \pm 0,8$ см/с, $31,3 \pm 1,6$ см/с, ($p < 0,05$). Ці зміни поєднувались із підвищенням максимальної швидкості кровотоку по задніх мозкових артеріях (ЗМА) до $63,13 \pm 2,9$ см/с справа та до $62,11 \pm 3,6$ см/с – зліва і достовірним зниженням мінімальної швидкості кровотоку в даному басейні відповідно до $25,13 \pm 1,9$ см/с та $24,19 \pm 3,1$ см/с. Результати дослідження свідчать, що різке зниження максимальної та середньої швидкості мозкового кровотоку по ПМА вказує на наявність вазопаретичних судинних реакцій в басейні даної артерії. Достовірне підвищення максимальної та середньої швидкості кровотоку в басейні основної артерії може бути проявом стенозуючих змін.

Висновки

1. Порушення інтракраніальної гемодинаміки у хворих із транзиторними ішемічними атаками на фоні артеріальної гіпотонії супроводжуються переважанням локального зниження максимальної та середньої швидкості кровотоку по судинах ураженої півкулі.

2. В судинному руслі протилежної півкулі відмічається локальне збільшення швидкості кровотоку в ділянці ішемічного вогнища.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ ПО ДАННЫХ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ

Ивано-Франковская государственная медицинская академия

Было обследовано 22 больных с транзиторными ишемическими атаками на фоне артериальной гипотонии возрастом от 39 до 60 лет. Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц соответствующего возраста и пола. Целью работы было проведение диагностики транзиторных ишемических атак в больных с артериальной гипотонией на основе данных ультразвукового исследования церебральной гемодинамики. В исследуемых нами больных определялась максимальная, средняя и минимальная скорость кровотока в интракраниальных сосудах методом транскраниальной доплерографии. Гемодинамические нарушения в обследуемых больных были неоднородными. Результаты исследования свидетельствуют, что резкое снижение максимальной и средней скорости мозгового кровотока по передней мозговой артерии указывает на наличие вазопаретических сосудистых реакций в ее бассейне. Достоверное повышение максимальной и средней скорости кровотока в бассейне основной артерии может быть проявлением стенозирующих изменений. Нарушение интракраниальной гемодинамики в больных с транзиторными ишемическими атаками на фоне артериальной гипотонии сопровождается преобладанием локального снижения максимальной и средней скорости кровотока по сосудам пораженного полушария. В сосудистом русле противоположного полушария отмечается локальное увеличение скорости кровотока в участке ишемического очага. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.108-110)

J.M. Gumenjuk

FEATURES CEREBRAL ГЕМОДИНАМИКИ IN PATIENTS WITH TRANSITORY ISCHEMIC ATTACKS TO A BACKGROUND OF AN ARTERIAL HYPOTONIA AFTER THE DATA TRANSCRANIAL DOPPLEROGRAPHY

Ivano-Frankivsk state medical academy

22 patients with transitory ischemic attacks to a background of an arterial hypotonia age from 39 till 60 years have been surveyed. The control group was made by practically healthy 14 persons of corresponding age and a floor. The purpose of work was carrying out of diagnostics transitory ischemic attacks in patients with an arterial hypotonia on the basis of the data of ultrasonic research cerebral haemodynamic. In patients researched by us the maximal, average and minimal speed of a blood-groove in intracranial vessels by a method transcranial dopplerography was defined. Haemodynamic infringements in surveyed patients were non-uniform. Results of research testify, that sharp decrease in the maximal and average speed of a brain blood-groove on a forward brain artery specifies presence paretic vascular reactions in its pool. Authentic increase of the maximal and average speed of a blood-groove in pool of the basic artery can be display stenosis changes. Infringement intracranial haemodynamic in patients with transitory ischemic attacks to a background of an arterial hypotonia is accompanied by prevalence of local decrease in the maximal and average speed of a blood-groove on vessels of the struck hemisphere. In a vascular channel of an opposite hemisphere the local increase in speed of a blood-groove in a site of the ischemic center is marked. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.108-110)

Література

1. Возіанінов О.Ф. Смертність населення України: головні причини, шляхи подолання негативних тенденцій // Журнал АМН України.-1996.- Т.2, №2.- С.191-198.
2. Вознюк И.А. Церебральная гемодинамика у лиц с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга : Автореф. дис. канд. мед. наук:14.01.15.-К.,1994.-18с.
3. Н Поліщук Возможности антигемотоксической терапии в клинике нервных болезней.-Здоров'я України.- №6(91) Березень 2004р.)
4. Вакуленко Л.О. Клінічні особливості різних форм ішемічних інсультів // Український вісник психоневрології.- 1997.-№2.-С.100-102.
5. Варакин Ю.А. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-М., 1994.- 38с.
6. Шахнович А.Р., Шахнович В.А. Диагностика нарушений мозгового кровообращения.- Москва:АК,1996.-448с.
7. Шотеков П., Тинянова Е. Транскраниальная доплеросонография (нормальные величины, функциональные пробы и результаты) //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-1991.-№12.-С.46-50.
8. Шевага В.М., Паенок А.В., Войнаровська Н.Ю. Середні молекули у діагностиці ефективності ентеросорбції при лікуванні хворих з енцефалопатією ниркового генезу // Фармакологічний вісник.-1999.-№3.-С.34-36.
9. Давид О.Виберс, В.Фейгин, Роберт Д.Браун Руководство по цереброваскулярным заболеваниям //Москва.- ЗАО „Издательство БИНОМ”.-1999.-С.501-502.
10. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., Ж.ван Гейн, Г.Ж.Ханкий, П.А.Г.Сандеркок, Ж.М.Бамфорд, Ж.Вордлау ИНСУЛЬТ. Практическое руководство для ведения больных.//Санкт-Петербург.-Издательство «Политехника».-1998.-С.29-60.
11. Е.М.Костина, Н.Ю.Крылова Лечение дисциркуляторных расстройств различного генеза.// Здоров'я України.-№6(9), березень 2004р.
12. Клиническая доплерография окклюзирующих поражений артерий мозга и конечностей /Учебно – методическое руководство.- Москваб.-1997.
13. С.М.Винничук //Неинвазивные методы исследования в клинике нервных болезней//, Киев, 1995.
14. Brainin M. Neurological acute stroke care: the role of European neurology // Eur. J. Neurol.-1997.- 4, №5.- P.435-441.
15. Use of nimodipine in the medical treatment of Meniere's disease:clinical experience /L.F.Lassen et al.//Am. E.J.Otol.-1996.- №17(4).-P.577-580.
16. Groot E. B – mode ultrasound measurements of carotid and femoral artery walls in atherosclerosis studies: Proefshrift / Universiteit Leiden. Fak. der Sociale Wetenschappen. – Leiden, 1999. – 175 p.
17. Barnett H., Stein B. Stroke: Pathophysiology. Diagnosis and Management.- New York, 1993.

Поступила в редакцию 5.06.2004

УДК 616.831.9:616-001.1/2:615.21

*Т.В. Мироненко***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРМИОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МИГРЕНОЗНЫХ ПАРОКСИЗМОВ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС**

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: мигренозные пароксизмы, лечение, ликвидаторы аварии на ЧАЭС

Среди неврологических осложнений, наблюдаемых у ликвидаторов аварии на ЧАЭС ведущее место занимают церебро-васкулярные расстройства, которые оформились в самостоятельную нозологическую единицу - дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭ).

Традиционным считается, что последняя представляет собой совокупность психоорганического, церебрастенического, цефалгического синдромов в сочетании с церебральной микросимптоматикой и выраженной вегетативной дисфункцией [2,6,7].

При этом наиболее частой жалобой больных с ДЭ является головная боль, частота которой, по данным различных авторов варьирует от 61,0 до 87,0 %. Патогенез возникновения головной боли сложен и обусловлен комплексом ликво-

родинамических, гемоциркуляторных расстройств, мышечным напряжением, психогенно-депрессивных воздействий [1,3,5,10].

Нередко цефалгии протекают по типу мигренозных пароксизмов с типичной лобно-височно-глазничной локализацией, отличаются относительной резистентностью к анальгезирующим и вегетотропным препаратам и поэтому вызывают определённые затруднения для практикующих врачей [4,8,9,11].

В этой связи целью настоящего исследования явилось определение клинических особенностей мигренозных пароксизмов у ликвидаторов аварии на ЧАЭС с учётом отдельных биохимических и нейрофизиологических показателей и эффективности использования сермиона в их лечении.

Материал и методы исследования

Было проведено комплексное клинико-неврологическое наблюдение за 57 пациентами с дисциркуляторной энцефалопатией II ст., находящихся на лечении в неврологическом отделении областной больницы №2. Среди обследуемых было 50 мужчин и 7 женщин в возрасте 30-58 лет (средний возраст составил $43,0 \pm 1,2$ лет). В процессе обследования наряду с клинико-неврологическими методиками использовались биохимические (определение содержания серотонина и АТФ в тромбоцитах периферической крови методом Г.Ф. Оксенюга, 1973) и нейрофизиологические методи-

ки (компьютерная реоэнцефалография - КРЭГ и трансцеребральная ультразвуковая доплерография - УЗДГ).

Аналогичный объём обследования проводили 20 здоровым донорам, составившим контрольную группу. Среди пациентов основной группы (57 человек) были сформированы 2 подгруппы: в I вошли 38 больных, принимавших сермион в сочетании с общепризнанным лечением и во II – соответственно 19 человек, принимавших только общепринятое лечение (нейропротекторы, вегетотропные препараты, анальгетики, витаминотерапию).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных наблюдений были получены следующие результаты. В клинической картине ДЭ у обследуемых ведущими были следующие синдромы: цефалгический (96,7%), психоорганический по астеническому, эксплозивному и смешанному типам (47,4%), вестибуло-атактический (50,9%), церебральный органический

(66,7%) в виде слабости функции заднего продольного пучка, анизорефлексии, сенсорных расстройств по функциональному «геми» и пятнисто-мозаичному типам, недостаточности иннервации мимических мышц лица, экстрапирамидной недостаточности, вегетативных перманентных (70,2%) и пароксизмальных расстройств (59,6).

У всех больных наблюдались головные боли, которые носили характер мигренозных пароксизмов, однако отмечались по своему клиническому рисунку. В 43,9% случаях они протекали в виде простых цефалгий на фоне артериальной гипертензии с типичной локализацией в области глазного яблока, лба и виска, чаще с одной стороны, длительностью до 4-6 часов, сопровождающиеся вегетативной реакцией в виде гиперемии лица, слезотечения, тошноты, сердцебиения, чувства тревоги и тоски.

У 35,1% больных пароксизмы гемикрании сопровождали вегетативно сосудистые приступы чаще симпат-адреналовой направленности, проявляющиеся кардиалгиями, артериальной гипертензией (свыше 180/100 мм.рт.ст.), сердцебиением, чувством «трепетания» сердца, ознобом, повышением температуры тела до 37,5-37,8^с, возбуждённым состоянием, учащённым мочеиспусканием. При этом, головная боль была как одно-, так и 2х-сторонней, носила распирающий характер, сопровождалась «пульсацией» сосудов височной области и отличалась большой продолжительностью до 10-12 часов.

В 21,0% наблюдений головная боль развивалась одновременно с приступом головокружения системного характера и также имела выраженную вегетативную окраску в виде чувства дурноты, похолодания конечностей, потливости, понижения АД до 90/60 мм.рт.ст., «звона» в ушах, предчувствия утраты сознания, тревожного, подавленного настроения. Как правило, продолжительность цефалгии колебалась от 3 до 9 часов.

При проведении биохимических исследований у больных основной группы были получены результаты, подтверждающие высокую агрегационную активность тромбоцитов, усиливающуюся во время гемикранических пароксизмов (таблица 1).

Как видно из данных, приведённых в таблице 1, средний статистический показатель уровня серотонина в кровяных пластинках обследуемых в момент мигренозного пароксизма оказался достоверно сниженным, по сравнению с показателями контрольной группы, в последующие дни после приступа происходит нарастание его содержания в тромбоцитах и остаётся завышенным в сравнении с контрольной группой.

Таблица 1

Содержание серотонина и АТФ в тромбоцитах у больных с ДЭ

Группы обследуемых	Период исследования	Содержание серотонина в тромбоцитах (мкг/10 ⁹ тромб)	Содержание АТФ в тромбоцитах (мкг/10 ⁹ тромб)
Контроль n=20	Исходное состояние	0,83±0,019	79,7±0,50
Основная группа n=57	Во время приступа	0,67±0,01*	63,9±0,61*
	1-5 дней после приступа	1,10±0,02*	96,9±1,33*
	10-14 дней после приступа	1,33±0,02*	129,9±1,99*

Примечание: *- знак достоверности показателей по отношению к контрольной группе при p<0,05

Аналогичные изменения были обнаружены в показателях концентрации АТФ в кровяных пластинках у больных с ДЭ в динамике мигренозных пароксизмов.

Можно предположить, что значительное снижение серотонина и АТФ в тромбоцитах в период мигренозных пароксизмов связано с воздействием на тромбоциты плазменных агрегирующих факторов (адреналин, норадреналин, свободные жирные кислоты, тканевой тромбопластин, простогландин E₂, гистамин), содержание которых резко возрастает в данной ситуации. А поскольку освобождённый тромбоцитарный серотонин и АТФ являются необходимым фактором слипания тромбоцитов, то это и приводит к необратимой их агрегации.

По мере отдаления сроков после мигреноз-

ного пароксизма, концентрация исследуемых показателей остаётся повышенной, очевидно подтверждая положение о ведущей роли дефектов серотонинового обмена в патогенезе мигрени.

Проведённые нейрофизиологические исследования обнаружили выраженные нарушения гемодинамики у больных основной группы в каротидном (45,6%) и вертебрально-базилярном бассейнах (24,6%), особенно усиливающиеся во время приступа головной боли.

Так, при КРЭГ регистрировались следующие изменения: снижение артериального кровенаполнения преимущественно в бассейне внутренней сонной артерии (59,6%), повышение тонуса магистральных сосудов (63,1%), затруднение венозного оттока (31,6%), наличие межполушарной асимметрии (17,5%).

При УЗДГ церебральных сосудов в 7,0% случаев наблюдалось локальное ускорение кровотока на участке правой внутренней сонной артерии на 40 мм, в 36,8% - снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) на 20 мм., повышение тонуса сегментов М1 и М2 СМА, тонуса пиаально - капиллярной сосудистой сети (42,1%), снижение химической регуляции тонуса церебральных сосудов (54,3%), признаки венозного застоя (24,5%).

Учитывая выявленные гемодинамические расстройства у пациентов с ДЭ как исходно, так и в момент мигренозных пароксизмов, а также нарушения агрегационной активности крови была сделана попытка применения сермиона в больших дозах (60мг/сутки) для коррекции выявленных нарушений. Объём биохимического и нейрофизиологического исследования проводили до и после назначения сермиона с целью объективизации его действия.

Сермион назначали сразу же после прекращения приступа по 2 таб. (10 мг.) трижды в сут-

ки в течение 1-5 месяцев. В результате проведенного лечения были получены следующие результаты. Под влиянием препарата отмечалось уменьшение субъективных симптомов заболевания - уменьшалась интенсивность головной боли, головокружений, частота мигренозных пароксизмов, повышались внимание, память, нормализовались цифры артериального давления.

В неврологическом статусе под влиянием проведенного лечения регистрировалась положительная динамика в виде уменьшения цефалгического синдрома, урежения частоты особенно простых мигренозных пароксизмов, сглаженности вегетативных и вестибулярных расстройств, вероятно связанных со спазмолитическим, вегетотропным действием сермиона.

При изучении концентрации серотонина и АТФ в тромбоцитах наблюдалась тенденция к снижению их высоких показателей в основной группе (таб.2) обследуемых, свидетельствующая о значительной агрегационной активности препарата.

Таблица 2

Влияние сермиона на показатели содержания серотонина и АТФ в кровяных пластинках

Группы обследуемых	Исследуемые показатели			
	Содержание серотонина в тромбоцитах (мкг/10 ⁹ тромб)		Содержание АТФ в тромбоцитах (мкг/10 ⁹ тромб)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Контроль n=20	0,83±0,19		79,7±0,5	
Основная группа n=57	1,30±0,02*	0,90±0,04	129,9±1,9*	84,9±1,99

Примечание: * - знак достоверности показателей по отношению к контролю при p<0,05.

Также благотворное влияние оказал препарат на мозговую гемодинамику. По данным КРЭГ после приёма препарата у больных основной группы отмечалось статистически достоверное снижение периферического сосудистого сопротивления преимущественно в

каротидном бассейне, улучшение венозного оттока.

По данным УЗДГ намечалась тенденция к нормализации показателей ЛСК, понижению тонуса пиаально-капиллярной сосудистой сети, уменьшению венозной недостаточности (рис. 1).

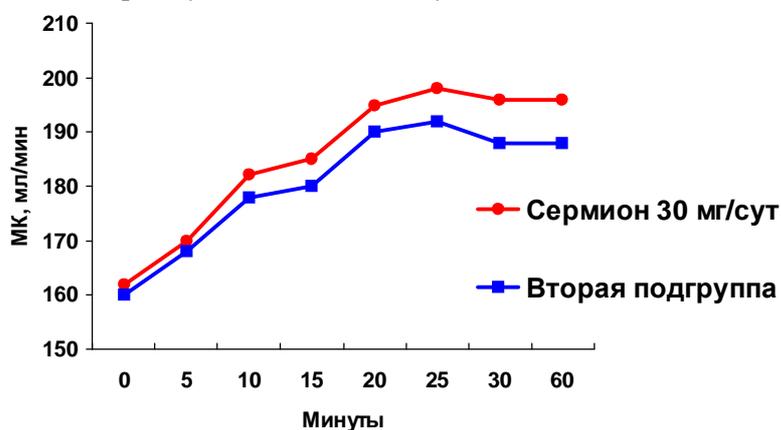


Рис. 1. Динамика показателей УЗДГ под влиянием сермиона

Что касается пациентов 2 подгруппы, не принимавших сермион, а только общепризнанное лечение, также отмечали определённую положительную динамику в виде уменьшения головной боли, урежения вегетативно-сосудистых пароксизмов. Однако нормализации показателей серотонина и АТФ под влиянием такого лечения не наступило.

Таким образом, проведенные исследования указывают на то, что у ликвидаторов аварии на ЧАЭС ДЭ является благоприятной морфологической почвой для возникновения мигренозных пароксизмов. Это связано не только с хронической неполноценностью мозговой гемодинамики,

выявленной при нейрофизиологическом исследовании, не только с высокой функциональной активностью тромбоцитов, но и со стойким нарушением вегетативного гомеостаза. Структура наблюдаемых мигренозных пароксизмов различна, имеет простой и сложный клинический рисунок, отличается обилием вегетативных расстройств как перманентного, так и пароксизмального характера.

Применение сермиона в комплексном лечении ДЭ, осложнённой приступами мигрени является патогенетически обоснованным, так как способствует нормализации нейро-медиаторного обмена, гемо-реологических свойств крови.

Т.В. Мироненко

ОПИТ ВИКОРИСТАННЯ СЕРМІОНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МІГРЕНОЗНИХ ПАРОКСИЗМІВ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Луганський медичний університет

Було проведено клініко-неврологічне обстеження 57 хворих на мигренозні пароксизми при дисциркуляторній енцефалопатії з використанням окремих нейрофізіологічних та біохімічних методів. Встановлено, що розвитку мигренозних пароксизмів сприяють порушення церебральної гемодинаміки, вегетативної регуляції, підвищення агрегаційних властивостей тромбоцитів.

Відмічен позитивний вплив серміону на корекцію здобутих гемореологічних та нейро-вегетативних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.111-114)

T.V. Myronenko

THE EXPERIMENT OF THE COMPLEX TREATMENT THE MIGRAINE ATTACKS AT LIQUIDATORS OF THE CHERNOBYL ACCIDENT BY SERMION

Lugansk medical university

There were executed the clinical-neurological inspection of 57 patients with migraine attacks at the encephalopathy discirculation by some neurophysiological and biochemical methods.

There were determined that migraine attacks are develop on the base of the cerebral haemodynamics and high level of the thrombocytes aggregation activity.

There were marked the positive influence of sermion on the correction the haemo-reological and the neuro-vegetative disorders (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.111-114)

Литература

1. Боконжич Р. Головные боли. М.: Медицина, 1984.-312с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. М.:Медиа,2000-791с.
3. Вейн А.М. Головная боль//Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова. М.,1996. -Т.96. -№3. -С.5-8.
4. Вейн А.М., Колосова О.А. Яковлев Н.А. Головная боль. М.:Медицина 1994.-284с.
5. Вейн А.М. Колосова О.А., Яковлев Н.А. Мигрень. М.:Медицина 1994-184 с.
6. Вейнер Г., Левитт Л. Неврология М.:Медицина ГЭОТАР 1998.-С. 63-70.
7. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. М: Медицина 1997.-287с.
8. Колосова О.А., Осипова В.В. Классификация головной боли. // Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова М., 1996. Т.96.-№3.-С. 8-19
9. Прусински А. Мигрень. М.: Медицина ,1997.-198с.
10. Шток В.Н. Головная боль. М.: Медицина, 1987.-301с.
11. Diener Hans, F. Hristian Migrane, 1992-VCH.,-1986 SS

Поступила в редакцию 16.06.2004

УДК 616.899-053.9-06:616.831-005

*Т.С. Міщенко, О.В. Дмитрієва, Т.В. Криженко, Н.Б. Балкова, О.Є. Кутіков, І.В. Здесенко,
І.О. Лапшина*

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: судинна деменція, гіпертонічна енцефалопатія

Проблема деменції є однією із найбільш значущих медичних та соціально-економічних проблем теперішнього часу. Усього в світі у 2000 р. нараховувалось близько 20 млн. хворих на деменцію. За даними експертів ВООЗ у 2005 році кількість хворих на деменцію зростає до 35 млн., що пов'язано з «постарінням» населення планети. Ця проблема є також актуальною і для України, в якій кількість хворих на деменцію прогресивно збільшується [1]. Цей стан призводить до значного погіршення якості життя хворих та має несприятливі економічні наслідки для суспільства.

Судинна деменція (СД) складає 15-20 % цих випадків деменції і є другою за частотою у країнах Західної Європи і США. Але у деяких країнах світу, таких як Росія, Фінляндія, Китай та Японія, СД посідає II місце і зустрічається частіше, ніж хвороба Альцгеймера.

Значимість проблеми СД визначається ще і тим фактом, що тривалість життя хворих значно менша, ніж у відповідній віковій популяції без деменції, та при хворобі Альцгеймера. Так, за даними Skoog і спів.[2], летальність серед хворих із судинною формою деменції в похилому віці протягом 3 років склала 66,7 %, тоді як при хворобі Альцгеймера — 42,2 %, а серед недементних пробандів — 23,1 %. А смертність хворих з постінсультною деменцією в найближчі

роки після інсульту у 3 рази більше, ніж у постінсультних хворих без деменції.

З другого боку проведені дослідження, такі як Systolic Hypertension in Europe trial [3], PROGRESS [4], SCOPE, LIFE вказують на те, що терапія по зниженню артеріального тиску (АТ) може зменшити ризик деменції.

Незважаючи на велику кількість публікацій, присвячених СД у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ), до цього часу залишається недостатньо вивченими багато питань щодо клініки, механізмів патогенезу, лікування СД при АГ.

Відомо, що дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ), поряд з інсультами, є однією з найчастіших причин деменції хворих похилого віку [5,6]. В той же час, якщо при інсультах питання діагностики, патогенезу СД більш вивчені, менш вивченими залишаються ці питання при ДЕ, що обумовлена АГ. Визначення клініко-патогенетичних особливостей розвитку СД у хворих при АГ дозволить застосовувати патогенетично обумовлені лікувально-профілактичні міроприємства, які зможуть привести до зниження захворюваності, інвалідизації, поліпшення якості життя хворих з судинною деменцією при АГ [7].

Мета дослідження: вивчити клініко-патогенетичні особливості СД у хворих з гіпертонічною ДЕ (ГДЕ).

Матеріал та методи дослідження

В роботі були застосовані клінічні, психодіагностичні (шкала Mini-Mental (MMSE) методи, таблиці Шульте, методика «Вивчення 10 слів», методика Бентона, шкала Хачинського), ультразвукова транскраніальна доплерографія, комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія, статистичні методи.

Під наглядом знаходилось 23 хворих, які страждали на СД: з них 12 чоловіків, 11 – жінок. Вік хворих, в основному становив 65-79 років – 18 хворих, лише у 5 – вік був від 50 до 59 років. Контрольну групу склали 10 хворих того ж віку, без ознак СД і вираженого неврологічного дефіциту.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведених досліджень встановлено, що у всіх хворих відзначалась АГ, яка мала систолічно-діастолічний характер, відзначалась варіабельністю показників АТ на протяжності доби, підвищенням його у ранкові години, відсутністю фізіологічного зниження АТ у нічні години, а також великою тривалістю перебігу АГ (10-30 років) до розвитку СД. Цифри АТ коливались від 150-160/80-90 мм рт.ст. до 180-200/100-110 мм рт.ст. У середньому цифри АТ становили $(160 \pm 7,5)$ мм рт.ст. – систолічне, $(93 \pm 6,9)$ мм рт.ст. – діастолічне. Переважна частина хворих постійно не лікувалась, гіпотензивні препарати вони приймали лише при різких підвищеннях АТ, деякі з них взагалі не знали про наявність підвищеного АТ.

На тлі АГ у всіх хворих розвинувся синдром деменції, який по сукупності клінічних, нейропсихологічних, параклінічних даних обстеження був розцінений як синдром СД.

Хоча більшість хворих ГДЕ була у віці 65-79 років, але за даних анамнезу перші ознаки деменції у них з'явилися від 5 до 10 років тому, тобто у відносно ранньому віці до 60 років, а у окремих хворих – у 50-59 років.

Характерною ознакою цієї деменції була наявність судинного ураження головного мозку у всіх обстежених: 23 хворих мали хронічну ішемію головного мозку (ДЄ II і III стадій).

Ведучими неврологічними синдромами при клініко-неврологічному дослідженні у хворих були різного ступеня вираженості рухові порушення (симетричне підвищення сухожильних рефлексів і інші ознаки пірамідної недостатності) – 95,6 %; атактичний синдром (вестибулярна, мозочкова, стволова і лобна атаксія) – 60,9 %; псевдобульбарний синдром (дизартрія, бульбарні порушення, насильницький сміх, плач, рефлекс орального автоматизму) – 60,9 %; екстрапірамідні порушення – 60,9 %; порушення чутливості – 30,4 % і окремих черепно-мозкових нервів – 91,3 %, а також їхнє сполучення. У більшості хворих, особливо похилого віку, є порушення контролю тазових функцій (в більшості нетримання сечі), парези м'язів кінцівок, порушення ходи за типом апраксічно-атактичної чи паркінсонічної. Нерідко при СД спостерігаються пароксизмальні стани – падіння, епілептичні напади, сикопальні стани.

Ці синдроми ураження головного мозку в сполученні з даними додаткових досліджень свідчили про дифузну хронічну судинну патологію головного мозку, тобто ДЕ.

У всіх хворих на ДЕ з синдромом АГ мали місце ті або інші порушення когнітивної сфери різного ступеня важкості за органічним типом. По мірі прогресування цереброваскулярного захворювання, обумовленого АГ, порушення продуктивності когнітивних функцій ставали більш вираженими.

При дослідженні психічного статусу загальний показник за шкалою Mini-mental у хворих з ДЕ Іст. становив $(21,23 \pm 0,3)$ бали з 30 балів можливих, що відповідало деменції легкого-помірного ступеня вираженості.

Загальний показник за даною шкалою у осіб з ДЕ III ступеня, був значно нижчий і становив $(13,3 \pm 3,5)$ балів з 30 можливих. Цей показник відповідав деменції вираженого ступеня. У цій групі хворих мали місце чіткі порушення всіх досліджуваних сфер: показник орієнтування становив $(5,3 \pm 1,5)$ балів з 10; мало місце виражене зниження показників вербальної пам'яті – $(2,0 \pm 1,2)$ балів з 6 балів та порушення лічильних операцій – $(2,1 \pm 1,1)$ балів з 5. У хворих з ДЕ III ст. більшою мірою виражена недостатність окремих перцептивно-гностичних і рухових характеристик у порівнянні з пацієнтами з ДЕ II ст. Даний показник склав $(4,0 \pm 1,2)$ балів та $(5,3 \pm 0,4)$ балів з можливих 9 балів відповідно.

Загальний показник за MMSE у всієї вибірки склав $(17,1 \pm 5,2)$ балів з 30 і відповідав деменції помірного ступеня вираженості.

При дослідженні вербальної пам'яті за методом «Вивчення 10 слів» виявлено помірне звуження обсягів вербальної пам'яті та помірне зниження тривкості запам'ятовування при ДЕ II ст., та виражене погіршення цих показників при ДЕ III ст. Також мало місце зниження показників орієнтування та лічильних операцій.

При вивченні ваги за методом «Таблиці Шульге» встановлено виражене звуження обсягів довільної уваги та недостатність їх функцій у обох груп обстежених. Але у хворих з ДЕ III ступеня ці порушення більш глибокі ще й за рахунок вираженого дефіциту довільно-регуляторного забезпечення.

Таким чином, у хворих на ДЕ II ступеню з синдромом АГ було виявлено порушення продуктивності когнітивних функцій, що відповідає деменції легкого – помірного ступеня вираженості.

У пацієнтів з ДЕ III ступеня з синдромом АГ порушення продуктивності когнітивних функцій відповідали рівню деменції вираженого ступеня. У цієї групи хворих мають місце виражене

звуження обсягів вербального запам'ятовування, чітке зниження міцності вербальної пам'яті; виражене звуження обсягів довільної уваги та порушення її функцій.

Виявлені клініко-неврологічні і когнітивні порушення поєднувалися з вираженими структурними змінами речовини головного мозку (за даних нейровізуалізації).

Усім хворим проводилась КТ головного мозку, а також 12 хворим основної та 6 хворим контрольної групи – МРТ головного мозку.

Під час оцінки результатів КТ та МРТ головного мозку враховувались вікові характеристики груп, що порівнювали. Слід відзначити, що вікові зміни головного мозку характеризуються зменшенням його маси та об'єму, що супроводжується збільшенням внутрішньочерепного простору, що заповнен цереброспінальною рідиною [8]. Після 40 років у чоловіків та 50 років у жінок розгортається церебральна атрофія [9,10].

У більшості хворих як основної, так і контрольної групи було виявлено розширення шлуночків та субарахноїдальних просторів. У 91 % основної (21 хворих) та 80 % контрольної групи (8 хворих) виявлено розширення шлуночків. У 78,3 % основної (18 хворих) та 90 % контрольної групи (9 хворих) виявлено розширення субарахноїдальних просторів. Явища кортикально-субкортикальної гіпотрофії виявлено у 60,9 % (14 хворих) основної та 50 % (5 хворих) контрольної групи.

Вираженість збільшення шлуночків, окремо бокових, значно більшим була у хворих з судинною деменцією, обумовленою артеріальною гіпертензією. Також різниця відзначалася і серед хворих основної групи. Ступень збільшення шлуночків пов'язана з вираженістю деменції, в той час як для хворих без деменції клінічна значимість розміру шлуночків не така велика. Таким чином, збільшення розмірів шлуночків пов'язано із змінами когнітивних функцій, пам'яті.

Постінфарктні кістозно-гліозні зміни та лакунарні вогнища виявлено у 100 % хворих основної групи. У 30,4 % (7 хворих) виявлено постінфарктні кістозно-гліозні зміни, у 60,9 % (14 хворих) виявлено лакунарні вогнища, у 31,2 % (8 хворих) - лейкоареоз. Щодо контрольної групи, то тільки у 20 % (2 хворих) було виявлено постінфарктні кістозно-гліозні зміни, лакунарні вогнища виявлено не було.

Таким чином, в результаті дослідження було виявлено у всіх обстежених хворих основної та контрольної групи зміни морфо-функціональних структур мозку, які можливо віднести до загальних рис старіння мозку: атрофія кори головного

мозку, розширення шлуночків, субарахноїдальних просторів. Для СД було характерним наявність дифузних виражених змін білої рідини напівкуль головного мозку (лейкоареоз) та лакунарних вогнищ.

Стан церебральної гемодинаміки вивчався за допомогою ультразвукової доплерографії (УЗДГ) у 10 хворих з СД м'якого та помірного ступеня вираженості (І гр.) і 13 хворих із вираженою СД (ІІ гр.) у віку 50-79 років.

Вивчення кровотоку в екстракраніальних сегментах сонних артерій (СА) і хребтових артерій (ХА) виявило такі закономірності: у хворих І гр. стенозуючі ураження відмічались у 7 хворих, з них ізольованих СА – у 2 хворих, ізольованих ХА – у 2 хворих, множинних – у 3 хворих, гемодинамічно значущих – у 2 хворих. У хворих 2 гр. стенозуючі ураження відмічались в 100 % випадків, з них – ізольованих СА – у 3 хворих, множинних – у 10 хворих, гемодинамічно значущих – у 9 хворих. При оцінці змін показників гемодинаміки в екстракраніальних судинах виявлено, що у хворих з м'якою та помірною судинною деменцією змінено кровоток по 3 магістральним артеріям, в той час, як у хворих із вираженою СД у більш ніж половині спостережень має місце зміна гемодинаміки по всіх артеріях. Дослідження стану кровотоку у внутрішньочерепних артеріях показало, що виразність СД відповідало зниженню лінійної швидкості кровотоку (ЛШК) на 30-42 % у порівнянні з віковою нормою. Здобуті дані свідчать про те, що наростання симптомів органічного ураження нервової системи, когнітивних порушень відповідало зниженню показників ЛШК по основних внутрішньочерепних артеріях, і що найбільш вірогідним, значущим параметром є показники середньої ЛШК у середній мозковій артерії (СМА) ($p < 0,005$).

Також відзначені коливання показників мозкового кровотоку, що корелюють з коливаннями показників когнітивних функцій. Зниження кровотоку було більш значимим у групі хворих з вираженою СД у порівнянні з легкою і помірною СД.

Результати проведених досліджень показали, що основними діагностичними критеріями СД при АГ є синдромокомплекс неврологічних і психопатологічних розладів, структурні зміни речовини головного мозку (за даними нейровізуалізації), що розвилися на тлі АГ.

Формування СД на тлі АГ у хворих відбувається з великою тривалістю перебігу АГ, порушеннями його добового ритму.

Провідну роль у формуванні деменції при

ГДЕ відіграє ураження білої речовини головного мозку та базальних гангліїв, що призводить до порушення зв'язку лобних часток головного мозку та підкоркових структур (феномен корково-підкоркового відокремлення). Основними особливостями клініко-неврологічних порушень у хворих СД при ГДЕ є наявність дифузної неврологічної симптоматики.

Найбільш характерними є пірамідний, підкорковий, псевдобульбарний, мозочковий

синдроми.

Неврологічна симптоматика поєднується з порушеннями когнітивних функцій, структурними змінами речовини головного мозку (лейкоареоз, лакунарні вогнища), зниженням і коливаннями показників мозкового кровотоку. Виявлені клініко-патогенетичні особливості розвитку СД у хворих з АГ слід брати до уваги при проведенні профілактично-лікувальних заходів.

Т.С.Мищенко, Е.В.Дмитрієва, Н.Б.Балковая, Т.В.Крыженко, И.В. Здесенко, А.Е.Кутиков, И.А. Лапшина

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

В работе изучались клинико-патогенетические особенности сосудистой деменции при дисциркуляторной гипертонической энцефалопатии. Выделены синдромокомплексы неврологических, когнитивных нарушений, структурные изменения вещества головного мозга (лакунарные очаги, лейкоареоз), снижение показателей мозгового кровотока. Показана длительность течения артериальной гипертензии, вариабельность показателей артериального давления в течение суток, отсутствие постоянного лечения артериальной гипертензии у больных с сосудистой деменцией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.115-118)

T.S. Mishchenko, O.V. Dmitriyeva, N.V. Balkovaya, T.V. Kryzhenko, I.V. Zdesenko, O.Ye. Kutikov, I.O. Lapshyna

CLINICAL-PATHOGENETIC PECULIARITIES OF VASCULAR DEMENTIA IN PATIENTS WITH HYPERTONIC DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology of the AMS of Ukraine

Clinical-pathogenetic peculiarities of vascular dementia in patients with dysirculatory hypertonic encephalopathy were investigated. Syndromocomplexes of neurological and cognitive impairments, structural changes of the brain tissue (lacunar nidi, leucoaraiosis), a decreasing of brain circulation parameters were defined. A more continuous course of arterial hypertension (AH), a variability of BP parameters during 24 hours, lack of a stable AH therapy in patients with vascular dementia have been demonstrated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.115-118)

Література

1. Москаленко В.Ф., Волошин П.В., Петрошенко П.Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку. // Ж.Український вісник психоневрології, 2001, -т.9, вип.1(26).-С.5-7.
2. Skoog I, Lernfelt B, Landahl S, et al. 15year longitudinal study of blood pressure and dementia. Lancet .1996;347(9009):11301.
3. Forette F., Seux M.L., Staessen J.A., et al. Prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (SystEur) study. Arch Intern Med 2002;162(18):204652.
4. Randomised trial of a perindoprilbased bloodpressurelowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. PROGRESS Collaborative Group.Lancet 2001;358:103341.
5. Калашникова Л.А., Кулов Б.Б. Факторы риска субкортикальной атеросклеротической энцефалопатии. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакові. Вып.7, 2002. — С.3-8.
6. Нери Д. Классификация деменций. //Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2000. -№1. —С.61-67.
7. Мищенко Т.С. Вторичная профилактика ишемического мозгового инсульта. //Український медичний часопис, 2001,- №5(25).-С.9-17.
8. Старение мозга /Под ред. В.В.Фролькиса. —Л.:Наука, 1991. —276с.
9. Oguro H, Okada N, Yamaguchi S. et al. Sex differences in morphology of the brainstem and cerebellum with normal aging. / Neuroradiology. — 1998. —40. —P. 788-792
10. Рогожин В.А., Кузнецов В.В. Магнитно-резонансная томография головного мозга лиц пожилого и старческого возраста. //Ж. Пробл. старения и долголетия, 2001. —Т.10, №3. — С. 328-340.

Поступила в редакцию 29.06.2004

УДК616.12-008.331.4-08-031.81-085.

*В.М. Школьник, О.В. Погорелов, О.М. Бараненко, Т.Н. Хмельницька, О.Б. Соколов, О.С. Петров***НЕЙРОРИТМОКОРРЕКЦІЯ, ЯК ЗАСІБ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ**

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: нейроритмокорекція, біоелектрична активність, якість життя.

Сучасні умови життя, що характеризуються несприятливою екологічною ситуацією, високими інформаційними і психологічними навантаженнями, стресогенним характером розвитку цивілізації, приводять до зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей людини. Згідно останніх даних ВООЗ, Україна займає 1 місце по рівню смертності в Європі. Щорічно в нашій країні реєструється біля 180 тис. інсультів, які в 100 тис. випадків закінчуються смертю хворого. Не краще йдуть справи і при інших захворюваннях нервової системи. Такий стан речей вимагає розробки нових засобів і методів регуляції стану нервової системи з метою профілактики і лікування захворювань нервової системи завдяки дії на модифікуючі фактори ризику.

Відомо, що основні функції центральної нервової системи (ЦНС) ритмічно організовані. Фундаментальні дослідження мозку показують стійку залежність характеру функціонування ЦНС від діяльності ритмогенних структур, розташованих в ядрах таламуса, гіпоталамуса, лімбічної і стріо-палідарній системах. Численні дослідження підтверджують, що зміна фізичного і психічного стану людини супроводжується зміною його біоритмів. Зокрема, хвороби і вік у вираженій мірі міняють частоту, ритміку мозку. Оскільки існує тісна залежність якості життя і рівня здоров'я від характеру біоелектричної активності (БА) головного мозку, параметри спонтанної і викликанної БА розглядають як об'єктивні діагностичні, прогностичні і експертні критерії. Нарівні з прямою залежністю характеристик БА мозку від стану людини існує і зворотна – при деяких умовах мозок здатний засвоювати зовнішні ритми в певних діапазонах [1,2].

Авторами були проведені дослідження впливу деяких частот звуку і світла на ритміку і інші параметри корково-підкоркових структур. Було виявлено, що вузькі дільниці спектра в діапазонах альфа і тета ритмів головного мозку вик-

ликають східні зміни його біоелектричної активності. В результаті був запропонований метод нейроритмокорекції (НРК), який захищено патентом на винахід.

Обстежено і проліковано методом НРК 127 хворих з неврологічними порушеннями, які були обумовлені гіпертензивною дисциркуляторною енцефалопатією 1-2 ст. (46 хворих), легкою черепно-мозковою травмою в відновному періоді (43 хворих), вегето-судинною дистонією (38 хворих). Діагноз було встановлено за допомогою клінічного та параклінічного обстеження, яке включало комп'ютерну електроенцефалографію і імпедансометрію, ультразвукову доплерографію, вегетативне дослідження, психологічне обстеження (тести САН і Спілбергера, шкала тривоги).

У всіх хворих було проведено перетворення за допомогою комп'ютерних технологій біопотенціалів мозку (БМ) в послідовність музичних нот. Акустично ця послідовність нагадує музику, яка індивідуальна для кожної людини і специфічна за характером. Оскільки сприйняття такого акустико-ритмічного впливу утруднене, були ритмовані твори нейтрального або приємного для кожного хворого характеру. При цьому ритмуванні було застосовано метод балансної модуляції амплітуди звукових коливань за двома стереоканалами. Методика перетворення БМ включала наступні етапи: проведення комп'ютерної реєстрації ЕЕГ пацієнта, виконання процедури швидкого перетворення Фур'є по всіх каналах запису ЕЕГ, цифрове і графічне представлення динаміки спектра і потужності БА, обчислення індивідуальної переважаючої частоти спектра БА в альфа, тета і дельта діапазонах, динамічне присвоєння отриманим параметрам БА послідовності тонів, запис акустичних характеристик, що отримуються, на носії інформації.

Після проведення курсу НРК хворим повторно було проведене обстеження, яке виявило

збільшення амплітуди основних ритмів ЕЕГ при імпульсній стимуляції, частота якої співпадала з індивідуальним ритмом альфа-активності, покращання психологічного стану, поліпшення еласто-тонічних властивостей судин. При курсовому прослуховуванні пацієнтами музики, модульованої в діапазоні індивідуальних ритмів головного мозку, клінічно спостерігалося підвищення загального рівня активації, редукція загальної слабкості, підвищення

фону настрою, зниження рівня тривоги, зменшення симптомів головного болю, нормалізація показників вегетативного статусу, в тому числі артеріального тиску, були виражені сомногенні ефекти.

Проведене дослідження підтвердило можливість покращання соматичного та неврологічного стану за допомогою методу нейроритмокорекції, і внаслідок цього поліпшення якості життя при неврологічних захворюваннях.

В.М. Школьник, А.В. Погорелов, А.Н. Бараненко, Т.Н. Хмельницькая, А.Б. Соколов, А.С. Петров

НЕЙРОРИТМОКОРРЕКЦИЯ, КАК СРЕДСТВО УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Проведено клинко-электрофизиологическое исследование влияния ритмично организованной музыки на нейрональные состояния при некоторых неврологических заболеваниях. Музыка изменялась по амплитудным и час-тотным параметрам соответственно индивидуальному основному ритму спонтанной биоэлектрической активности мозга. В результате применения метода у 127 больных получены новые данные, которые подтверждают зависимость ряда церебральных функций от ритмического воздействия. Обоснована возможность коррекции неблагоприятных нейрональных состояний посредством предложенного метода. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.119-120)

V.M. Shkolnik, A.V. Pogorelov, A.N. Baranenko, T.N. Chmelnitskaja, A.B. Sokolov, A.S. Petrov

NEURORHYTHMOCORRECTION AS METHOD OF IMPROVEMENT THE QUALITY OF LIFE AT NEUROLOGICAL DISEASES

The State Medical Academy, Dnepropetrovsk

Were organized clinical and neurophysiological study of the influence the rhythmically organized musics on some neuronal condition at neurological disease. A music changed in dependencies of powers and frequency parameters according to the individual basic rhythm of spontaneous bioelectric activity of the brain. As a result of using the method at 127 sick were received new data, which confirm the dependency of the cerebral functions under rhythmic influence. It was motivated the possibility to correct disadvantage neuronal conditions with using this method. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.119-120)

Література

1. Levin Yal/ "Brain music" in the treatment of patient with insomnia// Neurosci Behav Physiol.-1998.-№28:3.- P.330-335.

2. Школьник В.М., Погорелов А.В. Нейроритмокоррекция. Лечебно-профилактические аспекты применения: Метод. рек.-Д.: Изд-во мед. акад.-2000.-14с.

Поступила в редакцию 6.07.2004

УДК: 616.833.17-009.11

*В.Г.Назаренко, Д.В.Никитенко, Т.Н.Калмыкова, Е.А.Багрий, Е.Л.Ткачева***ВЛИЯНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: лицевой нерв, невропатия, качество жизни

Невропатия лицевого нерва (НЛН) занимает второе по частоте место среди заболеваний периферической нервной системы [1, 2, 3, 8]. До настоящего времени проблема эффективности лечения больных с НЛН остается актуальной [1, 5, 6, 7]. Развившийся вследствие НЛН прозопарез, приводит к формированию инвалидизирующего дефекта [3, 4, 8, 9] (лагофтальм, нарушение слезоотделения) у пациентов, работающих в условиях запыленности, в жарких помещениях, то есть у шахтеров, металлургов, водителей. Кроме этого, развившаяся НЛН приводит к косметическому дефекту и может вызвать социальную дезадаптацию у больных всех социальных групп, а особенно у тех, работа которых связана с общением, лицо которых «на виду», это – преподаватели, врачи, работники сферы услуг, актеры, дикторы телевидения. Осознание пациентами остро

развившегося косметического дефекта является тяжелой психотравмирующей ситуацией, резко ухудшает качество жизни пациентов всех социальных групп: как лиц занятых физическим, так и умственным трудом, у пенсионеров, домохозяек, не работающих пациентов. Дополнительно к развившемуся прозопарезу, у пациентов развиваются вторичные вегетативные, эмоциональные расстройства, соматоформные расстройства, астенические и когнитивные нарушения. Поскольку эти нарушения являются вторичными, то их выраженность зависит от эффективности терапии больных с НЛН, что соответственно существенно влияет на качество жизни пациентов. Таким образом, эффективность терапии больных с НЛН представляет собой не только актуальную медицинскую – неврологическую, но и социальную проблему.

Материал и методы исследования

В данной работе представлены данные обследования и оценка результатов лечения 105 больных с НЛН. Анализируя число заболевших НЛН пациентов разных возрастных групп, необходимо отметить, что пик заболеваемости приходится на возрастной период 31-40 лет, после 40 лет число заболевших резко снижается, наиболее низкие показатели у категории больных старше 71 года (1%), а также равномерно низкие показатели у пациентов возрастных групп 51-60 лет, 61-70 лет. Второй по частоте пик заболеваемости у лиц моложе 20 лет, причем, в два раза чаще у мужчин этой возрастной категории.

Есть различия в структуре заболеваемости мужчин и женщин. Так, среди мужчин, пик заболеваемости отмечен в возрасте до 20 лет и резкое снижение числа заболевших наступает только после 61 года. У женщин число заболевших нарастает до 31-40 лет, затем стабилизируется и после 51 года наступает резкий спад за-

болеваемости, и, так называемая, «вторая волна» повышения числа заболевших – в возрастной группе 61-70 лет. Женщин, старше 70 лет, среди заболевших не было. В острой стадии заболевания (до 7 дней) поступили в клинику 36 больных (34%), до 1 месяца – 29 человек (27,4%), до 2 месяцев – 16 человек (15,1%), более 2 месяцев – 25 человек (23,5%).

По степени выраженности пареза мимической мускулатуры: с прозоплегией – 33 пациентов (31,1%), с глубоким прозопарезом – 49 пациентов (46,2%), с умеренно выраженным прозопарезом – 13 пациентов (12,3%), с легким прозопарезом – 11 пациентов (10,4%). Необходимо отметить, что 9 пациентов (8,5%) до заболевания НЛН наблюдались у невропатолога по поводу вегетативной дистонии, у этих пациентов имелись соматоформные расстройства и в анамнезе они отмечали хроническую психотравмирующую ситуацию.

Результаты обследования и их обсуждение

Качество жизни было снижено практически у всех больных после развития НЛН. Больные стыдились своего косметического дефекта, резко сужали круг общения, даже с соседями по палате общались в случае крайней необходимости, при разговоре старались поворачиваться к собеседнику непарализованной стороной лица, старались по возможности реже выходить за пределы отделения и палаты, закрывали лицо шарфом, платком, рукой. При поступлении в клинику эмоциональная лабильность отмечалась в 69,8% случаев; синдром вегетативной дистонии был выявлен в 54,7% случаев. Вегетативная дистония в 40,6% случаев носила перманентный характер и проявлялась лабильностью АД, непостоянной вазомоторной головной болью, нарушениями вегетативной реактивности и обеспеченности внешней деятельности, в 14,1% случаев отмечалось перманентно-пароксизмальное течение синдрома вегетативной дистонии, проявляющее себя вегетативными кризами. Сниженный фон настроения отмечался у 84% больных, чувство тревоги и страха отмечали 74,5% больных; нарушения сна, проявляющиеся в трудности засыпания, а также, чуткий сон, не приносящий чувства отдыха, отмечали 39,6% больных; чувство «подавленности», отсутствие надежды на успех лечения - 24% больных.

Проведя анализ выраженности вегетативных и эмоциональных нарушений в зависимости от профессиональной принадлежности, мы получили несколько неожиданные результаты. У пациентов, занятых как физическим, так и умственным трудом, практически в равной степени (87,3%, 86,9% соответственно) имелись и вегетативные и эмоциональные нарушения. То есть качество жизни снижалось как у пациентов, круг общения которых стабилен (постоянные сослуживцы, работающие в одном отделе, бригаде, цехе и т.д.), так и у пациентов, круг общения которых постоянно меняется (учителя, врачи, продавцы, работники сферы услуг и т.д.).

Анализ выраженности психоэмоциональных нарушений по возрасту и полу выявил следующие тенденции: наибольшие страдания развившаяся НЛН приносила мужчинам в возрастной группе 31-40 лет и женщинам в возрастной группе 51-60 лет – 93% и 87% соответственно. Наиболее высокие показатели вегетативных нарушений отмечались у пациентов возрастной группы до 20 лет – как у мужчин, так и у женщин, и у возрастной группы мужчин от 21 до 30 лет (11%, 14,3%, 18,9% соответственно). Самые низкие показатели эмоциональных нарушений и сомато-

тоформных расстройств отмечались в возрастной группе до 20 лет (как у мужчин, так и у женщин – 12,5%, 19,3% соответственно).

Анализ выраженности вегетативных и соматоформных расстройств у пациентов остальных возрастных групп коррелирован с выраженностью прозопареза и давностью заболевания.

В процессе лечения пациентов нами продолжалось изучение и последующий анализ выраженности вегетативных нарушений, эмоциональных нарушений, соматоформных расстройств. Необходимо отметить четкую тенденцию уменьшения выраженности вегетативных и эмоциональных нарушений в соответствии с восстановлением функции мимической мускулатуры и уменьшением выраженности прозопареза. Пациенты, отмечая видимое уменьшение косметического дефекта, начинают охотнее общаться с соседями по палате, улыбаться, в полном объеме выполнять лечебную самогимнастику. Улучшается сон, уменьшается чувство тревоги и страха, выраженность эмоциональной лабильности, вегетативной дистонии: уменьшается частота, интенсивность головной боли, стабилизируются цифры АД, нормализуются показатели вегетативной реактивности. Представляется важным тот факт, что выраженность вышеописанных нарушений в вегетативной и эмоциональной сфере, уменьшается по мере уменьшения выраженности прозопареза и не требует дополнительной медикаментозной коррекции.

Определенную сложность представляет коррекция эмоциональных нарушений у пациентов со сниженным фоном настроения, которые не верят в эффективность лечения и настроены пессимистично (24% больных). Это больные, поступившие в клинику через 1-2 месяца и более от начала заболевания, имеющие выраженный прозопарез, а также в возрастной группе 61-70 лет и старше. Такие больные замкнуты, плаксивы, пессимистично настроены, неохотно и не в должном объеме выполняют лечебную гимнастику для лица. Даже симптомы начавшегося восстановления функций мимической мускулатуры не радуют больных, долго сохраняется фиксированность на своих ощущениях, снижение фона настроения, замкнутость, плаксивость. Что, в свою очередь негативно влияет на течении основного заболевания, уменьшает интенсивность восстановления функций мимической мускулатуры. Именно эта категория больных подлежит более пристальному вниманию врача для своевременной коррекции эмоциональных нарушений.

Необходимо отметить, что еще одна категория больных подлежит более пристальному вниманию врача. Это больные с мало выраженными эмоциональными нарушениями, у которых несколько снижен фон настроения в остром периоде заболевания преимущественно возрастной категории до 20 лет (92%) и возрастной категории 21-30 лет (54%). Фон настроения этих пациентов повышается уже со 2-3 дня лечения в клинике, как только проявляются первые успехи в лечении, они склонны недооценивать серьезность заболевания. Больные существенно расширяют круг общения, женщины начинают применять средства декоративной косметики, не соблюдают правила охранительного режима, перестают в полном объеме и с должной частотой выполнять лечебную гимнастику для лица и самомассаж, в связи с чем, уже начавшееся восстановление фун-

кций мимической мускулатуры, в дальнейшем продвигается медленнее ожидаемого срока восстановления. Таким образом, установлена не только прямая зависимость улучшения качества жизни, уменьшения выраженности эмоциональных и вегетативных нарушений в зависимости от эффективности лечения больных с НЛН, уменьшения выраженности прозопареза, но и обратная связь – влияния степени и выраженности эмоциональных, вегетативных нарушений на скорость восстановления функции мимической мускулатуры, эффективность лечения больных.

Таким образом, для улучшения качества жизни больных с НЛН, представляется целесообразным изучение ситуационно обусловленных вегетативных, эмоциональных, соматоформных расстройств с целью их раннего выявления и своевременной коррекции.

В.Г.Назаренко, Д.В.Нікітенко, Т.Н.Калмикова, Е.А.Багрій, Е.Л.Ткачова

ВПЛИВ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕВРОПАТІЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Метою цієї праці є вивчення змін якості життя хворих у зв'язку з виникненням гострої невропатії лицевого нерву (НЛН), а також вплив ефективності лікування на якість життя. В роботі наведені дані обстеження й проаналізовані наслідки лікування 105 хворих на НЛН. Якість життя була знижена переважно що до усіх хворих внаслідок розвитку НЛН. Цо, в свою чергу, сприяло розвитку вторинних вегетативних, соматоформних та емоційних розладів.

З'ясована чітка тенденція зменшення вираженості вегетативних й емоційних розладів відповідно з відновленням функції мимічних м'язів. Були визначені групи ризику за ступенем вираженості психо-емоційних та вегетативних порушень. Встановлено не тільки пряма залежність покращення якості життя залежно від ефективності лікування хворих НЛН, а й зворотній зв'язок – вплив вираженості емоційних, вегетативних порушень на швидкість відновлення функції мимічних м'язів, ефективність лікування хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.121-123)

V.G.Nazarenko, D.V.Nikitenko, T.N.Kalmikova, E.A.Bagrii, E.L.Tkacheva

INFLUENCE OF EFFICIENCY OF THERAPY ON QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH NEUROPATHY OF AN FACIAL NERVE

Donetsk State Medical University

The purpose of the given work is the study of change of quality of life of the patients in connection with is sharp developed neuropathy, of a facial nerve (NFN), and also influence of efficiency of therapy on quality of life. In the given work the given inspections and estimation of results of treatment 105 patients with NFN are submitted. The quality of life was reduced practically at all patients after development NFN. That, in turn, resulted in development secondary vegetative, somatically and emotional frustration.

The precise tendency of reduction of expressiveness emotional and vegetative of infringements is revealed according to restoration of function facial expression. The groups of risk on degree expressiveness emotional and vegetative of infringements were allocated. Is established not only direct dependence of improvement of quality of life depending on efficiency of treatment of the patients with NFN, but also feedback - influence of a degree and expressiveness emotional, vegetative of infringements on speed of restoration of function facial expression, efficiency of treatment of the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.121-123)

Литература

1. Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М. Диференціальний підхід до лазеропунктури при невриті лицевого нерва з використанням методів акупунктурної діагностики // Лікарська справа. Врacheбное дело. — 1998. — С. 130-134.
2. Пузин М.Н., Разинкин О.П., Рушанова М.И. Невропатия лицевого нерва // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1991. - №5. — С. 112-114.
3. Карлов В.А. Неврология лица. — М.: Медицина, 1991. — 286 с.
4. Fernandez Blasini N. [Therapeutic approach to facial paralysis] Bol Asoc Med P R. 2000 Sep-Dec;92(9-12):115-9. Review. Spanish.
5. Chen C, Malhotra R, Muecke J, Davis G, Selva D. Aberrant facial nerve regeneration (AFR): an under-recognized cause of ptosis. Eye. 2004 Feb;18(2):159-62.

6. Kress B, Griesbeck F, Stippich C, Bahren W, Sartor K. Bell palsy: quantitative analysis of MR imaging data as a method of predicting outcome. Radiology. 2004 Feb;230(2):504-9. Epub 2003 Dec 29.
7. Koyama J, Yokouchi K, Fukushima N, Kawagishi K, Higashiyama F, Moriizumi T. Neurotrophic effect of hepatocyte growth factor on neonatal facial motor neurons. Neurol Res. 2003 Oct;25(7):701-7.
8. Riemann R. [Anatomic diagnosis of injury to the facial nerve] Laryngorhinootologie. 2003 Aug;82(8):601. German.
9. Arai A, Yamakawa T, Hagiwara A, Yoshikawa H, Ichikawa G. A facial nerve study using transcranial magnetic paired stimulation. Auris Nasus Larynx. 2003 Aug;

Поступила в редакцию 23.06.2004

УДК 159:61:616. 832-004.2

Е.Е. Гант

ХАРАКТЕРИСТИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ И ПЕРЦЕПТИВНО - ГНОСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: рассеянный склероз, произвольная двигательная активность, перцептивные операции

Новые достижения в лечении рассеянного склероза (РС) привели к увеличению средней продолжительности жизни больных РС, поэтому одной из актуальных остается проблема реабилитации таких пациентов [1]. Известно, что состояние больных РС тесно связано с их психологическим статусом, участием в повседневной жизни и производственной деятельности [2]. По некоторым данным наиболее существенно на трудоспособность больных РС влияют нейропсихологические изменения, нарушения функций тазовых органов, зрения и только потом нарушения движений. Отмечается, что процесс реабилитации у таких пациентов значительно затрудняется из-за нарушений познавательной способности и повышенной утомляемости [1]. В отдельных психологических исследованиях, изучавших пато-

психологические и нейропсихологические аспекты РС, показано, что ведущими в структуре когнитивного дефицита являются нарушения памяти, внимания, мышления [3,4,5].

Наряду с комплексом обширных клинических данных, необходимо учитывать результаты нейропсихологического и патопсихологического обследования больных РС, что является основой для разработки реабилитационных и адаптационных программ, определяет индивидуальный подбор методов лечения и эффективность терапевтических мероприятий [5].

Целью нашей работы явилось изучение нарушений праксиса, гнозиса, речевых и счетных функций у больных РС в зависимости от типа течения заболевания.

Материал и методы исследования

Было обследовано 52 пациента с РС в возрасте от 18 до 53 лет. На момент обследования рецидивирующий тип течения (РТТ) РС отмечался у 35 пациентов; первично-прогредиентный тип течения (ППТТ) — у 9, вторично-прогредиентный тип течения (ВПТТ) — у 8. В стадии клинической ремиссии находились 24 больных, в состоянии рецидива — 11, в стадии стабилизации — 8, в стадии прогредиентности — 10

пациентов. Продолжительность заболевания находилась в диапазоне от 6 месяцев до 17 лет.

Методы исследования: метод наблюдения, метод беседы, психодиагностический метод. Психодиагностический метод был реализован при помощи стандартизированного набора диагностических нейропсихологических методик по А. Р. Лурия с включением сенсibilизированных проб [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты нейропсихологического исследования больных РС с учетом типа течения представлены в таблице 1.

Исследование с помощью нейропсихологических проб показало, что практически у всех больных РС имеются какие-либо нарушения сложных форм произвольной двигательной активности и перцептивных операций. Дефекты пространственного праксиса от легкой до отчетливой степени выраженности отмечались у 36% пациентов, нарушения праксиса позы по зрительному

образцу — у 30% больных. У 32% обследуемых больных выявлены легкие и умеренные дефекты динамического праксиса. Нарушения конструктивного праксиса легкой и умеренной степени выраженности отмечались у 18% пациентов с РС. У 40% обследованных пациентов отмечались изменения почерка с признаками «органического графического симптомокомплекса».

У 57% пациентов представлены нарушения акустического гнозиса как в звене оценки, так и в звене воспроизведения ритмических структур.

Перцептивные расстройства лёгкой и умеренной степени в сфере тактильного гнозиса отмечались у 27% обследуемых. У 9% пациентов были выявлены лёгкие и умеренные дефекты пространственного гнозиса. У 9% больных имели место лёгкие нарушения зрительной перцепции.

20% обследуемых, испытывали отчётливые

трудности в понимании логико-грамматических структур. У 32% пациентов отмечались лёгкие и умеренные признаки нарушений счётных операций. Эти нарушения проявлялись в виде ошибок счёта при переходе через десяток, инверсий счётных программ, «пространственных» ошибок.

Таблица 1

Данные нейропсихологического исследования больных РС в зависимости от типа течения заболевания (% больных у которых выявлены нарушения соответствующих психических функций)

Оцениваемые показатели	Группы больных			Вся выборка (n=52)
	РТТ (n=35)	ППТТ (n= 9)	ВПТТ (n= 8)	
Праксис позы по зрительному образцу	35,7	22,2	14,28	29,50
Пространственный праксис	28,6	66,7	28,58	36,40
Динамический праксис	25,0	66,7	14,28	31,80
Конструктивный праксис	21,4	22,2	0,0	18,20
Оральный праксис	3,6	0,0	3,6	3,8
Понимание логико-грамматических структур	14,3	33,3	28,57	20,45
Акустический гнозис	46,4	88,9	57,14	56,80
Тактильный гнозис	32,2	11,1	28,67	27,30
Пространственный гнозис	10,7	11,1	0,0	9,10
Зрительный гнозис	10,7	0,0	14,3	9,10
Счёт	28,6	11,4	2,3	31,8

Как видно из таблицы 1, дефекты пространственного праксиса наиболее часто отмечались у больных с ППТТ (67%), а в группах с РТТ и ВПТТ — у 9% пациентов. Нарушения праксиса позы по зрительному образцу лёгкой и умеренной степени выраженности чаще встречались в группе обследованных с РТТ (36%), чем в группах с ППТТ (22%) и ВПТТ (14%). У 67% обследованных больных РС с ППТТ отмечались лёгкие и умеренные дефекты динамического праксиса, в то время как в группе с ВПТТ такие нарушения встречались лишь у 15% пациентов; в группе больных с РТТ дефекты динамического праксиса наблюдались в 25% случаев. У 22% больных с РТТ и у 22% обследованных с ППТТ, имелись нарушения конструктивного праксиса лёгкой и умеренной степени выраженности. Изменения почерка с признаками «органического графического симптомокомплекса» наиболее часто наблюдались у обследованных с ВПТТ (32%); такие же нарушения отмечались у 18% больных с РТТ и у 14% — с ППТТ.

Лёгкие и умеренные нарушения акустического гнозиса в звене оценки и в звене воспроизведения ритмических структур по образцу представлены у

89% больных РС с ППТТ. Такие же расстройства акустического гнозиса были выявлены у 46% пациентов с РТТ и у 57% больных РС с ВПТТ РС.

Перцептивные расстройства лёгкой и умеренной степени в сфере тактильного гнозиса отмечались у 32% обследуемых пациентов с РТТ; у 28% больных — с ВПТТ и у 11% пациентов — с ППТТ. Лёгкие и умеренные дефекты пространственного гнозиса наблюдались как у больных с РТТ, так и у пациентов с ППТТ течения (по 11% в каждой группе). Лёгкие нарушения зрительной перцепции были отмечены в группе больных с РТТ течения (11%) и в группе пациентов с ВПТТ течения (14%).

Умеренные и отчётливые трудности в понимании логико-грамматических структур испытывали 33% обследуемых с ППТТ, 14% больных РС — с РТТ и 29% пациентов — с ВПТТ. У 29% пациентов с РТТ, имели место лёгкие и умеренные признаки нарушений счётных операций, тогда как такие же дефекты были отмечены лишь у 11% обследованных с ППТТ и у 2% пациентов — с ВПТТ. Нарушения счётных функций проявлялись в виде ошибок счёта при переходе через десяток, инверсий счётных программ, «пространственных» ошибок.

Таким образом, у всех больных РС вне зависи-

мости от типа течения имеют место нарушения сложных форм произвольной двигательной активности и перцептивных операций. Чаще всего наблюдается недостаточность пространственного, динамического праксиса и праксиса позы по зрительному образцу. Более сохранены у таких пациентов конструктивный и оральный виды праксиса.

В структуре перцептивных нарушений преобладали расстройства акустического и тактильного гнозиса. В меньшей мере нарушены пространственный и зрительный виды гнозиса.

ВЫВОДЫ.

1. У пациентов с РТТ в структуре двигательных нарушений преобладают расстройства пространственного праксиса (28%), динамического праксиса (25%), праксиса позы по зрительному образцу (36%). В меньшей мере представлены расстройства конструктивного (22%) и орального праксиса (4%).

2. В структуре перцептивных нарушений у больных с РТТ менее сохранены акустический (46%) и тактильный (32%) гнозис, более интактны пространственный (11%) и зрительный (11%) виды гнозиса.

3. У пациентов с ППТ РС в структуре двигательных нарушений чаще встречаются рас-

стройства пространственного (67%) и динамического праксиса (67%). Менее нарушены конструктивный праксис (22%) и праксис позы по зрительному образцу (22%).

4. В структуре перцептивных нарушений у больных с ППТ преобладают расстройства акустического гнозиса (89%), более сохранены пространственный (11%) и тактильный (32%) виды гнозиса.

5. У больных с ВПТ РС в структуре двигательных расстройств более нарушен пространственный праксис (29%), в меньшей мере представлены дефекты динамического (14%), орального праксиса (4%) и праксиса позы по зрительному образцу (14%).

6. В структуре перцептивных нарушений у пациентов с ВПТ дефекты акустического гнозиса (57%) преобладали над расстройствами зрительного (14%) и тактильного гнозиса (29%).

Описанные нарушения сложных форм произвольной двигательной и перцептивной активности у больных РС отражают изменение функционального состояния структур головного мозга, и могут быть использованы в качестве дополнительных дифференциально-диагностических и прогностических критериев.

О.Е. Гант

ХАРАКТЕРИСТИКА РУХОМИХ ТА ПЕРЦЕПТИВНО-ГНОСТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З РІЗНОМАНІТНИМИ ТИПАМИ ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

У статті приведені результати вивчення порушень праксису, гнозису та лічильних функцій у хворих на РС. Використовувався стандартизований набір діагностичних нейропсихологічних методик по А. Р. Лурія з включенням сенсibilізованих проб. Описані виявлені порушення складних форм произвольної рухомої активності та перцептивних операцій в залежності від типу перебігу захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.124-126)

Ye. Ye. Gant

CHARACTERISTIC OF MOTION AND PERCEPTIVE-GNOSTIC DYSFUNCTIONS AT PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF RUN OF DISSEMINATIVE SCLEROSIS

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine

The article contains the results of studying of praxis, gnosis and count functions' dysfunction at patients with disseminative sclerosis (DS). Standardized set of diagnostic neuropsychological methods by A.R. Luriya with sensibilization tests was used. There were described the dysfunctions of complex forms of voluntary motion activity and perceptive operations due to type of disease's run. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.124-126)

Литература

1. Столярова И.Д., Осетрова Б.А. Рассеянный склероз. — Санкт-Петербург: «ЭЛБИ-СПб», - 176 с.
2. Ениколопова Е.В., Садальская Е.В., Нанян С.Б., Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Ениколопов С.Н. Нейропсихологический анализ когнитивных функций у больных рассеянным склерозом. //Тезисы докладов 2 Международной конференции: «А.Р. Лурія и психология 21 века». — Москва, 2002. — С.50-51
3. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических нарушений при рассеянном склерозе. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - № 11. — С.15-20.

4. Шестопалова Л.Ф. Когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом. //Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. - №1(9). — С.50-53.
5. Алексеева Т.Г., Ениколопова Е.В., Садальская Е.В., Ениколопов С.Н., Нанян С.Б., Ражба Ю.Л., Вандыш — Бубко В.В., Сидоренко В.В., Бойко А.Н. Комплексный подход к оценке когнитивной и эмоционально-личностной сфер у больных рассеянным склерозом. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Специальный выпуск. - 2002. — С.20-25/
6. Лурія А.Р. Основы нейропсихологии. - М: МГУ. - 1973. — 374 с.

Поступила в редакцию 24.06.2004

УДК 616.832-004.2:305.085

*Е.А. Статинова, Р.Я. Омельченко, Т.Н. Калмыкова, Д.Ю. Сайко, С.В. Селезнева, Т.В. Островая,
Т.А. Ерохина*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: рассеянный склероз, качество жизни, психодиагностика, лечение.

Рассеянный склероз (РС) на сегодняшний день является неизлечимым неврологическим заболеванием и рассматривается как генетически детерминированное многоочаговое поражение миелина центральной нервной системы [2]. Этиология РС точно не установлена. Современные тенденции в изучении этой проблемы отводят ведущую роль инфекционным факторам, в частности вирусной этиологии заболевания. Иммунопатологические и патохимические реакции являются основными в патогенезе РС.

Несмотря на большое количество предложенных схем и методов лечения, вопрос реабилитации этих больных остается чрезвычайно актуальным. Проблема РС является не только медицинской, но и социальной, поскольку ухудшает качество жизни больных и приводит к экономическим затратам в результате стойкой инвалидизации пациентов [3]. Различные клинические критерии, такие как частота обострений, индексы по оценочным шкалам EDSS, FS или SCRIPPS, не всегда отражают симптомы, характеризующие качество жизни больных. При РС имеется ряд клинических проявлений, которые не влияют на оценку по шкале EDSS или SCRIPPS, но имеют существенное значение в оценке состояния больных и эффективности лечения. Основными из таких проявлений являются нейропсихологические изменения. Особое внимание обращает на себя нарушение когнитивных функций, синдром хронической усталости и астенодепрессивный синдром, которые в значительной мере влияют на трудоспособность больных РС и процесс реабилитации.[2]

Целью данной работы явилось улучшение качества жизни больных рассеянным склерозом путем коррекции нейропсихологических нарушений.

В исследовании участвовало 49 больных (21 мужчин и 28 женщин), находящихся на лечении в клинике нервных болезней Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения за период с 2002 г. по

2004 г. Средний возраст составил $32,4 \pm 1,8$ года, средняя длительность болезни $5,7 \pm 2,5$ года. Ремитирующее течение заболевания отмечено у 28 (57%) человек, из которых 12 (43%) находились в стадии обострения, 16 (57%) – в стадии ремиссии. У 21 (43%) заболевание имело прогрессирующее течение, при этом первично-прогрессирующий РС отмечен у 8 (38%), вторично-прогрессирующий – у 13 (62%) больных. В исследовании не участвовали больные, у которых длительность РС составляла до 6 месяцев; пациенты с выраженными нарушениями познавательных функций (деменция), исключающие возможность точных ответов на вопросы анкет и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, влияющими на качество жизни. Наличие тех или иных органических неврологических синдромов оценивалось по шкале EDSS. Средний балл по EDSS составил $3,0 \pm 0,5$ (max – 9,5).

Нейропсихологические изменения оценивались по психометрическим шкалам для оценки депрессии: шкала Гамильтона и шкала Бека [1]. Также проводилась психодиагностика внимания по таблицам Шульте и психодиагностика личности при помощи опросника MMPI.

В зависимости от течения заболевания все пациенты были разделены на три группы. В 1 группу вошли 12(25%) пациентов с ремитирующим течением заболевания в стадии обострения, во 2 группу – 16(33%) больных с ремитирующим течением заболевания в стадии ремиссии, 3 группа состояла из 21(42%) пациентов с прогрессирующим течением заболевания. Контрольную группу составили 20 человек практически здоровых.

Проведенные психологические тестирования позволили обнаружить у всех больных РС тревожно-депрессивные расстройства в виде состояния эмоционального дистресса разной степени выраженности, нарушения сна, утомляемости, астенизации. По шкале Гамильтона уро-

вень депрессии составил от легкой (14-17 баллов) до тяжелой (более 25 баллов) степеней. По шкале Бека депрессивный синдром составил более 25 баллов у 23 % больных. При исследовании внимания при помощи таблиц Шульте только у пациентов второй группы отмечались нормальные показатели: правильное нахождение, называние и показывание цифр в течение

50-60 секунд, а у пациентов 1 и 3 групп эти показатели были извращены. При проведении психодиагностики личности методом ММРІ выявлено повышение Т-баллов по шкале пессимистичности от 66 и выше, повышение Т-баллов по шкале тревожности от 63 до 71, снижение Т-баллов по шкале оптимистичности от 51 и ниже, при норме 60 ± 10 (Табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика психоневрологических нарушений

Показатели	I	II	III	Контрольная группа
Уровень депрессии (балл по Беку)	18±0,4	20±0,6	26±1,5	11±0,4
Уровень депрессии (балл по Гамильтону)	15±0,8	19±1,7	25±0,9	11±0,6
Нахождение цифр (таб. Шульте, секунды)	43±3,2	55±3,5	39±2,7	55±4,5
ММРІ (Т-балл)				
- Шкала пессимистичности	66±0,8	70±1,8	76±0,7	52±3,6
- Шкала тревожности	63±2,0	65±1,5	72±1,8	54±2,3
- Шкала оптимистичности	48±2,3	48±1,5	49±1,4	57±3,5

Согласно опросника ММРІ у всех больных отмечался депрессивный профиль. С умеренным повышением Т-баллов по шкале эмоциональной лабильности до $63 \pm 2,6$ у пациентов 1 группы. У пациентов 2 группы было выявлено умеренное повышение Т-баллов по шкале сверхконтроля (ипохондрии) до $64 \pm 1,7$, что обусловлено повышенным уровнем беспокойства и тревожности.

При исследовании внимания было отмечено снижение темпа работы, запаздывание вработываемости больных, повышенная истощаемость внимания, сниженная переключаемость к концу исследования. Эти показатели свидетельствуют о наличии у всех пациентов астенизации.

С целью улучшения когнитивных функций, уменьшения выраженности астенического синдрома всем больным был назначен луцетам по 800 мг 2 раза в день в течение 2 месяцев. Для купирования депрессивного синдрома - мелипрамин по 25 мг 2 раза в день в течение 2-3 месяцев. Через 1 месяц от начала лечения у 63% боль-

ных было отмечено уменьшение выраженности астено-депрессивного синдрома и синдрома хронической усталости, что было подтверждено повторными психологическими тестами. Одновременно улучшалось и субъективное восприятие больными различных компонентов качества своей жизни, особенно оценка своего здоровья и терапевтическая перспектива.

Таким образом, общепризнанные критерии, такие как частота обострений, индексы по оценочным шкалам типа EDSS, не в полной мере отражают динамику симптомов, которые снижают качество жизни больных РС и влияют на эффективность лечения. Результаты проведенных исследований показывают связь качества жизни этих пациентов с данными нейропсихологических тестов, выявляющих депрессию и хроническую усталость. Данные вопросники являются чувствительными критериями оценки качества проводимого лечения и могут быть использованы у данной категории больных.

**О.А. Статінова, Р.Я. Омельченко, Т.М. Калмикова, Д.Ю. Сайко, С.В. Селезньова, Т.В. Острова,
Т.А. Єрохіна**

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Обстежено 49 хворих розсіяним склерозом. Проведена психодіагностика даної групи хворих. Відмічено зв'язок якості життя з даними нейропсихологічних тестів, характеризуючих депресію, хронічну втому. Зроблено висновок, що, використані тести є чутливими критеріями оцінки ефектів лікування хворих на розсіяний склероз. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.127-129)

**E.A. Statinova, R.J. Omelchenko, T.N. Kalmykova, D.J. Sajko, S.V. Selezneva, T.V. Ostrovaja, T.A.
Erohina**

QUALITY OF THE LIFE OF PATIENTS WITH THE MULTIPLE SCLEROSIS

Donetsk states medical university by M.Gorkogo

49 patients with a multiple sclerosis are surveyed. The psychodiagnosics of the given group of patients is carried out. Connection of quality of a life with the data of the nevrologopsychological the tests describing depression, chronic weariness is marked. The conclusion is made, that, the used questionnaires are sensitive criterion of an estimation of effects of treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.127-129)

Литература

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Депрессия в неврологической практике. — М., 2002. — С. 20-44, 61-65, 145-155.
2. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. — М., 1997.

3. Татаринов М.Ю., Фокин И.В., Бойко А.Н. Качество жизни больных рассеянным склерозом и некоторые подходы к фармакоэкономическим исследованиям//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. - №1. — С. 76-80.

Поступила в редакцию 26.05.2004

УДК 616.831-005.1

*Н.Н. Грицай, Н.В. Литвиненко, А.В. Саник***ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ: АНАЛИЗ ИСХОДА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Украинская медицинская стоматологическая академия

Ключевые слова: инсульт, факторы риска

Мозговой инсульт – это частое и тяжелое инвалидизирующее заболевание, чем и определяется его социальная значимость. Общеизвестным является утверждение о том, что инсульт, как и многие другие заболевания, легче и рентабельнее предупредить, чем лечить. В связи с этим в последние годы проводятся статистические, эпидемиологические исследования для выявления факторов риска инсульта, возможных методов его профилактики, направлений улучшения качества жизни у пациентов с данным заболеванием [1,3,4]. В результате проведенных в последнее время исследований было сформулировано положение о динамическом характере и потенциальной обратимости церебральной ишемии, что ставит вопрос о необходимости проведения адекватных мероприятий по сочетанному восстановлению церебрального кровотока и защите головного мозга от ишемического повреждения [2].

Нами проведен анализ статистических данных по инсульту в г. Полтаве и данных по нейрососудистому отделению 1-й городской клинической больницы за 2003 год с целью выявления факторов, влияющих на развитие и исход инсульта. Ишемический инсульт был диагностирован у 82% больных, госпитализированных в неврологический стационар, при этом у лиц мужского пола он отмечался на 10% чаще, чем у женщин. Геморрагический инсульт отмечался у 10,4% больных, субарахноидальное кровоизлияние – у 7,6%, преобладали также лица мужского пола. Умерло в стационаре 10,3% больных с инсультами. Первичный выход на инвалидность по г. Полтаве составил 5,9 на 10 000 населения, в том числе у лиц трудоспособного возраста – 2,8 на 10 000 населения.

Анализ факторов риска развития инсульта, проведенный у больных, которые лечились в стационаре, показал, что наиболее частыми факторами были: артериальная гипертензия – 76%, патология сердца (ишемическая болезнь сердца, аритмии) – 55%, отягощенная по инсульту

наследственность – 23%, курение – 17%, сахарный диабет – 14%, злоупотребление алкоголем – 11%. В среднем у каждого больного было около 3-х факторов риска. Несмотря на то, что наиболее часто у больных, перенесших инсульт, была артериальная гипертензия, 21% больных не знали о наличии у них повышенного артериального давления, 68% больных при осведомленности о наличии у них повышенного артериального давления практически не получали активного лечения, и только 11 принимали эффективное лечение. Это связано как с недостаточной информированностью о принципах лечения, так и с социально-экономическими причинами (невозможностью регулярного приема современных антигипертензивных препаратов). Поэтому с позиций медицины и социального страхования целесообразным является финансирование предупредительного лечения артериальной гипертензии. Наименьших материальных затрат требует коррекция поведенческих факторов риска инсульта – курения и злоупотребления алкоголем.

Исход инсульта – это не только выживаемость, функциональные неврологические нарушения, но и качество жизни. Под качеством жизни (социальной адаптацией) следует понимать степень сохранности у индивидуума, перенесшего инсульт, физических, психологических и социальных функций. Качество жизни очень сложно оценить, так как оно не является общепринятым социальным стандартом и зависит от многих объективных и субъективных факторов.

Наиболее значимыми функциональными нарушениями, влияющими на качество жизни после перенесенного полушарного инсульта, у наших больных были парезы конечностей (65%), спастичность и контрактуры (43%). В большинстве случаев стойких выраженных парезов у больных отмечались боли в области плечевого сустава (17%). Наиболее эффективным методом их лечения являлась лечебная физкультура (иногда в сочетании с миорелаксантами). Более

благоприятный исход отмечался при вертебро-базилярных инсультах – восстановление функций черепных нервов, атактических нарушений у большинства больных отмечалось в течение 3-4 месяцев после дебюта заболевания. Нарушения речи, ведущие к социальной дезадаптации, отмечалось у 13% больных, в основном это – стойкие афазии и хорошо восстанавливаемые дизартрии. Когнитивные нарушения той или иной степени отмечались еще реже – у 9% больных, особенно после повторных инсультов (особенно лакунарных с формированием выраженной дисциркуляторной энцефалопатии) и у лиц пожилого возраста. Поскольку стойкие когнитивные нарушения и нарушения памяти ведут к полной зависимости от окружающих, с целью лечения и профилактики их прогрессирования необходим длительный прием ноотропных препаратов. Одной из важных проблем у многих больных, перенесших инсульт, является развитие депрессивных состояний, в лечении которых ведущую роль играет рациональная психотерапия, разъяснение длительности процесса восстановления нарушенных функций.

Улучшению качества больных, которые перенесли инсульт, без сомнения, будет способ-

ствовать новая стратегия лечения, осуществляемая в инсультном блоке под руководством мультидисциплинарной бригады. Работа подобных бригад, которые созданы в России (Санкт-Петербург), позволила снизить смертность от инсульта на 30%. В состав такой бригады входит невролог, кардиолог, медсестра, специалист по лечебной физкультуре, эрготерапевт, психолог, социальный работник. Главная задача мультидисциплинарной бригады – ранняя физическая и психическая реабилитация. Главный принцип работы – мультидисциплинарный подход к лечению и уходу за инсультными больными.

Таким образом, развитию церебрального инсульта могут способствовать различные факторы риска, коррекция которых является наиболее важным подходом к профилактике тяжелых инвалидизирующих поражений головного мозга, ведущих к дезадаптации пациентов. Качество жизни в постинсультном периоде определяется тяжестью функциональных неврологических нарушений, определяемых объемом оказанной помощи в раннем периоде инсульта, отношении к пациенту семьи, а также их материальной обеспеченностью

Н.М. Грицай, Н.В. Литвиненко, О.В. Саник

ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ІНСУЛЬТ: АНАЛІЗ ІСХОДУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Українська медична стоматологічна академія

Проведено клініко-епідеміологічне дослідження з метою з'ясування факторів ризику інсульту та можливих напрямків покращення якості життя в постінсультному періоді. Аналіз статистичних даних в нейросудинному відділенні міської лікарні м. Полтави за 2003 рік дозволив виявити переважання ішемічного інсульту над геморагічним (співвідношення 7:1). Основним фактором ризику інсульту встановлена артеріальна гіпертензія (у 76%), найбільш вагомими функціональними порушеннями, що впливають на якість життя, - парези кінцівок (у 65%), спастичність (у 43%), порушення мови (у 13%), когнітивні порушення (у 9%). Обговорюються питання роботи мультидисциплінарної бригади в інсультному блоці як основи для покращення якості життя пацієнта. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.130-131)

N. Gritsai, N. Litvinenko, A. Sanik

CEREBRAL INSULT: THE OUTCOME AND LIFE QUALITY ANALYSIS

Ukrainians Medical Dental Academy

The clinical and epidemiological research has been carried out, with the aim to determine the factors of the insult risk and the possible ways of getting better the life quality at post-insult period. The analysis of the statistic data in the neuro-vascular department of the city of Poltava in 2003 showed more cases of ischemic insult in comparison with hemorrhagic insult (7:1 correlation). Arterial hypertension (76%) has been the main insult risk factor, the most widely spread functional disorders influencing life quality being limbs' paresis (65%), spastics ((43%), speech disturbances (13%), cognitive disturbances (9%). The possibilities of the multidiscipline team work in the insult block have been discussed, they being the basis of making the patients' life quality better. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.130-131)

Литература

1. Банк даних по ішемічному інсульту – основні результати /Гусев Е.И., Шимригк Г., Хаас А. и др. //Невролог. журнал. – 2002. - №4. – С.8-12.

2. Гусев Е.И. Ишемическая болезнь мозга. – М.: РГМУ, 1992. – 358с.

3. Инсульт: Практ. руководство для ведения больных /Варлоу Ч.П., Денни М.С., Ж..ван Гейн и др.; Пер. с англ. А.В.Борисова,

Л.В.Бульбы, Ю.И.Бульбы и др.; Под ред. А.А.Скоромца и В.А.Сорокоумова. – СПб: Политехника, 1998. – 629с.

4. Этиологические факторы и факторы риска хронической сосудистомозговой недостаточности и ишемического инсульта / Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Ясманова А.Н. и др. //Журн. неврол. и психиатр. – 2001. – Вып.1. – С.41-45.

Поступила в редакцию 12.05.2004

УДК: 616.83:364.4] (082)

*В.Ю. Мартинюк, О.А. Майструк***П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД РОБОТИ ЗА МОДЕЛЛЮ РЕАБІЛІТАЦІЇ «ТАНДЕМ» В УКРАЇНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

Ключові слова: модель реабілітації, діти, органічне ураження нервової системи

В Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України започаткована модель реабілітації «Тандем - партнерство», «дитина-сім'я-фахівець», яка Все-світньою організацією охорони здоров'я визнана однією з найбільш пріоритетних концепцій реабілітації дітей. Основна тенденція цієї моделі полягає в інтегральному об'єднанні зусиль фахівців медичного та соціально-педагогічного напрямків реабілітації.

Реалізація моделі «Тандем» визначається в функціонально-системному підході до реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей, рівня розвитку або ураження нервової системи у дитини.

Етапи реабілітації інтегруються між фахівцями залежно від індивідуальної реабілітаційної програми.

Виділені 4 основні функціональні системи, які підлягають комплексній корекції:

1) функціональна система моторики (від первинного рефлекторного рухового акту до усвідомленої психомоторної дії);

2) функціональна система сенсорики (від чутливості і елементарних відчуттів до сприйняття світу і соціальної перцепції);

3) функціональна система пізнавальної сфери і мови (від пізнання сфери предметного світу і елементарних мовних сигналів до формування пізнавальної діяльності та мови);

4) функціональна система емоційно-комунікативної сфери і мотивацій (від елементарних емоційно-комунікативних реакцій до формування мотиваційної сфери і способів адаптації особистості у соціальному середовищі).

Етапність реабілітації в межах функціональних систем проводиться усіма фахівцями Центру у співдружності з батьками, яких навчають прийомам відновлення функцій нервової системи і психіки дитини.

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ є спеціалізованою медичною установою, де одночасно проводиться реабілітаційне лікування (в термінів часу 4 тижні) та консультативно-діагностична допомога.

Протягом 2003 року в Центрі здійснено 62582 відвідувань фахівців (лікарі, психологи, логопеди, спеціальні педагоги), включаючи допоміжні кабінети з них до 1-го року - 23,95% дітей, з 1-го до 3-х років - 34,77%, з 3-х до 5-ти років - 15,91%, з 5-ти до 7 років - 8,59%, з 7 до 10 років - 6,74%, з 10 до 12 років - 3,79%, старші 12 років - 6,25%.

За роки існування Центру з 1996р. в Центрі проконсультовано понад 15 тисяч дітей - з них 56,7% киян, 43,3% іногородніх.

На першому місці по кількості консультативних відвідувань є діти хворі на церебральний параліч, на другому - діти з синдромами відновного періоду (період немовляти) внаслідок перенесеної патології нервової системи в пре- та перинатальному періоді, на третьому - діти хворі на епілепсію. Переважають діти раннього віку, що дозволяє отримати високі показники з попередження формування органічного ураження нервової системи.

Щорічно в Центрі проводиться по десять курсів реабілітації. Повний курс реабілітаційного лікування пройшли понад 4 тисячі дітей з різних регіонів України. Для кожної дитини попередньо розробляється індивідуальна реабілітаційна програма. На консилиумах, які проводяться фахівцями з медичної та соціально-педагогічної реабілітації розбираються усі реабілітаційні хворі. Усі складні випадки в плані діагностики та підбору методик реабілітації розглядаються на консилиумах фахівців Центру з залученням лікарів спеціалізованих відділень дитячої клінічної лікарні №1 м.Києва та Української дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит».

В супровід означеної моделі «Тандем - партнерство», «дитина - сім'я - фахівець» запроваджено сумісний огляд для первинних реабілітаційних хворих неврологом і психологом. Після закінчення курсу дітям рекомендується курс санаторно-курортного лікування в Українському центрі санаторно-курортної реабілітації «Хаджибей», дитячих санаторіях МОЗ України «Батьківщина», «Іскра», МОЗ АР Крим «Чайка» м. Євпаторія. Євпаторійському цент-

ральному дитячому клінічному санаторії МО України, та інших. Рекомендована консультація в Інституті проблем медичної реабілітації м.Трускавець Львівської області.

Працівниками Центру сумісно з Центром медичної статистики МОЗ підготовлена медична документація для реабілітаційних центрів: медична карта реабілітаційного хворого форма №500/о, тест-карта оцінки фізичного та нервово-психічного розвитку дитини першого року життя, форма №500-2/о; тест-карта оцінки фізичного та нервово-психічного розвитку дитини на 2-3 році життя, форма №500-3/о; карта реєстрації рухових порушень у дітей першого року життя, форма №500-4/о; карта мовленнєвого розвитку дитини з вадами мовлення, форма №500-5/о; індивідуальна карта педагогічного обстеження дитини, форма №500-6/о; статистична карта хворого, який вибув із центру реабілітації, форма №500-7/о; інструкції щодо заповнення цієї документації. Розробляються критерії ефективності медичної (тести на тонку моторику, грубу моторику, тонусні порушення інш.) та соціально-педагогічної реабілітації.

У Центрі двічі на місяць, при поступленні і при виписці, проводяться об'єднані збори батьків з фахівцями Центру з метою розширеної інформації про напрямки реабілітаційної роботи, участі батьків у цій роботі та врахування їх запитів, а також сумісний аналіз ефективності реабілітації; групові та індивідуальні лекції та співбесіди психологів за напрямка-

ми індивідуальної програми реабілітації та проблем батьків. Впроваджена «Індивідуальна інтеграційна картка реабілітації» для заповнення батьками (запис порад та завдань фахівців щодо їхньої дитини). Розробляється методична література для батьків.

Ведеться анонімне анкетування батьків, які перебували в Центрі на курсах реабілітації. Аналіз анкет засвідчив про наявний ефект реабілітації у 91% хворих.

На базі Центру на курсах інформації і стажування за затвердженими МОЗ України навчальними планами підготовлено 426 фахівців різного профілю: дитячі неврологи, нейрофізіологи, дитячі психіатри, керівники реабілітаційних центрів, нейроортопеди, логопеди, медичні психологи, спеціальні педагоги, інструктори лікувальної фізкультури.

За період з 1998р. в лікувально-профілактичних закладах МОЗ відкрито 61 Центр (відділення) медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.

Започаткована співпраця з Європейською Академією дитячої інвалідності, Російською Академією медико-соціальної реабілітації, Інститутом соціальної педіатрії і підліткової медицини при Людвіг-Максиміліан Університеті, Інститутом проблем медичної реабілітації.

Український медичний центр з 2003 р. є клінічною базою кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації КМАПО ім.П.Л.Шупика.

В.Ю. Мартинюк, О.А. Майструк

П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД РОБОТИ ЗА МОДЕЛЛЮ РЕАБІЛІТАЦІЇ „ТАНДЕМ» В УКРАЇНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

В статті представлений п'ятирічний досвід роботи в Центрі за моделлю реабілітації «Тандем - партнерство», «дитина-сім'я-фахівець». Реабілітаційне лікування проведено понад 4 тисячам дітей з різних регіонів України. Показана ефективність моделі в реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.132-133)

V. Martynyuk, O. Maystruk

FIVE YEARS' EXPERIENCE OF WORK BY «TANDEM» – MODEL OF REHABILITATION IN UKRAINIAN MEDICAL REHABILITATION CENTER FOR CHILDREN WITH ORGANIC INJURING OF NERVOUS SYSTEM

Ukraine medical rehabilitation center for children with organic injuring of nervous system

The article contain information about five years' experience of work of the Center as model of rehabilitation – «Tandem-partnership», «child-family-specialist». The work exhibit efficacy of rehabilitation of children with organic injuring of Nervous System. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.132-133)

Поступила в редакцію 18.05.2004

УДК 616.831+616.12-008.331.4+616.89-008.45

А.А. Микляев, Г.М. Кушнир

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Ключевые слова: когнитивные нарушения, цереброваскулярная патология, артериальная гипотензия

Основное значение среди причин дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) уделялось атеросклерозу и артериальной гипертензии [5,1]. Однако, наряду с этими общеизвестными этиологическими факторами довольно значительное место в возникновении ДЭ занимает и артериальная гипотензия. Так, М.Ю. Купновицкая среди больных с ДЭ выделяла 28,3% пациентов, у которых данная патология развилась на фоне исходно сниженного артериального давления [3]. По данным А.В. Анисимовой, больные с ДЭ на фоне артериальной гипотензии составляют 12% от общего числа [1]. Однако вплоть до настоя-

щего времени изучению развития цереброваскулярной недостаточности на фоне сниженного артериального давления не уделяется практически должного внимания. Диагностика начальных форм цереброваскулярной патологии достаточно сложна, вследствие того, что практически единственным достоверным критерием диагностики являются нарушение когнитивных функций [6]. При этом отсутствуют какие либо дефицитарные неврологические симптомы [2].

Целью данного исследования являлось изучение особенностей когнитивных расстройств у больных с ДЭ 1 стадии на фоне артериальной гипотензии.

Материал и методы исследования

Для реализации поставленной цели было обследовано 38 пациентов с начальными формами цереброваскулярной патологии на фоне артериальной гипотензии. Возраст обследованных от 32 до 67 лет, средний возраст – 45,5 года, из них 8 человек – мужчины, 30 – женщины. Контрольную группу составили 10 практически здоровых человек примерно того же возраста. Кроме определения когнитивных функций всем больным после неврологического обследования была проведена ультразвуковая доплерография сосудов головы, реоэнцефалография, электроэнцефалография, все были проконсультированы терапевтом и окулистом.

Для определения когнитивных функций использовались методики А.Р. Лурия [4]. Определялся пространственный праксис. Слухоречевая кратковременная память определялась с помощью теста запоминания двух рядов по три слова

с последующим повторением сразу после произнесения и через 20 минут. Для определения концентрации внимания использовался тест отсчитывания чисел Крепелина. Мышление определялось путем решения двусложных логических задач по А.Р. Лурия. При этом для оценки использовалась балльная шкала, где 0 баллов означало отсутствие нарушений, 1 балл – умеренные нарушения, 2 балла – нарушение средней степени и 3 балла – грубое расстройство функции.

Основной жалобой у 19 пациентов являлось несистемное головокружение. У 9 пациентов основной жалобой были головные боли по типу головной боли напряжения. В неврологическом статусе четко очерченных неврологических синдромов выявлено не было, в 14 случаях определялась гиперрефлексия, в 10 – интенция при пальце-носовой пробе, дисдиадохокinez, в 12 – пошатывание в позе Ромберга.

Результаты исследования и их обсуждение

Нарушения пространственного праксиса были обнаружены у 22 пациентов. Наиболее часто обследуемые путали правую и левую стороны тела, особенно во время выполнения слож-

ных целенаправленных движений. Средний балл составил $1,4 \pm 0,51$. В контрольной группе нарушений праксиса не наблюдалось.

Другие показатели представлены в таблице 1.

Показатели нарушения когнитивной сферы у обследованных больных

	Основная группа	Контроль
Слухоречевая память	1,55±0,04*	0,2±0,01
Внимание	1,46±0,04*	0,4±0,01
Мышление	1,75±0,08*	0,01±0,01

Примечание: * - достоверность различий между основной и контрольной группами $p < 0,05$

При тестировании кратковременной памяти нарушение было зарегистрировано у 28 обследуемых. Полученные данные свидетельствуют о нарушении процессов кратковременной памяти и быстрой истощаемости психических процессов в основной группе. При исследовании внимания повышенная истощаемость наблюдалась у всех обследованных в основной группе. При исследовании логического мышления нарушения были выявлены у 25 пациентов, однако они зачастую достигали средней степени выраженности.

Таким образом, наиболее показательными и значительными нарушениями нейропсихологического статуса у больных с начальными формами цереброваскулярной патологии на фоне артериальной гипотензии являются расстройства внимания и сложного логического мышления. Причем расстройства внимания выявляются у всех больных, расстройства же логического мышления встречаются не у всех, однако достигают значительной степени выраженности. В меньшей мере страдают кратковременная память и пространственный праксис.

А.А. Микляев, Г.М. Кушнір

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА ПОЧАТКОВІ ФОРМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

В статті наведені когнітивні порушення у хворих на початкові форми цереброваскулярної патології на тлі артеріальної гіпотензії. Доведено, що найпершими у хворих з'являються зниження рівня уваги та порушення логічного мислення. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.134-135)

A.A. Miklyayev, G.M. Kushnir

PARTICULARITY OF COGNITIVE DISORDER IN PATIENT WITH ARTERIAL HYPOTENSION WITH INITIAL FORM OF CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

Crimea State medical university, named by S.I. Georgievsky.

This article describes cognitive disorder in patient with arterial hypotension with initial form of cerebrovascular pathology. It appears that the earliest cognitive sign of cerebrovascular pathology in these patients is the attention level reduction and disorder of logically thinking. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.134-135)

Литература

1. А.В. Анисимова, В.М. Кузин, Т.И. Колесникова. Клинико-диагностические критерии и некоторые вопросы патогенеза ранних стадий хронической ишемии головного мозга//Инсульт (специальное приложение к журналу неврологии и психиатрии).- 2003.- №8.-С. 64 – 75.
2. Е.М. Бурцев. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия//Журнал неврологии и психиатрии.-1998.- №1.-С.45 – 48.
3. М.Ю. Купновицкая. Ранняя диагностика дисциркуляторных энцефалопатий, их гемодинамически варианты развития и медикаментозная коррекция в зависимости от расстройств артерио-венозного равновесия. Автореф. дис. ... канд. мед. наук.

Киев; 1998.
4. В.А. Мельников. Практикум по основам психологии. Симферополь: «Соннат».-1997.- 254с.
5. В.А. Парфенов, А.А. Рыжак. Неврологические аспекты оптимизации антигипертензивной терапии//Неврологический журнал.- №2.- 2003.-С. 26 – 29.
6. Л.П. Терещенко. Нейропсихологические критерии дифференциальной диагностики различных форм прогрессивной (хронической) сосудистой недостаточности мозгового кровообращения//Украинский вестник психоневрологии.- т.9.- №1.- 2001.-С. 115 – 117.

Поступила в редакцию 14.05.2004

УДК:616.832 — 004.2— 085.281.8 — 036.8

*О.Ю. Бударна***ПОКАЗИ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ ПРОТЕФЛАЗИДУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

Тернопільська державна медична академія ім. І. Я. Горбачевського

Ключові слова: розсіяний склероз, протефлазид, ступінь інвалідації, імунний статус

Розсіяний склероз (РС) – найпоширеніше мультифакторіальне демієлінізуюче захворювання, що обумовлене взаємодією факторів зовнішнього середовища (вірусів та географічних чинників) і спадкової схильності (особливостями імунної відповіді та певним типом метаболізму) [1]. Хоча етіологія РС досі невідома, загальноприйнятим є уявлення про імуноопосередкований характер захворювання із руйнуванням мієліну [2].

З огляду на патогенетичні механізми розвитку РС (активне проникнення через гематоенцефалічний бар'єр в тканину мозку Т-клітин, сенсибілізованих до антигенів мієліну, гіперпродукція прозапальних цитокінів, посилення активності адгезії та антигенпредставництва), ефективність лікування хворих можна покращати включенням засобів з імуномодулюючими вла-

стивостями [3,1]. З препаратів цієї групи нас цікавив протефлазид (виробник Екофарм, Україна) – рослинний екстракт, який містить флавоноїди глікозидів деяких злаків. Препарат має антивірусну дію, що обумовлена блокуванням вірусоспецифічних ферментів (тимідінкінази, ДНК - полімерази), індукцією ендogenous б –інтерферону та підвищенням активності макрофагальної системи, а також, біокорегуючу дію за рахунок покращання окисно-відновних процесів в організмі, метаболізму в ЦНС; застосовується орально за схемою протягом місяця [4]. У сучасній літературі практично не вивчена ефективність протефлазиду у хворих на РС.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування препарату з імуноотропною дією протефлазиду у комплексному лікуванні хворих на РС.

Матеріал та методи дослідження

Під спостереженням знаходилось 30 хворих на РС (19 жінок та 11 чоловіків) у віці від 25 до 56 років з тривалістю захворювання від 3 до 7 років. Діагностика захворювання здійснювалась за критеріями Poser С. і співавторів (1983). Ремітуючий варіант перебігу захворювання відмічався у 17 обстежуваних, ремітуюче-прогресуючий та вторинно-прогресуючий – відповідно, у 7 та 6 пацієнтів. У 8 хворих діагностовано РС II, у 16 – III, у 6 – IV ступеня важкості. У 13 обстежуваних ступінь інвалідації за шкалою EDSS складав 3,0-4,5 бали, у 12 – 5,0-6,5 бали, у 5 – 7,0-8,5 бали. Після проведеного модифікованого лікування зменшення ступеня інвалідації на 2 бали і більше вважали як значне покращання, від 1 до 2 балів – помірно, до 1 бала – незначне.

Ретельне клініко-імунологічне обстеження виявило, що в результаті лікування протефлазидом хворих на РС значне покращання стану відмічалось у 63 % пацієнтів, помірно – у 17 %,

незначне – у 7 %, без ефекту - у 13 % осіб. Терапевтичний ефект препарату виявлявся у частковому відновленні рухових функцій, зменшенні координаторних, чутливих розладів, нормалізації функції ЧМН, тазових органів.

Лікування протефлазидом викликало м'який корегуючий вплив на імунну систему, що заключався у збільшенні кількості Т-лімфоцитів із зростанням вмісту всіх субпопуляцій, зниженні рівня В-клітин із зменшенням концентрації імуноглобулінів всіх класів та ЦІК.

Застосування протефлазиду виявилось найбільш ефективним у хворих із II-III ступенем важкості захворювання, ремітуючим та ремітуюче-прогресуючим варіантом перебігу та невеликим ступенем інвалідації (до 4,5-5,0 балів за шкалою EDSS). У хворих із вторинно-прогресуючим варіантом перебігу РС, IV-V ступенем важкості з відповідно високими показниками шкали EDSS лікування виявилось практично неефективним.

Висновки:

1. Лікування протезфлазидом виявилось ефективним у 87% пацієнтів, з них значне покращення відмічалось у 63% обстежуваних, помірно - у 17%, незначне - у 7% осіб.

2. Найбільш ефективним виявилось застосування протезфлазиду у хворих із II-III ступенем важкості захворювання, ремітуючим та ремітую-

юче-прогресуючим варіантом перебігу та невеликим ступенем інвалідизації (до 4,5-5,0 балів за шкалою EDSS).

3. Неefективним виявилось призначення протезфлазиду у хворих із вторинно-прогресуючим варіантом перебігу РС, IV-V ступенем важкості з відповідно високими показниками шкали EDSS.

Е.Ю. Бударная

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОТЕФЛАЗИДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Тернопольская государственная медицинская академия им. И. Я. Горбачевского

Цель исследования – оценка клинической эффективности иммунотропного препарата протезфлазид у больных рассеянным склерозом. Обследовано 30 больных рассеянным склерозом (19 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 25 до 56 лет и длительностью заболевания от 3 до 7 лет. В результате исследования получены данные о хорошей клинической эффективности протезфлазид у больных со II - III степенью тяжести заболевания, ремиттирующем и ремиттирующе – прогрессирующем варианте течения, а также с небольшой степенью инвалидизации (до 4,5 – 5,0 баллов шкалы EDSS). (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.136-137)

О.Yu. Budarna

THE INDICATIONS TO APPLICATION PROTEFLAZID IN COMPLEX TREATMENT MULTIPLE SCLEROSIS'S PATIENTS

Ternopil state medical academy n. I.Y.Gorbachevsky

The aim of research - estimation of clinical efficiency of a drug proteflazid in multiple sclerosis's patients. Is inspected 30 multiple sclerosis's patients (19 women and 11 men) in the age from 25 till 56 years old and duration of disease from 3 till 7 years). In a findings of investigation the data about good clinical efficiency proteflazid for ill with II - III degree of gravity of disease, remittent and remittent - progressing version of weep, and also with a small degree of invaliditi (up to 4,5 - 5,0 balls of a scale EDSS) are obtained. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.136-137)

Література

1. Проф. И.А.Завалишин, Т.Д.Жученко Современные представления о патогенезе и лечении рассеянного склероза. // Медицинская помощь. – 2000.-№3.-с.30-34.
2. Т.Е.Шмидт. Терапия рассеянного склероза.// Неврологический журнал.- 2001.-№2.-с.47-58.

3. Е.М.Гусев, А.Н.Бойко. Рассеянный склероз: От новых знаний к новым методам лечения.// Рос.мед.журнал.-2002.-№1.-с.-4-10.
4. Протезфлазид Информационные материалы по свойствам и методам применения.// Киев.-2002.-с.69.

Поступила в редакцию 20.05.2004

УДК:616.839-02:616.71-007.234]-06:614.876

*С.І. Шкробот М.Я. Фурдела***МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ - ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ**

Тернопільська державна медична академія ім.І.Я.Горбачевського

Ключові слова: іонізуюче випромінювання, вегетативна дисфункція, остеопороз

Остеопороз (ОП) відноситься до набутих захворювань скелету, основними проявами якого є зменшення кісткової маси на одиницю об'єму кістки по відношенню до нормального показника вікової групи, порушення мікроархітектурної будови кісткової тканини, що в кінцевому результаті призводить до підвищеної ламкості кісток і збільшення ризику переломів.[1] Основою для вивчення стану кісткової тканини після дії іонізуючого опромінення (променевої ОП) стала низка експериментальних та клінічних спостережень, які беззаперечно доводять, що і у так зва-

них радіорезистентних тканинах під впливом іонізуючого опромінення виникає ряд структурних та функціональних порушень на клітинному та субклітинному рівнях.[2] До таких тканин слід також віднести кісткову тканину. З іншої сторони під час масових оглядів даної категорії хворих у 60 – 70% обстежуваних відмічаються скарги на часті болі в спині, суглобах, кістках рук і ніг.[3]

Метою нашої роботи було вивчення змін мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у хворих - ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС за даними двофотонної рентгенівської денситометрії.

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 40 хворих – ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС з вегетативною дисфункцією, серед них 15 жінок – середній вік ($41 \pm 2,15$) та 25 чоловіків – середній вік ($43 \pm 1,25$), які знаходились в зоні радіоактивного забруднення у 1986-1987 роках. МЩКТ поперекового відділу хребта

визначали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на денситометрі DPX – А виробництва «Lunar Corporation» у регіоні дослідження L1-L4. Аналіз проведений за критерієм Young Adult-T-score та Age Matched-Z-score. Контролем була реферативна база фірми «Lunar Corporation».

Результати дослідження та їх обговорення

За даними денситометричного дослідження всіх хворих було поділено на дві групи. I групу з остеопенією склали 23(57,5%) пацієнти віком від 36 до 55 років (середній вік $43,4 \pm 6,1$), II групу з нормальними показниками мінеральної щільності кісткової тканини – 17(42,5%) пацієнтів, віком від 36 до 53 років (середній вік $42,2 \pm 4,8$). В першу групу ввійшли - 5 (22,8%) жінок та 18 (78,2%) чоловіків, другу групу склали 10 (58,8%) жінок та лише 7 (42,2%) чоловіків.

У I групі по хребцю L1 показник T коливався від -1,1 до -2,7 ($-1,8 \pm 0,5$). При цьому різні ступені остеопенії виявлено у 20 хворих та остеопороз (ОП) - у 3. Показник Z коливався від -1,1 до -2,5 ($-1,7 \pm 0,5$). По хребцю L2 показник T коливався в межах від -1,2 до -3,2 ($-1,95 \pm 0,61$). Остеопенічні зміни виявлено у 16 обстежених, ОП - у 2. Z склав ($-1,7 \pm 0,6$).

По хребцю L3 зниження мінеральної

щільності хребців виявлено у 14 хворих, з них у 2 обстежених - ОП, межі показника T склали від -1,3 до -3,7 ($-2,0 \pm 0,7$), Z, в свою чергу, теж мав тенденцію до зниження ($-1,8 \pm 0,6$).

Остеопенія по L4 була виявлена у 15 хворих, причому показник T склав ($-2,02 \pm 0,41$) (від -1,4 до -2,7), показник Z ($-1,85 \pm 0,52$). Остеопоротичні зміни виявлені у трьох обстежених.

Виходячи з отриманих даних можна припустити, що внаслідок впливу іонізуючого опромінення проходять зміни у кістковому метаболізмі, які полягають в розвитку остеодефіцитних змін у поперекових хребцях з розвитком остеопенії та остеопорозу з тенденцією до зростання від L1 до L4. Виникнення цих змін може бути обумовлене порушенням нейро-гуморальної регуляції кісткового метаболізму, а також ендогенною інтоксикацією спричиненою впливом іонізуючого опромінення, що тягне за собою раннє старіння організму.

С.И. Шкробот, М.Я. Фурдела

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ-ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Тернопольская государственная медицинская академия им. И.Я.Горбачевского

В статье высветлены результаты детального денситометрического исследования больных – ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС с вегетативной дисфункцией. Остеопенический синдром, который, наверное, обусловлен как непосредственным влиянием ионизирующего облучения на костную ткань, а также косвенно вследствие поражения дienceфальных структур выявлен у 57,5% обследованных. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.138-139)

S.I. Shkrobot, M.J. Furdela

CONDITION OF BONE TISSUE MINERAL DENSITY AT THE PATIENTS-LIGUIDATORS OF ACCIDENT CONSEQUENCES ON CHERNOBYL NUCLEAR POWER PLANT

Ternopil state medical academy n. I.Y.Gorbachevsky

This article represents the results of densitometrical examinations of liguidators of accident consequences on Chernobyl Nuclear Power Plant with autonomous nervous system dysfunction. Osteopenia has been found in 57,5 % patients. It, probably, is caused by direct influence of ionozing radiation on bone tissue, and also by indirect inguri diencephalic structures. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.138-139)

Література

1. Поворознюк В.В., Гайко Г.В., Євтушенко О.О., Шевченко Н.С. Епідеміологія, діагностика і лікування остеопорозу(за матеріалами європейського конгресу з проблем остеопорозу, Німеччина, 11-15 вересня 1998р.) // Український медичний часопис - № 2 (10) – III/IV 1999, С.110-117.
2. Бычковская И.Б., Степанов Р.П., Кирык О.В. Некоторые новые аспекты проблемы радиочувствительности

малообновляющихся тканей // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2003. – Том 48. - № 6. – С. 5-17.

3. Дедов И.И., Марова Е.И., Рожинская Л.Я., Рассохин Б.М., Оганов В.С., Бакулин А.В., Родионова С.С., Бухман А.И., Колесникова Г.С. Состояние костной системы у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС: Состояние здоровья. ИздАТ. Москва – 1995. С.114-119.

Поступила в редакцию 22.05.2004

УДК:616.711—018.03—002—02:616.71—007.234—092

*С.І. Шкробот, Н.Р. Сохор***ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ «PRO SELENIUM» ТА КАЛЬЦЕМІНУ У ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачовського

Ключові слова: неврологічні прояви поперекового остеохондрозу, мінеральна щільність кісткової тканини, перекисне окислення ліпідів, «pro selenium», кальцемін.

Проблема остеохондрозу та його неврологічних проявів є актуальною в медико-соціальному плані і її вивченню присвячена значна кількість наукових досліджень [1,2]. Проте багато питань етіології, патогенезу та лікування залишаються невисвітленими. Не вивчені особливості змін мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у хворих з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу (НППОХ), особливості перебігу НППОХ, мембранодеструктивні

зміни, показники обміну кістки у хворих з різною МЩКТ та не розроблені схеми лікування хворих з НППОХ в залежності від показників МЩКТ і, зокрема, при наявності остеопенічного синдрому.

Тому метою роботи було вивчити особливості змін МЩКТ, мембранодеструктивних порушень та дослідити ефективність антиоксидантного препарату «pro selenium» і комбінованого препарату кальцію з вітаміном D₃ «кальцемін» у комплексному лікуванні хворих з НППОХ:

Матеріал та методи дослідження

Нами обстежено 131 хворий з НППОХ, 66 (50,4 %) жінок та 65 (49,6 %) чоловіків з тривалістю захворювання від 1 місяця до 15 років та кількістю загострень від 1 до 10. Контрольну групу склали 40 здорових людей. Усі хворі в залежності від клінічного варіанту НППОХ були поділені на три групи згідно класифікації І. П. Антонова (1985). І групу склали 65 (49,6 %) пацієнтів з радикулопатією, II – 56 (42,8 %) хворих з люмбоішіалгією, серед них з м'язево-тонічною формою – 27 (20,6 %), вегето-судинною – 16 (12,2 %), нейродистрофічною – 13 (10,0 %) хворих. У III групу ввійшли 11 (8,3 %) хворих з судинними корінцево-спінальними синдромами.

Проведено детальне клініко-неврологічне

обстеження в динаміці використання патогенетично обґрунтованих схем лікування, рентгенологічне та комп'ютерно-томографічне обстеження хребта. Стан кісткової тканини вивчений за допомогою двофотонної рентгенівської денситометрії поперекового відділу хребта. Досліджувалися показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантної системи захисту (АОСЗ): малоновий діальдегід, дієнові кон'югати, глутатіон окислений та відновлений, б-токоферол, ретинол, активність супероксиддисмутази та каталази. Вивчений мінеральний обмін (за вмістом кальцію та неорганічного фосфору), біохімічні маркери обміну сполучної тканини (лужна фосфатаза (ЛФ), вільний оксипролін крові, румалончутливі антитіла).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз показників стану кісткової тканини у хворих з НППОХ показав, що серед обстежуваних виділяється група пацієнтів, показники кісткової тканини яких знаходяться в зоні остеопенії і остеопорозу (ОП). При проведенні денситометрії виявлено: нормальна МЩКТ - у 45 (34,5 %) хворих (21 – чоловіків і 24 жінок), остеопороз – у 34 (26,0 %) (17 чоловіків і 17 жінок), остеопенія – у 28 (21,3 %) (15 чоловіків і 13

жінок), підвищена МЩКТ – у 24 (18,3 %) хворих (12 чоловіків і 12 жінок). ОП і остеопенія виявлені у 44,6 % хворих I групи, 48,3 % II та в 70,0 % пацієнтів III групи. У пацієнтів II та III груп на фоні ОП виявляли компресійні переломи хребців (у 7 випадках).

При дослідженні показників обміну кістки виявлено, що вони в найбільшій мірі порушуються у хворих з ОП. У них достовірно знижу-

вався вміст кальцію в сироватці крові по відношенню до контрольної групи з порушенням співвідношення між рівнем кальцію і фосфору (1,6:1 у пацієнтів з ОП проти 2,3:1 у групі контролю). Виявлено достовірне ($p < 0,05$) підвищення вмісту оксипроліну ($46,6 \pm 2,9$ мкмоль/л) та ЛФ ($3,84 \pm 0,14$ ммоль/л) у пацієнтів з ОП.

При дослідженні мембрано-деструктивних змін відмічено суттєву активацію процесів ПОЛ у хворих з НППОХ, про що свідчило достовірне підвищення в крові концентрації продуктів ліпопероксидації з одночасним зниженням вмісту природних антиоксидантів. При цьому не було виявлено залежності змін ВРОЛ від статі хворих, проте концентрація продуктів ПОЛ зростала з віком, вираженістю клінічних проявів, зокрема, больового синдрому та структурно-функціональних змін хребта, наявності супутньої патології. Отримані дані свідчили також про наростання деструктивних процесів в тканинах хребта при радикулопатіях та судинних корінцево-спінальних синдромах в порівнянні з люмбоішіалгією. При аналізі параметрів ПОЛ у хворих з різною МЦКТ найбільші їх зміни виявлено у хворих з остеопенією та ОП. Особливо показовими у цьому плані були хворі з компресійними переломами хребців.

Зміни ПОЛ стали обґрунтуванням для включення в комплексну терапію 78 пацієнтів антиоксидантного препарату «pro selenium», який містить селенат натрію і карбонат селену у дозі 50 мг тричі на день протягом 14 днів. Групою контролю послужили 53 хворих, яким проводилася традиційна терапія. Дослідження змін клінічної симптоматики під впливом комплексного лікування показало його суттєву перевагу перед традиційною терапією. Його терапевтична ефективність виявилася достовірно вищою в усіх виділених групах хворих з різними клініко-неврологічними варіантами НППОХ (88,4 % проти 64,8 %), а у хворих з вегето-судинними синдромами люмбоішіалгії - 90,0 %.

При дослідженні впливу традиційної терапії на стан ВРОЛ у хворих з НППОХ було встановлено, що в цілому вона дещо покращує метаболічні процеси і функціональну здатність компенсаторно-захисних систем організму. При цьому достовірне зменшення патологічної продукції переокислених форм ліпідів, підвищення функціональної активності АОСЗ було зафіксоване лише в пацієнтів молодого віку, з I-II рентгенологічною стадією остеохондрозу, при помірній недостатності поперекового відділу хребта та при відсутності супутньої патології. Проте, зазначена терапія виявляла недостатній антиоксидант-

ний ефект у пацієнтів похилого віку, з вираженими структурно-функціональними порушеннями в хребті та при поєднанні з супутньою патологією обмінно-трофічного характеру і наявності остеопенічних змін.

Аналіз показників ПОЛ у хворих з НППОХ, яким в курс лікування включали препарат «pro selenium», свідчить про її більший позитивний вплив на синдром пероксидації в усіх групах порівняння за клініко-неврологічним варіантом НППОХ, за віком, вираженістю больового синдрому, тривалістю захворювання, рентгенологічною стадією, змінами МЦКТ. Доведено значний позитивний вплив комплексного лікування на стан показників ПОЛ у хворих з НППОХ не лише з нормальною та підвищеною МЦКТ, а й у пацієнтів з остеопенічним синдромом.

Зниження МЦКТ у 34 (26,0 %) (17 чоловіків і 17 жінок) хворих з НППОХ до рівня ОП, послужили приводом для застосування у 20 з них (10 жінок і 10 чоловіків) препарату «кальцемін» фірми SAGMEL, Inc. USA у дозі 1 таблетка тричі на день протягом 3 місяців. Групу порівняння склали 14 пацієнтів.

Усім хворим через три місяці проводилося повторне неврологічне обстеження, денситометрія поперекового відділу хребта, визначення рівня кальцію, фосфору, оксипроліну в крові.

Встановлено, що у пацієнтів, групи порівняння клінічне покращення відмічалось лише у 7,4 % хворих. У 71,4 % стан хворих залишався стабільним, а в 21,4 % спостерігалось значне погіршення з повторними переломами кісток. Що стосується денситометричних показників, то лише у 35,7 % випадках МЦКТ не зменшувалася, а в 64,3 % хворих відбувалася подальша втрата кісткової тканини. Відмічено також відсутність позитивних змін зі сторони показників обміну кісткової тканини та мембранодеструктивних змін. Поряд з тим, відмічено високу ефективність комплексної терапії із включенням кальцеміну у хворих з НППОХ на фоні ОП (у 80,0 %). Це проявлялось у позитивному впливі на клінічну симптоматику (зменшення осалгій, больового синдрому, симптомів натягу, напруження паравертебральних м'язів, наростання об'єму рухів у попереково-крижовій ділянці), покращення денситометричних показників (наростання МЦКТ у 55 % хворих і у решти відсутність подальшої втрати кісткової маси), показники обміну кісткової тканини (підвищення вмісту кальцію, оксипроліну, ЛФ) та синдром мембранодеструктивних змін. Відсутність клінічного ефекту відмічалася у 20,0 % пацієнтів

(усі жінки в тривалій менопаузі). Найбільш сприятливу дію кальцеміну відмічено у пацієнтів молодого віку, у яких вдалося добитися приросту мінеральної щільності кісткової тканини на 1-2 %. У хворих старшого віку відмічалася тенденція до підвищення МЦКТ.

Висновки:

1. Включення в комплексну медикаментозну терапію природнього антиоксиданту селену покращує клінічний перебіг НППОХ у 85,9 % проти 62,2 % в групі порівняння, а у хворих з веге-

то-судинним синдромом люмбошіалгії відповідно у 90,0 % випадків і супроводжується відновленням рівноваги в системах ПОЛ та АОСЗ. Відмічено позитивний вплив такого лікування і у хворих з остеопенічним синдромом.

2. У 80 % пацієнтів з НППОХ на фоні остеопорозу відмічено високий ступінь позитивного впливу застосування кальцеміну на клінічну симптоматику, денситометричні показники, показники обміну кісткової тканини та синдром мембранодеструктивних змін.

С.И. Шкробот, Н.Р. Сохор

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ «PRO SELENIUM» И КАЛЬЦЕМИНА У БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Тернопольская государственная медицинская академия им. И.Я.Горбачевского

Обследован 131 больной с НППОХ. У 47,3 % пациентов диагностированы остедефицитные изменения (ОП и остеопения). Всем больным в комплексное лечение включали природный антиоксидант «pro selenium», а у 20 больным с ОП – дополнительно – комбинированный препарат кальция с витамином D₃ кальцецин. Показано значительное превосходство комплексного лечения над традиционной терапией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.140-142)

S.I. Shkrobot, N.R. Sokhor

EXPERIENCE OF APPLICATION OF PREPARATIONS OF «PRO SELENIUM» AND CALCEMINUM IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL SYMPTOMS OF LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

Ternopol state medical academy

131 patient with neurological symptoms of lumbar osteochondrosis were inspected. At 47,3 % patients the osteodeficiency changes are diagnosed (osteoporosis and osteopenia). To all patients the natural antioxidant «pro selenium» was plugged in complex treatment, and 20 patients with osteoporosis - additional combined preparation of calcium with vitamin D₃ calceminum. Considerable superiority of complex treatment above traditional therapy is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.140-142)

Література

1. Ісакова Н.В. Невідкладні лікувальні заходи та активне консервативне лікування при загостреннях поперекового

остеохондрозу: Автореф. Дис... к.м.н.: 14.01.15. – Харків, 1997. – 16 с.
2. Яковлев Н.Я. Поясничный остеохондроз–М.: Медицина.–335 с.

Поступила в редакцию 20.05.2004

УДК 616.831 – 005.1 – 071.7

*И.И. Кричун, В.М. Пашковский, И.Я. Кричун***ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ГЛИЦИСЕД-КМП НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ**

Буковинская государственная медицинская академия

Ключевые слова: вегетативная дистония, качество жизни, Глицисед-КМП

В настоящее время вегетативная дистония (ВД) является наиболее частой патологией, встречающейся в популяции. Начиная с пубертатного периода, она обнаруживается у 50% людей. Нарушая в той или иной степени регуляцию гомеостаза – вегетативную реактивность и вегетативное обеспечение, ВД ограничивает возможности организма и поэтому снижает качество жизни (КЖ) больных [1].

В связи с этим актуальным есть определение

степени снижения КЖ у больных на ВД разных социальных групп и исследование влияния на эти показатели различных нейротропных препаратов.

Поэтому целью данного исследования было определение качества жизни студентов-медиков с проявлениями ВД и оценка влияния отечественного препарата Глицисед-КМП, который оказывает стрессопротекторное, ноотропное, седативное и антитоксическое действие [2] на качество жизни данного контингента больных.

Материал и методы исследования

Исследовано 152 студента 4 и 6 курсов медицинского факультета Буковинской государственной медицинской академии. Для выявления вегетативных нарушений были использованы анкеты двух вариантов: «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений», заполняемый обследуемыми, и «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», заполняемая исследующими [3].

С целью исследования качества жизни обследуемых использовался общий опросник The RAND 36-Item Health Survey (Version 1,0) [4]. Опросник включает 36 вопросов, подразделенных на 8 концепций здоровья (шкалы):

– PF – физическое функционирование (степень ограничения выполнения различных физических нагрузок);

– RP – ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья (влияние физического состояния на выполнение работы или повседневной деятельности);

– RE – ролевые ограничения, обусловленные

личными или эмоциональными проблемами (влияние эмоционального состояния на выполнение работы или повседневной деятельности);

– EF – энергичность/усталость (ощущение прилива жизненных сил и энергии или усталости и бессилия);

– EW – эмоциональное самочувствие (наличие изменений в психо-эмоциональной сфере);

– SF – социальное функционирование (степень ограничения социальной активности);

– BP – телесная боль (интенсивность боли и ее влияние на занятие повседневной деятельностью и работой);

– GH – общее восприятие здоровья (оценка пациентом своего общего состояния здоровья и перспектив на будущее).

Оценка производилась в баллах, более высокий балл соответствовал лучшему состоянию здоровья.

Оценка достоверности различий средних величин и относительных показателей проводилась с использованием t-критерия (критерия Стьюдента).

Результаты исследования и их обсуждение

Из 152 обследованных и анкетированных студентов только 50 (32,9%) оказались без признаков ВД (по анкете набрали от 0 до 19 баллов, что соответствует отсутствию вегетативных нарушений), у остальных 102 (67,1%) – сумма набранных баллов составля-

ла от 25 до 66, что соответствует наличию ВД.

При исследовании КЖ выяснилось, что у студентов с признаками ВД его уровень был достоверно ниже по сравнению с группой студентов без признаков ВД по шкалам RE, EF, EW, SF и GH, причем с наибольшей степенью достоверности по шкалам EF, EW (табл. 1).

Показатели качества жизни здоровых студентов-медиков по сравнению со студентами, страдающими вегетативной дистонией

Качество жизни	PF	RP	RE	EF	EW	SF	BP	GH
Здоровые (n=50)	91,00±1,74	89,02±1,77	62,12±1,35	65,25±1,22	68,33±1,32	83,13±1,54	88,71±1,66	70,26±1,53
Больные ВД (n=102)	88,51±2,15	83,55±3,65	53,15±3,80	52,91±1,43	57,43±1,61	77,19±2,00	86,79±2,44	66,96±1,42
Достоверность различий	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,001	p<0,001	p<0,05	p>0,05	p<0,01

Из 102 студентов с проявлениями ВД 37 согласились принять месячный курс лечения Глициседом -КМП.

После курса лечения Глициседом-КМП отмечено некоторое повышение показателей КЖ больных по всем шкалам. Причем по шкалам, касающимся психоэмоциональной сферы (RE, EW), эти изменения были статистически достоверны. При этом все принимавшие препарат указывали на улучшение настроения, снижение внутренней напряженности, утомляемости, повышение работоспособности, появление душевного покоя.

Выводы:

1. На основании проведенных исследований было установлено снижение показателей качества жизни студентов-медиков, страдающих ВД, по сравнению с их здоровыми коллегами.

2. Месячный курс лечения студентов-медиков, страдающих ВД, отечественным препаратом Глицисед-КМП, привел к улучшению самочувствия и статистически достоверному повышению показателей их качества жизни, особенно, касающихся психоэмоциональной сферы.

І.І. Кричун, В.М. Пашковський, І.Я. Кричун

ВПЛИВ ПРЕПАРАТА ГЛІЦИСЕД-КМП НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ З ПРОЯВАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ

Буковинська державна медична академія

З метою дослідження якості життя (ЯЖ) студентів-медиків з проявами вегетативної дистонії (ВД) та оцінки ефективності впливу нейротропного препарату Глицисед-КМП на показники ЯЖ даного контингенту хворих обстежено 152 студента медичної академії.

У 67,1% обстежених студентів виявлені ознаки ВД. При цьому порівняно зі здоровими студентами (32,9% від загальної кількості обстежених) виявлено вірогідне зниження показників рівня ЯЖ по шкалам RE, EF, EW, SF і GH. Після прийому протягом одного місяця препарату Глицисед-КМП встановлено вірогідне покращення ЯЖ по шкалам, які стосуються психоемоційної сфери (RE, EW). (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.143-144)

І.І. Krychun, V.M.Pashkovskiy, I. Ya. Krychun

THE EFFECT THE GLICISED-KMP MEDICATION ON THE PARAMETERS OF THE LIFE QUALITY OF MEDICAL STUDENTS WITH MANIFESTATIONS OF VEGETATIVE DYSTONIA

Bukovinian State Medical Academy

The authors have examined 152 students of the Medical Academy with the object of investigating the quality of life of medical students with Vegetative Dystonia (VD) manifestations and evaluating the therapeutic effect of the neurotropic medication Glicised-KMP on the parameters of the life quality of this cohort of patients.

Signs of vegetative dystonia were disclosed in 67,1% of students under study. A reliable decrease of the life quality parameters according to scales RE, EF, EW, SF and GH was revealed compared with healthy students (32,9% of the overall numbers of subjects). Upon taking the Glicised-KMP medication during a month a reliable improvement of the life quality based on the scales was established and they are concerned with the psychoemotional sphere (RE, EW). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.143-144)

Литература

1. Карлов В.А. Неврология: Руководство для врачей. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1999. — С. 261.

2. Яковлева Е.В. Эффективность глицина при вегетативных нарушениях у больных ревматоидным артритом // Труды молодых ученых (юбилейное издание): Сб. науч. работ / Под общ. ред. С.Л. Кабака. — Мн., 2001. — С. 181–184.

3. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под. Ред. А.М.Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — С.53-57.

4. Ware J.E., Jr., and Scherbourne, C.D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I Conceptual Framework and item Selection // Medical Care. — 1992. - № 30. - P. 473-483.

Поступила в редакцию 18.05.2004

УДК 616.831-005.1-002.151-036.11:616.12-008

И.А. Ракова

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: геморрагический инсульт, вариабельность сердечного ритма, прогноз

Острые нарушения мозгового кровообращения имеют огромное медико-социальное значение, так как являются одной из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения [1-3]. Патология сердца является не только одним из ведущих факторов риска нарушений мозгового кровообращения, но также фактором, влияющим на течение и исход острых нарушений мозгового кровообращения. В

структуре смертности от инсульта большой удельный вес занимают кардиальные факторы.

До настоящего времени не установлены инструментальные критерии, которые могли бы помочь в прогнозировании исходов острых нарушений мозгового кровообращения.

Целью настоящего исследования было изучение состояния сердечной деятельности у больных в остром периоде геморрагического инсульта.

Материал и методы исследования

Нами обследовано 20 больных в остром периоде геморрагического инсульта по типу внутримозговой гематомы: латеральной - 8, медиальной - 9, смешанной - 3 в возрасте 45-80 лет. Среди них мужчин было 7, женщин - 13. Они были разделены на две основные группы: 1-я - выжившие (8 человек), 2-я - с летальным исходом (12 человек). Диагноз верифицировали на основании клинико-неврологического обследования пациентов, магнитно-резонансной томографии головного мозга. В исследование не включались больные с заболеваниями сердца в анамнезе (инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, пороки сердца). Состояние сердечной деятельности изучали с помощью электрокардиографии (ЭКГ) с регистрацией в 12 общепри-

нятых отведениях, мониторной записи ЭКГ (в течении 10 минут) с анализом показателей вариабельности сердечного ритма при помощи компьютерного кардиографа «Cardiolab+» в динамике на 1-е, 3-е, 7-е, 10-е, 14-е сутки. Определялись следующие показатели: стандартное отклонение всех NN-интервалов (SDNN), общая мощность спектра (TP), мощность спектра в очень низкочастотном диапазоне (VLF), низкочастотном диапазоне (LF), высокочастотном диапазоне (HF). SDNN и TP характеризуют ВСР в целом, LF отображает симпатическое, HF парасимпатическое влияние на сердце, VLF характеризует влияние высших вегетативных центров на сердечно-сосудистый подкорковый центр [4-5].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ электрокардиографического исследования показал, что у всех больных имелись изменения на ЭКГ: удлинение интервала Q-T у 5 больных, депрессия сегмента S-T у 12 больных, подъем сегмента S-T у 6 больных, инверсия зубца T у 12 больных, увеличение зубца T у 4 больных, изменение зубца P у 3 больных, синусовая аритмия у 15 больных, экстрасистолия у 5 больных. При этом у выживших больных наблюдалась положительная динамика ЭКГ и к 14-м суткам отмечалось исчезновение аритмии, нормализация сегмента S-T и зубца T. Во второй груп-

пе больных положительной динамики не наблюдалось.

У всех больных отмечалась низкая вариабельность сердечного ритма, что проявлялось в снижении SDNN, общего спектра TP, выраженность которого коррелировала со степенью тяжести состояния больных. Неблагоприятным в прогностическом отношении было снижение относительного вклада LF- и HF-компонент в суммарную мощность спектра и увеличение вклада VLF-компонента. Это свидетельствовало о напряжении регуляторных механизмов влияния на

регуляцію серцевої діяльності при геморагічному інсульті, що було найбільше виражено у больових с медіальною гематомою.

У больових геморагічним інсультом наводяться порушення діяльності серця, котрі,

вероятно, пов'язані з порушенням центральних вегетативних і гуморальних регуляторних механізмів. Метод варіабельності серцевого ритму може бути використаний для динамічного спостереження і прогнозування результату у цих больових.

I.O. Rakova

СТАН СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ХВОРИХ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Обстежено 20 хворих у гострій стадії геморагічного інсульту. Виявлені зміни електрокардіографічних даних та показників варіабельності серцевого ритму в динаміці. Встановлений кореляційний зв'язок цих змін зі ступенем важкості стану хворих і прогнозом захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.145-146)

I. Rakova

CONDITION FUNCTIONING OF THE HEART OF THE PATIENTS IN THE ACUTE STAGE OF A HEMORRHAGIC STROKE

Kharkiv medical academy of postgraduate education

20 patients in acute stage of a hemorrhagic stroke have been examined. The changes of the electrocardiographics data and parameters of a heart rate variability in dynamics are detected. The correlation of these changes with a degree of gravity of a ill and forecast of disease is established. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.145-146)

Литература

1. Віничук С.М. Судинні захворювання нервової системи.-К.: Наукова думка, 1999.-250 с.
2. Москаленко В.Ф., Волошин П.В., Петрашенко П.Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку. // Укр. вісн. психоневрології.- 2001.-Т. 9.-Вип. 1(26).-С. 5-8.
3. Михайлов А.Б. Первичные нетравматические интрацеребральные геморагии в структуре острых нарушений мозгового кровообращения. // Медицина сьогодні і завтра. - 2001. №2. - С. 89-91.

4. Вариабельность сердечного ритма в современной клинике // Яблучанский Н.И., Кантор Б.Я., Мартыненко А.В., Питык А.И. Зинкович И.И., Поступная Н.А., Друнов И.В. / Под. ред. Яблучанского Н.И., Кантора Б.Я., Мартыненко А.В. - Донецк: «Будень», 1997. - 108с.
5. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task force of The European Society of Cardiology and The North American Society of Pacing and Electrophysiology. Europ. Heart J/ 1996; 17: 354-381.

Поступила в редакцию 27.05.2004

УДК 534.17+616.831-616.12-008.331.1

*М.Ю. Купновицька-Сабодош, Р.Д. Герасимчук, В.А. Гриб, С.Ф. Кобець, Г.С. Чмир***ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДОППЛЕРОГРАФІЇ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНИМИ ЕНЦЕФАЛОПАТІЯМИ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Івано-Франківська державна медична академія

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, добове моніторування артеріального тиску, доплерографія судин головного мозку

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найпоширенішим захворюванням в Україні, її питома вага серед усіх зареєстрованих хвороб становила в 2002 році 41% [1]. Значна кількість ускладнень АГ, економічні втрати з причини непрацездатності та висока смертність зумовлюють те, що діагностика і лікування останньої залишаються найважливішою проблемою сучасної медицини. Функціональні і структурні зміни церебральних артерій, які виникають у хворих з артеріальною гіпертензією внаслідок хронічного перебігу захворювання, можуть приводити до розвитку розладів мозкового кровообігу, тим більше, якщо приєднуються атеросклеротичні процеси [2]. Цереброваскулярні захворювання нерідко визначають долю хворих гіпертонічною хворобою, даючи вагому частку стійкої непрацездатності і летальних наслідків.

Своєчасна діагностика артеріальної гіпер-

тензії у хворих з цереброваскулярною патологією, визначення причин її виникнення і правильний підбір антигіпертензивної терапії – основні чинники попередження у таких пацієнтів судинномозкових катастроф. Не дивлячись на це, задовільної діагностично-лікувальної програми щодо ведення таких пацієнтів на сьогодні не існує. Оскільки адекватний контроль за рівнем АГ протягом доби може забезпечити тільки добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ), а найінформативнішим методом вивчення церебральної гемодинаміки залишається ультразвукова доплерографія судин (УЗДГ) головного мозку, то, маючи на меті зробити внесок у розв'язання вищевказаної проблеми, ми вирішили вивчити наявність у хворих з дисциркуляторними енцефалопатіями на фоні АГ взаємозв'язків між показниками двох названих методів обстеження.

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 75 пацієнтів з дисциркуляторними енцефалопатіями гіпертонічного (ГДЕ) та гіпертонічно-атеросклеротичного (ГАДЕ) генезу II стадії, середній вік яких складав відповідно $56 \pm 2,3$ та $58 \pm 2,1$ роки, зі статистично недостовірними відмінностями розподілу хворих за статтю. Середній систолічний АТ (САТ) пацієнтів обох груп разом склав $175 \pm 3,43$ мм рт. ст, середній діастолічний АТ (ДАТ) - $96 \pm 2,2$ мм рт. ст. Всі досліджувані показники вищевказаних

пацієнтів порівнювалися з показниками групи норми, в яку ввійшло 20 здорових осіб.

45 обстежених (34 з ГДЕ та 11 з ГАДЕ) вживали гіпотензивні середники - група лікованих (Л), решту хворих (5 з ГДЕ та 25 з ГАДЕ) - корекції АТ не проводили - група нелікованих (НЛ). Крім загальноклінічних та неврологічних досліджень, проводили УЗДГ судин головного мозку на апараті «Multigon 500M» (виробництво - США) та ДМАТ на апараті «Meditech» (виробництво - Венгрія).

Результати дослідження та їх обговорення

ДМАТ дозволило констатувати, що у всіх хворих коливання АТ мало двофазний ритм. Вираженість двофазності ритму АТ оцінювалася за перепадом його «день-ніч» або за добовим індексом (ДІ), який розраховувався окремо для САТ і ДАТ. В залежності від величини ДІ всі обсте-

жені були поділені на наступні групи: I група - 23 Л і 5 НЛ - «dipper» (нормальне зниження АТ вночі з ДІ 10-20%), II група - 5 Л і 10 НЛ - «non dipper» (недостатнє нічне падіння АТ, ДІ < 10%), III група - 10 Л - «over dipper» (надмірне падіння АТ вночі, ДІ > 22%), IV група - 7 Л і 15 НЛ -

«night peaker» (наявна нічна гіпертензія). 67% хворих II- IV груп складала пацієнти з ГАДЕ.

За даними ДМАТ діагноз «гіпертонічна хвороба» був підтверджений всім обстеженим - показник «індекс часу гіпертензії» у них становив в середньому $87 \pm 2,5\%$ (норма $< 50\%$).

В добовому профілі АТ спеціальної уваги заслуговує його вранішнє підвищення (в період з 4 до 10 год.), яке характеризується величиною та швидкістю. Величина вранішнього підвищення АТ становила в середньому $76,4 \pm 1,3$ мм рт. ст. (норма $< 56,5$ мм рт. ст.), швидкість вранішнього підйому АТ – в середньому $47 \pm 2,1$ мм рт. ст. / год. (норма < 10).

За даними УЗДГ судин головного мозку у 39 обстежених з ГДЕ діагностовано гіпертонічний тип доплерограм, у 36 хворих з АГДЕ – атеросклеротично-гіпертонічний із набагато вираженішим (в порівнянні з хворими групи ГДЕ) порушенням еластико-тонічних властивостей судинної стінки – гіпертонусом та погіршенням еластичності. Індекс циркуляторного опору у хворих ГДЕ становив в середньому $1,3 \pm 0,05$, а у хворих з ГАДЕ – $1,6 \pm 0,02$ ($p < 0,05$), що свідчило про наростання судинного опору дистальніше місця локації. Гемодинамічно значущі стенозуючі ураження магістральних артерій голови (МАГ) виявлено у 22 хворих з ГАДЕ і у 5 хворих з ГДЕ, а виражені спазми МАГ із зростанням пікових швидкостей кровотоку (ПШК) в середньому на $47,0 \pm 2,5$ см/с ($p < 0,05$ порівняно з групою норми) виявлені у 28 обстежених з ГДЕ та у 9 хворих з ГАДЕ (середні показники САТ і ДАТ у цих хворих були найбільшими в групі). Останні дані ще раз свідчать про те, що атеросклеротично змінена судинна стінка є менш податливою, а тому питома вага спазмів МАГ у хворих з ГАДЕ є малою. Натомість, у таких осіб велика питома вага стенозів. У 70% пацієнтів (переважно з ГДЕ) візуалізувалася венозна гіперемія головного мозку та перевантаження мозкових пазух.

17 пацієнтам з ГДЕ та 13 з ГАДЕ проведено УЗДГ на висоті максимального підйому та мінімального значення САТ, час яких був визначений протягом попереднього 3-добового моніторингу АТ. На висоті підйому АТ візуалізувалися спазми МАГ із зростанням ПШК в середньому на $54 \pm 2,3$ см/с ($p < 0,05$) у всіх 17 хворих з ГДЕ та на $25 \pm 1,8$ см/с ($p < 0,05$) у 10 хворих

з ГАДЕ, а також наростала венозна гіперемія мозку із перевантаженням не тільки венозних пазух, але й основних мозкових вен. При проведенні УЗДГ під час мінімальних показників АТ спостерігалася зниження ПШК в середньому на $31 \pm 1,1$ см/с у хворих з ГДЕ ($p < 0,05$ у порівнянні з вихідними даними) та на $11 \pm 1,8$ см/с у пацієнтів з ГАДЕ ($p < 0,05$). Отримані дані УЗДГ є свідченням того, що під час коливань АТ відбуваються значні зміни церебральної гемодинаміки, які полягають у нестабільності кровопостачання мозку, у наростанні його гіпоксії і з часом можуть призвести до зриву ауторегуляції мозкового кровотоку.

Результати роботи засвідчили, що ДМАТ повинно стати обов'язковим методом обстеження пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями на фоні АГ, оскільки це єдиний достовірний метод виявлення неефективності призначеної пацієнтам гіпотензивної терапії. З 45 хворих з ГДЕ, у яких АГ коригувалася, у 5 пацієнтів АТ вночі знижувався недостатньо, у 10 - занадто, а у 7 - нічний АТ перевищував денні показники. Отже, ДМАТ показало, що майже половина хворих, які приймали гіпотензивні препарати, потребували індивідуальної корекції призначеної антигіпертензивної терапії.

Серед 30 хворих, у яких АГ не лікувалася, у 15 пацієнтів АТ вночі був вищим, ніж вдень, а у 10 – вночі не знижувався. Такі хворі складають групу підвищеного ризику виникнення інсульту, інфаркту міокарда, а також ураження нирок. Зростання величини та швидкості вранішнього підвищення АТ у обстежених хворих є додатковим свідченням неадекватності терапії, адже саме з вранішнім піком АТ дослідники пов'язують виникнення більшості серцево-судинних катастроф [3,4].

Проведеними дослідженнями доведені взаємозв'язки між показниками доплерографії судин головного мозку та добового моніторингу АТ, які полягали у наявності суттєвих змін церебральної гемодинаміки та погіршенні мозкової ауторегуляції при максимальних та мінімальних показниках АТ. Крім того, виявлено, що у хворих з ГАДЕ спостерігаються набагато гірші (в порівнянні з хворими ГДЕ) показники церебральної гемодинаміки та більш обмежені можливості мозкової ауторегуляції.

М.Ю. Купновицкая-Сабадош, Р.Д. Герасимчук, В.А. Грыб, С.Ф. Кобец, Г.С. Чмыр

ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ивано-Франковская государственная медицинская академия

Проведено ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга и суточное мониторирование артериального давления у 75 пациентов с дисциркуляторными гипертоническими и гипертонически-атеросклеротическими энцефалопатиями II ст. Из 45 пациентов, у которых АД корригировалась, 22 имели патологический суточный профиль АД с высокими ночными показателями последнего и в связи с этим нуждались в индивидуальной коррекции лечения. У больных с дисциркуляторными энцефалопатиями на фоне АД доказаны взаимосвязи данных доплерографии сосудов головного мозга и мониторирования АД, которые проявлялись существованием значительных изменений церебральной гемодинамики и ухудшением мозговой ауторегуляции при максимальных та минимальных показателях АД. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 2 (12). — С.147-149)

M.Ju. Kupnowytska-Sabadosh, R.D. Gerasymchuk, W.A. Gryb, S.F. Kobez, H.S. Chmyr

INTERRELATIONS OF PARAMETERS OF ARTERIAL PRESSURE MONITORING AND ULTRASONIC DOPPLEROGRAPHY VESSELS OF THE BRAIN AT PATIENTS WITH DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHIES ON THE BACKGROUND OF THE ARTERIAL HYPERTENSIA

The Ivano-Frankivsk State Medical Academy

It is lead ultrasonic dopplerography vessels of a brain and daily monitoring of arterial pressure at 75 patients with dyscirculatory hypertonic and hypertonic-arteriosclerotic encephalopathies II. From 45 patients at whom has been corrected, the 22 had a pathological daily structure of the arterial pressure with high night parameters of the last data and in this connection required in individual corrections of treatment. At patients with dyscirculatory encephalopathies on background the arterial hypertension interrelations given dopplerography vessels of a brain and monitoring arterial pressure, which were shown by existence of significant changes cerebral hemodynamics and deterioration brain autoregulation at maximal and minimal parameters of the arterial hypertension. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.147-149)

Література

1. Свищенко Е.П. Основные направления реализации национальной программы по лечению и профилактике артериальной гипертонии в Украине // Здоров'я України.-2003.-№76.-С.3.
2. Верещагин Н.В., Моргун В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии.- М.: Медицина,1997.-228с.

3. Сіренко Ю.М., Гранич В.М. Значення добового моніторингу артеріального тиску в діагностиці та лікуванні артеріальної гіпертензії // Укр. кардіол. журн.-1999.-№2.-С.71-76.
4. Мазур Е.С., Калязіна В.В. О клиническом значении вариабельности артериального давления при гипертонической болезни // Терапевт. арх.- 1999.-№1.-С.22-25.

Поступила в редакцию 28.05.2004

УДК 616.831-005.1-056.268:301.085

*В.А. Голик, Д.Д. Богуславский, А.В. Русина***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА,
ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ**Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем
инвалидности

Ключевые слова: ограничение жизнедеятельности, мозговой инсульт, инвалидность.

Сосудистые заболевания головного мозга – одна из наиболее важных проблем современного общества. Это обусловлено их растущей распространенностью, высоким процентом инвалидизации пострадавших и значительной смертностью. Указанные показатели в последнее десятилетие занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. При этом распространенность цереброваскулярной патологии (ЦВП) удваивается каждое последующее десятилетие [1]. В Украине отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваемости ЦВЗ, ее распространенности и смертности - в 2002 году заболеваемость инсультом на 10 000 взрослого населения составила 24,7, распространенность – 29,4. Показатель первичной инвалидности у населения трудоспособного возраста за период 2000-2002 гг. имеет тенденцию к росту и увеличился на 5,9 - 8,3% [2, 3], в 2003 году по Украине зарегистрировано снижение первич-

ной инвалидности вследствие этой патологии на 5,1% по сравнению с 2002г. Современное понятие инвалидности базируется на количественной характеристике аспектов ограничения жизнедеятельности - способности к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контролю за поведением, способности к обучению и труду [4]. Понятие «качество жизни» включает группы критериев, характеризующих различные стороны здоровья: физическое, психологическое и социальное, причем каждая группа включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и на уровне субъективного восприятия [5].

Цель работы: исследовать взаимосвязи количественных характеристик нарушений по балльным оценочным шкалам и степени ограничения основных видов жизнедеятельности у инвалидов трудоспособного возраста вследствие мозгового инсульта.

Материалы и методы исследования

Проанализировано 500 медико-экспертных дел инвалидов трудоспособного возраста вследствие томографически верифицированного мозгового инсульта по г.Днепропетровску за 2000-2002 гг., в неврологическом отделении клиники института обследовано 40 инвалидов трудоспособного возраста. В настоящей публикации проанализированы взаимосвязи степени выраженности ограничений передвижения, самообслуживания и ориентации, регламентированные «Инструкцией про установление групп инвалидности» [4].

Количественные характеристики функциональных нарушений оценивались с помощью балльных оценочных шкал: Европейской Шкалы Инсульта, индекса Бартела, модифицированной шкалы Боханнон и Шкалы Равновесия Берга [5, 6, 7]. Для каждого пациента оценивалось ограничение жизнедеятельности с учетом «Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» (Москва, 2001) [6].

Результаты исследования и их обсуждение

На основании полученных данных за период 2000 – 2002 гг. установлено увеличение показателя накопленной инвалидности в Днепропетровской области на 7,2%. В структуре инвалидности преобладала III группа (52,5 – 54,2%), возросло количество инвалидов I группы (9,7 -

10,9%). Среди инвалидов преобладали мужчины в возрасте 50-59 лет (47,2%).

Из числа обследованных пациентов 33 человека – инвалиды III группы, 7 человек – инвалиды II группы.

Ограничение способности к передвижению

виявлено у 81,8% інвалідів III групи, при чом 1-я ступінь обмеження к самостійному передвиженню було отмечено у 51,8% (по даним Европейской Шкали Инсульта, индекса Бартела), 2-я ступінь обмеження соответственно – 48,2% (по даним Европейской Шкали Инсульта, индекса Бартела), 3-й ступінь обмеження к самостійному передвиженню у інвалідів III групи інвалідності отмечено не было. У інвалідів II групи отмечено обмеження способности к самостійному передвиженню со 2-й ступенню – 42,8%, и с 3-й ступенню – 57,2%; обмежений к самостійному передвиженню 1-й ступеню у у інвалідів II групи не было.

Обмеження способности к ориентации было выявлено у інвалідів III групи в 100% случаев: из них 1-я ступінь обмеження к ориентации была отмечена в 42,4% (по даним мо-

дифицированной шкалы Боханнон и Шкалы Равновесия Берг) и 2-я ступінь у 57,6%. Инваліды II группы имели ограничение способности к ориентации в 100% случаев: 71,4% имели 2-ю ступінь обмеження, 28,6% - 3-ю ступінь.

Обмеження способности к самообслуживанию у інвалідів III группы выявлено не было. Во II группе ограничение способности к самообслуживанию 1-й ступеню – 28,6%; 2-й ступеню – 42,8%; 3-й ступеню – 28,6%.

Таким образом, среди інвалідів III группы преобладало снижение способности к передвиженню и ориентации. У інвалідів II группы на первый план выступало ограничение самообслуживания, передвижения. У інвалідів I группы все виды обмеження жизнедеятельности были выявлены в значительной ступеню.

В.А. Голик, Д.Д. Богуславський, А.В. Русина

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ІНВАЛІДІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ЩО ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

У неврологічному відділенні Укр Держ НДІ МСПІ проведена статистична обробка 500 медико-експертних справ, обстежено 35 інвалідів працездатного віку внаслідок мозкового інсульту. Оцінено структуру і динаміку інвалідності серед даної групи хворих по м. Дніпропетровську з 2000 по 2002 рр. Визначений ступінь впливу різних видів обмеження життєдіяльності на якість життя інвалідів унаслідок мозкового інсульту. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.150-151)

V.A. Golyk, D.D. Boguslavski, A.V. Rusina

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN CEREBROVASCULAR PATHOLOGY INVALIDS

Ukrainian state SRI of medical a social problems of isability

In neurology unit of Ukrainian State scientific research institute medical and social problems of physical isability statistical data processing 500 medical - expert documents was carried out surveyed 35 invalids of able-bodied age with a cerebral insult. The frame and dynamics of physical inability among the group over Dnepropetrovsk from 2000 to 2002 is appreciated. The degree of influence of various kinds of restriction of vital activity on quality of life of the given patients is determined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.150-151)

Литература

1. Feigin V.L., Lawes C.M.M., Bennett D.A., Anderson C.S. Stroke epidemiology: a review of population – based studies of incidence, prevalence and case-fatality in the late 20th century // The Lancet Neurol. – 2003. – Vol.2. – P.43-53
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2003 рік (аналітико-інформаційний довідник) / уклад. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги. – 2003. – 95с
3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2001 рік (аналітико-інформаційний довідник) / уклад. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В. та ін. – Дніпропетровськ. – 2002. – 94с
4. Інструкція про встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 07.04.2004. №183.
5. Testa M.A., Simonson D.S. Assessment of quality of life outcomes // N.Engl.J. Med. – 1996. - №334. – P.835-840.
6. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья /Коробов М.В., Шостка Г.Д., Ряснянский В.Ю. и др. //“Человек и его здоровье”: Матер. VI Рос. национ. конгресса. – С.–

Петербург. – 2001. – С. 216.

7. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб, 1999. – 336 с.
8. Кадьков А.С. Реабилитация после инсульта // Российский мед. журн. – 1997. - №1. – С.21-24
9. Методика составления индивидуальной программы медицинской реабилитации инвалидов, управление процессом её реализации и контроля: Учебно-метод. пособ. / Ипатов А.В., Сергієні Е.В., Маруніч В.В., Науменко Л.Ю., Войтчек Т.Г. - Днепропетровск: Пороги, 2003. – 105с.
10. Этапы реабилитации больных мозговым инсультом: Метод. рекомендации /Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева, В.Б. Смычек и др. – Минск, 2001. – 23с.
11. Granger C., Kelly-Hayes M., Johnston M. et al. Quality and outcome measures for medical rehabilitation // In.: R.Braddom. Physical Medicine and Rehabilitation. – W.B.Saunders Company, 1996. – P.239 – 253.
12. Steiner D., Norman G. Health measurements scales: a practical guide to the development and use. 2nd ed. – New York: University Press, 1995.

Поступила в редакцию 13.05.2004

УДК:616.831-005-036.8283/.84

*К. Д. Бабов, Е. А. Даниленко, С. В. Козак***ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ**

Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии, Лермонтовский клинический санаторий

Ключевые слова: моговой инсульт, реабилитация, физические факторы

Сосудистые заболевания мозга – одна из самых актуальных медико-социальных проблем современности, что обусловлено их существенной долей в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

Одним из наиболее распространенных и тяжелых по своим последствиям среди сосудистых заболеваний мозга является инсульт [1,3,4, 6]. Последствия инсульта проявляются в тяжелой физической, социальной, психической дезадаптации, что еще раз подчеркивает их серьёзное практическое значение. К труду возвращаются не более 15-20% выживших больных, а 20-25% до конца жизни нуждаются в посторонней помощи [2,5,7]. Бремя финансовых проблем, которое ложится на общество в целом, огромно, но его крайне трудно полностью оценить, потому что его несут семьи больных и во многих странах социальные службы, причем, примерно 25% больных с инсультом находятся в трудоспособном возрасте[2].

Несмотря на достаточно широкий спектр медикаментозных методов лечения, применяемых в остром периоде нарушения мозгового кровообращения, мозговой инсульт зачастую приводит к стойкому медико – социальному дефекту. Восстановление нарушенных функций происходит длительно и не всегда полноценно [6,7].

На этапе восстановительного лечения большое значение приобретает применение природных преформированных физических факторов, способствующих развитию адаптивных процессов саморегулирования, мобилизации резервов функциональных возможностей организма, скорейшему восстановлению нарушенных функций.

Приоритетным направлением в физиотерапии является комплексное использование природных и преформированных физических факторов, обладающих синергизмом действия и способствующих повышению эффективности лечебных мероприятий [2,3,7].

Цель работы – обоснование эффективности ле-

чебного действия сочетанного применения рефлексотерапии и импульсного низкочастотного электромагнитного поля (ИНЧ ЭМП) с учетом клинко-патогенетических особенностей функционального состояния больных, перенесших мозговой инсульт на санаторном этапе реабилитации.

Основными методами обследования были: ЭКГ, РЭГ, Эхо-КС, определение липидов, показателей свертывающей и фибринолитической систем крови, углеводного обмена, проводимые в динамике.

Методика предусматривала назначение импульсного низкочастотного электромагнитного поля нетепловой интенсивности от аппарата «ИНФИТА» с последующим (с перерывом 10-15 мин.) применением рефлексотерапии, проводимых через день.

ИНФИТА – терапию проводили с последовательным изменением частот в каждой процедуре по схеме. Схема включала в себя постепенное от процедуры к процедуре увеличение частоты и длительности воздействия с последующим снижением параметров, общая длительность процедуры от 3 до 9 минут, на курс 10 процедур.

Рефлексотерапию применяли путем одномоментного проведения интераурикулярного воздействия (на барабанную перепонку) и краниопунктуры лазерным излучением красного диапазона от аппарата ЛП75-1 (с длиной волны 632,8 нм) при выходной мощности 25-30мВт с использованием многоканального световода при длительности процедуры от 5 до 10 минут, всего на курс 10 процедур. Обследовано 52 человека.

Контрольной явилась группа (30 чел), получавшая лечение без применения указанных факторов (ЛФК, массаж, электростимуляция, механотерапия, кислородные ванны).

Установлена позитивная динамика основных жалоб больных (слабость и ограничение движений в конечностях, головокружение, головные боли, нарушение сна и пр.), неврологического статуса (улучшение черепно-мозговой иннерва-

ции с уменьшением анизорефлекси, выраженности болевых синдромов, двигательных и чувствительных нарушений). Указанная динамика сопровождалась благоприятными изменениями функциональных показателей. Применение анализируемого лечебного комплекса статистически достоверно, в сравнении с контрольной группой, повышало уровень мозгового кровенаполнения и венозного оттока. Так, уровень пульсового кровенаполнения (по данным реографического индекса) увеличился у 87% больных (в ФМ – и ОМ отведениях соответственно с $1,17 \pm 0,05$ Ом до $1,67 \pm 0,06$ Ом; $p < 0,05$ и с $0,67 \pm 0,2$ Ом до $0,95 \pm 0,03$ Ом; $p < 0,05$). Венозный отток улучшился у 73% больных, тонус сосудов (в среднем повышенный до лечения у больных под влиянием проведенного лечения снижался соответственно с 191 ± 5 мс до 169 ± 4 мс ($p < 0,05$). Следует подчеркнуть, что курс лечения способствовал улучшению эластичности стенки мозговых сосудов – этот показатель изменился статистически достоверно с $68 \pm 2\%$ до $79 \pm 2\%$ ($p < 0,05$).

Необходимо отметить нормализующее действие

анализируемого комплекса на состояние липидного обмена в виде снижения у 52% больных уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности. Также отмечалась нормализация показателей коагулограммы у 65%, уровня глюкозы у 48% больных.

Таким образом, полученные данные клинических, инструментальных, комплексных биохимических исследований подтверждают клинико-патогенетическую обоснованность и достаточно высокую эффективность нового комплексного воздействия с использованием рефлексотерапии по специальной методике и ИНЧ ЭМП от аппарата ИНФИТА. Следовательно, использование предложенного комплекса на этапе восстановительного лечения больных, перенесших мозговой инсульт, на наш взгляд, представляется обоснованным, актуальным и целесообразным.

Данную методику можно рекомендовать для ранней реабилитации больных с последствиями мозгового инсульта в санаторно-курортных условиях, что не только позволит повысить эффективность консервативного лечения, но и будет способствовать сохранению трудоспособности больных.

К.Д. Бабов, Е.А. Даниленко, С.В. Козак

ЕФЕКТИВНІСТЬ СУМІСНОГО ВПЛИВУ ФІЗИОЛОГІЧНИМИ ФАКТОРАМИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ

Український НДІ медичної реабілітації та курортології, Лермонтовський клінічний санаторій

Враховуючи клініко-патогенетичні особливості функціонального стану хворих, які перенесли мозковий інсульт, досліджували ефективність лікувальної дії сполученого використання рефлексотерапії й імпульсного низькочастотного електромагнітного поля (ІНЧ ЕМП) на санаторному етапі реабілітації.

Отримані дані підтверджують клініко-патогенетичну обґрунтованість і достатню високу ефективність цього комплексного впливу з використанням рефлексотерапії за спеціальною методикою та ІНЧ ЕМП від апарату ІНФИТА. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.152-153)

K.D. Babov, E.A. Danilenko, S.V. Kozak

EFFICACY OF COMBINED APPLICATION OF PHYSICAL FACTORS IN PATIENTS WITH STROKES RESULTS AT THE SANATORIUM STAGE OF REHABILITATION

Ukrainian Research Institute of medical rehabilitation and health resort. Lermontov's health resort

There was studied the efficacy of combined application of reflexotherapy and impulse low frequency electromagnetic field (ILF EMF) at the sanatorium stage of rehabilitation taking into account clinical and pathogenetic peculiarities of the functional state of the patients with stroke.

The results obtained confirm clinical and pathogenetic substantiation and high enough efficacy of new complex influence with the application of reflexotherapy of special technique and ILF EMF produced by the apparatus INFITA. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.152-153)

Литература

1. Первичная профилактика церебрального инсульта. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Батыралиев Т.А. и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. - № 6. – С.19-23.

2. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб. – Фолиант. – 2002. – 397 с.

3. Передерий В.Г., Швец Н.И., Безюк Н.И. Первичная профилактика ишемического инсульта. Современные подходы к профилактике первого инсульта // Укр. мед. часопис. – 2001. - № 2 (22). – С.5-18.

4. Смирнов В.Е., Манвелов Л.С. Распространенность факторов риска и смертность от инсульта в разных географических регионах

// Журн. неврологии и психиатрии. – 2001. - № 2. - С. 12.-18.

5. Горбунов Ф.Е., Кочетков А. В. Санаторный этап ранней реабилитации больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.// Вопр. Курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. – 2003. - №2. – С. 25-30.

6. Самосюк И.З. и соавт. Современные методы физиотерапии последствий мозгового инсульта //Журнал практичного лікаря. – 1999. - №2. – С. 19-23

7. Улащик В. С. Физиотерапия в современной медицине, её достижения и перспективы развития. // Вопр. Курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. – 2003. - №1. – С. 9-18.

Поступила в редакцию 19.06.2004

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

PROBLEM ARTICLES

- Волошин П.В., Кутько И.И., Дьяченко Л.И.** 3
Психоневрологическое здоровье населения Украины и задачи психоневрологической науки и службы
- Маньковский Н.Б., Карабань Н.В.** 9
Качество жизни больных болезнью Паркинсона
- Мороз Е.Н.** 14
Ограничение жизнедеятельности больных с неврологическими осложнениями остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, как интегральный показатель снижения качества жизни
- Волошина Н.П., Егоркина О.В., Веселовский В.В.** 18
Инфекционные симптоматические мультифокальные полиневропатии имитирующие хроническую воспалительную демиелинизирующую полирадикулоневропатию
- Острова Т.В.** 27
Застосування методу нейронного моделювання для класифікації електроенцефалограм і оцінки функціонального стану мозку
- Мар'єнко К. М.** 35
Сучасні методики вивчення якості життя хворих на епілепсію
- Джоджуа А.Г., Грищенко С.В.** 40
Закономерности формирования цереброваскулярной патологии среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, проживающих в экокритическом регионе Украины
- Козелкин А.А., Дарий В.И., Гамалий Т.П., Козелкина С.А., Терновая Т.П.** 46
Качество жизни больных, перенесших мозговую ишемический полушарный инсульт с интрацеребральными осложнениями
- Дубенко О.Е., Атамас Н.В., Чикало А.В., Данько Р.В., Кулешова О.В.** 49
Эффективность реабилитации речевых функций у больных после перенесенного ишемического инсульта в зависимости от состояния мозгового кровотока
- Назаренко В.Г., Семисалов С.Я., Сайко Д.Ю.** 54
Стандартизация лечебно-диагностической помощи больным с легкой черепно-мозговой травмой
- Здесенко И.В.** 58
Факторы, влияющие на качество жизни лиц с неврологическими нарушениями, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС
- Тайцлин В.И., Цыганенко В.В.** 62
Диагностика и коррекция вегетативной дистонии в семьях для улучшения качества жизни
- Мельник Т.М.** 65
Оценка качества жизни боль-
- Voloshin P.V., Kutjko I.I., Djachenko L.I.** 3
Condition and perspectives of development of psychiatric services of Ukraine
- Mankovsky N.B., Karaban N.V.** 9
Quality of life in patients with Parkinson`s disease
- Moroz E.N.** 14
Habitability limitations in patients with neurological complications of lumbar disk pathology as quality of life affection integral parameter
- Voloshina N.P., Yegorcina O.V., Veselovskiy V.V.** 18
Infectious symptomatic multifocal polyneuropathic polyradiculoneuropathias which imitate chronic inflammatory demyelination
- Ostrovaya T.V.** 27
Application the method of neuro-net modeling for classification of EEG patterns and brain functional assessment
- Maryenko K.M.** 35
Contemporary methods to study the quality of life in epileptic patients
- Djodjua A.G., Grishenko S.V.** 40
The legitimacy of the formation of cerebrovascular pathology among liquidators of the incident at the CAPP, living in the ecologically critical regions of Ukraine
- Kozyolkin A.A., Dariy V.I., Gamaliy T.P., Kozyolkina S.A., Ternovaya T.P.** 46
Living standart of patients after cerebral hemispheric ischemic stroke with intracerebral complication
- Dubenko O.E., Atamas N.V., Chikalo A.V., Danko R.V., Kuleshova O.V.** 49
Efficiency of speech disorder rehabilitation in patients after ischemic stroke depending of cerebral blood flow
- Nazarenko V.G., Semisalov S.Y., Saiko D.U.** 54
Standardization of the diagnostico-curative measures taken in mild cranio-cerebral trauma
- Zdesenko I.V.** 58
Factors, influencing on life quality on persons with neurological disorders suffered from Chernobyl accident
- Taytslin V.J., Tsyganenko V.V.** 62
Diagnosis and correction of vegetative dystonia in family to improve the quality of life
- Melnyk T.M.** 65
Evaluation of quality of life of the

ных гипотиреозом с начальными нарушениями мозгового кровообращения

Гриненко Л.И., Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. 69
Выбор наиболее значимых неблагоприятных факторов, влияющих на возникновение перинатальной патологии центральной нервной системы методом нейросетевого моделирования

hypothyroidism patients with initial impairments of cerebral blood supply

Grinenko L.I., Lah U.E., Gurianov V.G.
Choice of the most significant of the adverse factors influencing on Occurrence perinatal pathology OF central nervous Systems by THE method OF neuronet modeling

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

Кузнецова С.М., Кузнецов В.В., Мазур С.Г., Шульженко Д.В. 75
Возрастные особенности состояния магистральных сосудов головы у больных, перенесших ишемический инсульт

Kuznetsova S.M., Kuznetsov V.V., Mazur S.G., Schulzhenko D.V. 75
Age peculiarities of the stage of magistral head's vessels in patients get over the ischemie strohe

Мищенко В.Н. 81
Постинсультная депрессия

Mishchenko V.M. 81
Post-stroke depressions

Мищенко Т.С., Песоцкая Е.В. 84
Роль каротидной эндартерэктомии в снижении инвалидизации больных, перенесших мозговой инсульт

Mishchenko T.S., Pesotska O.V. 84
The role of carotid endarterectomy in reduction of invalidization of the patients with cerebral stroke

Зозуля І.С., Боброва В.І., Зозуля А.І. 87
Ефективність оперативного лікування хворих з ішемічним інсультом, обумовленим оклюзивно-стенотичними процесами внутрішньої сонної артерії

Zozulya I.S., Bobrova V.I., Zozulya A.I. 87
Efficacy of surgical treatment in patients with ischemic insult conditioned on occlusion-stenotic lesions of internal carotid artery

Прусс С.В. 90
Некоторые итоги грязелечения больных детским церебральным параличом

Pruss S.V. 90
Some balances of children with cerebral palsy peloidotherapy

Статинова Е.А., Селезнева С.В. 94
Психоневрологические нарушения у больных, находящихся на програмном гемодиализе

Statinova H.A., Selezneva S.V. 94
Psychoneurological defections in the patients who are staying on the program haemodialize

Казаків В.Н., Івнев Б.Б., Снегірь А.Г., Снегірь М.А. 97
Изменения ЭЭГ-потенциалов мозга, связанных с сенсомоторной реакцией при нормальном старении и болезни Альцгеймера

Kazakov V.N., Ivnev B.B., Snegir A.G., Snegir M.A. 97
Changes of EEG-potentials linked with sensorimotor reaction in normal aging and patients with Alzheimer's disease

Абрамов А.В. 102
Качество жизни и особенности социального функционирования участников ЛПА на ЧАЭС, работающих в системе ОВД

Abramov A.V. 102
Quality of life and features social operation for the participants of liquidation of consequences of emergency on Chernobil atomic power station working in a system of law-enforcement bodies

Гуменюк Ю.М. 108
Особливості церебральної гемодинаміки у хворих із транзиторними ішемічними атаками на фоні артеріальної гіпотонії за даними транскраніальної доплерографії

Gumenjuk J.M. 108
Features cerebral гемодинамики in patients with transitory ischemic attacks to a background of an arterial hypotonia after the data transcranial dopplerography

Мироненко Т.В. 111
Опыт применения сермиона в комплексном лечении мигренозных пароксизмов у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС

Myronenko T.V. 111
The experiment of the complex treatment the migraine attacks at liquidators of the Chernobyl accident by sermion

Мищенко Т.С., Дмитрієва О.В., Криженко Т.В., Балкова Н.Б., Кутіков О.Є., Здесенко І.В., Лапшина І.О. 115
Клініко-патогенетичні особливості судинної деменції у хворих з гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією

Mishchenko T.S., Dmitriyeva O.V., Balkovaya N.V., Kryzhenko T.V., Zdesenko I.V., Kutikov O.Ye., Lapshyna I.O. 115
Clinical-pathogenetic peculiarities of vascular dementia in patients with hypertonic dyscirculatory encephalopathy

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

Школьник В.М., Погорелов О.В., Бараненко О.М., Хмельницька Т.Н., Соколов О.Б., Петров О.С. 119
Нейроритмокоррекция, як засіб по-

Shkolnik V.M., Pogorelov A.V., Baranenko A.N., Chmelnitskaja T.N., Sokolov A.B., Petrov A.S. 119
Neurorhythmicorrection as method

кращення якості життя при неврологічних захворюваннях

Назаренко В.Г., Никитенко Д.В., Калмыкова Т.Н., Багрий Е.А., Ткачева Е.Л. Влияние эффективности терапии на качество жизни больных с невропатией лицевого нерва

Гант Е.Е. Характеристика двигательных и перцептивно - гностических нарушений у больных с различными типами течения рассеянного склероза

Статинова Е.А., Омельченко Р.Я., Калмыкова Т.Н., Сайко Д.Ю., Селезнева С.В., Островая Т.В., Ерохина Т.А. Качество жизни больных рассеянным склерозом

Грицай Н.Н., Литвиненко Н.В., Саник А.В. Церебральный инсульт: анализ исхода и качества жизни

Мартинюк В.Ю., Майструк О.А. П'ятирічний досвід роботи за моделлю реабілітації «Тандем» в Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

Микляев А.А., Кушнир Г.М. Особенности изменения когнитивной сферы у больных с начальными формами цереброваскулярной патологии на фоне артериальной гипотензии

Бударна О.Ю. Покази до призначення протефлазиду в комплексному лікуванні хворих на розсіяний склероз

Шкробот С.І., Фурдела М.Я. Мінеральна щільність кісткової тканини у хворих - ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції

Шкробот С.І., Сохор Н.Р. Досвід застосування препаратів «pro selenium» та кальцеміну у хворих з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу

Кричун І.І., Пашковський В.М., Кричун І.Я. Влияние препарата глицисед-кмп на показатели качества жизни студентов-медиков с проявлениями вегетативной дистонии

Ракова И.А. Состояние сердечной деятельности у больных в остром периоде геморрагического инсульта

Купновицька-Сабадош М.Ю., Герасимчук Р.Д., Гриб В.А., Кобець С.Ф., Чмир Г.С. Взаємозалежність показників моніторингу артеріального тиску та ультразвукової доплерографії судин головного мозку у хворих з дисциркуляторними енцефалопатіями на фоні артеріальної гіпертензії

Голик В.А., Богуславский Д.Д., Русина А.В. Оценка качества жизни инвалидов трудоспособного возраста, перенесших мозговой инсульт

of improvement the quality of life at neurological diseases

Nazarenko V.G., Nikitenko D.V., Kalmikova T.N., Bagrii E.A., Tkacheva E.L. Influence of efficiency of therapy on quality of life of the patients with neuropathy of an facsal nerve

Gant Ye.Ye. Characteristic of motion and perceptive-gnostic dysfunctions at patients with different types of run of disseminative sclerosis

Statinova E.A., Omelchenko R.J., Kalmykova T.N., Sajko D.J., Selezneva S.V., Ostrovaja T.V., Erohina T.A. Quality of the life of patients with the multiple sclerosis

Gritsai N., Litvinenko N., Sanik A. Cerebral insult: the outcome and life quality analysis

Martynyuk V., Maystruk O. Five years' experience of work by «Tandem» – model of rehabilitation in Ukrainian medical rehabilitation center for children with organic injuring of nervous system

Miklyaev A.A., Kushnir G.M. Particularity of cognitive disorder in patient with arterial hypotension with initial form of cerebrovascular pathology

Budarna O.Yu. The indications to application proteflazid in complex treatment multiple sclerosis's patients

Shkrobot S.I., Furdela M.J. Condition of bone tissue mineral density at the patients-liquidators of accident consequences on Chernobyl nuclear power plant

Shkrobot S.I., Sokhor N.R. Experience of application of preparations of «pro selenium» and calceminum in patients with neurological symptoms of lumbar osteochondrosis

Krychun I.I., Pashkovskiy V.M., Krychun I.Ya. The effect the glicised-kmp medication on the parameters of the life quality of medical students with manifestations of vegetative dystonia

Rakova I. Condition functioning of the heart of the patients in the acute stage of a hemorrhagic stroke

Kupnowytska-Sabadosh M.Ju., Gerasymchuk R.D., Gryb W.A., Kobez S.F., Chmyr H.S. Interrelations of parameters of arterial pressure monitoring and ultrasonic dopplerography vessels of the brain at patients with dyscirculatory encephalopathies on the background of the arterial hypertension

Golyk V.A., Bogouslavski D.D., Rusina A.V. Quality of life assessment in cerebrovascular pathology invalids

Бабов К. Д., Даниленко Е. А., Козак С. В. 152 **Babov K.D., Danilenko E.A., Kozak S.V.**
Эффективность сочетанного воздействия физи- Efficacy of combined application of physical factors
ческими факторами в реабилитации больных с in patients with stroke results at the sanatorium
последствиями мозгового инсульта на санатор- stage of rehabilitation
но-курортном этапе

СОДЕРЖАНИЕ

154 CONTENTS

К сведению авторов

К опубликованию в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. 2 экземпляра должны быть напечатаны на бумаге формата А4 через два интервала. Третий **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ** электронный экземпляр рукописи готовится в любом текстовом редакторе Microsoft Office или «Лексикон» и присылается в одном файле на дискете или по электронной почте.

2. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском, украинском и русском языках.

3. Статья должна иметь визу руководителя (на 2-ом экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

4. На первой странице, в левом верхнем углу приводится шифр УДК, под ним (посередине) - инициалы и фамилии авторов, ниже - название статьи большими буквами и наименование учреждения, в котором выполнена работа, затем пишутся ключевые слова (не более 6-ти), которые должны отражать важнейшие особенности данной работы и, при необходимости, методику исследования.

5. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

6. Изложение должно быть максимально простым и четким, без длинных исторических введений, повторений, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинико-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика

исследования должна быть написана очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

8. Таблицы должны быть компактными, наглядными и содержать статистически обработанные материалы. Нужно тщательно проверять соответствие названия таблицы и заголовка отдельных ее граф их содержанию, а также соответствие итоговых цифр и процентов цифрам в тексте таблицы. Достоверность различий следует подтверждать статистически.

9. Литературные ссылки в тексте осуществляются путем вставки в текст (в квадратных скобках) арабских цифр, соответствующих нумерации источников в списке литературы в порядке их упоминания в тексте (Ванкуверская система цитирования).

10. Библиография должна оформляться в соответствии с ГОСТ 7.1-84 и содержать работы за последние 7 лет. В случае необходимости, допустимы ссылки на более ранние публикации. В оригинальных статьях цитируется не более 20, а в передовых статьях и обзорах - не менее 40 источников.

11. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте объяснены.

12. К статье прилагается резюме (150-200 слов) на трех языках (русский, украинский, английский). В резюме необходимо четко обозначить цель, методы исследования, результаты и выводы. Обязательным является обозначение полного названия статьи, фамилий и инициалов всех авторов и организации(й), где была выполнена работа.

13. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей.

14. Направление в редакцию работ, которые уже напечатаны в других изданиях или посланы для опубликования в другие редакции, не допускается.

15. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются. Не принятые к печати в журнале рукописи авторам не возвращаются.

16. К материалу прилагается анкета автора, в которой необходимо указать: Ф. И. О., дату рождения, какое высшее учебное заведение окончил и в каком году, ученую степень, ученое звание, почетные звания, должность и место работы, основные направления научных исследований, количество научных работ, авторство монографий (названия, соавторы, издательство, год выпуска) .

17. Статьи направляются по адресу: 83017, Украина, г. Донецк, пос. Победа. Донецкая областная психиатрическая больница. Кафедра психиатрии ДонГМУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

Редколлегия журнала