

синдрома эндогенной «метаболической» интоксикации (СЭМИ) и повысить энергообеспеченность организма пациентов. В клиническом плане это обусловило существенное сокращение продолжительности применения психотропных препаратов и их курсовой дозировки. Использование современных кремнеземных энтеросорбентов, действующим началом которых является активированный диоксид кремния, в патогенетическом плане обеспечивает существенное снижение свободнорадикального окисления и уровня продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови больных, повышение активности ферментов системы антиоксидантной защиты (АОЗ), нормализацию соотношения ПОЛ/АОЗ. Показано, что применение кремнеземных энтеросорбентов, в частности, аэросила, который известен под коммерческим названием «Белый уголь», наряду с улучшением клинического состояния больных психиатрического и наркологического профиля способствует повышению функциональной активности печени, в том числе ее антиоксидантной функции, что особенно перспективно при лечении больных с алкогольными гепатопатиями — острым алкогольным гепатитом, хроническими алкогольными гепатитами и циррозами печени (ЦП). В специально проведенных исследованиях доказаны преимущества применения «Белого угля» по сравнению с пористыми энтеросорбентами при лечении и медицинской реабилитации больных ЦП алкогольной и смешанной вирусно-алкогольной этиологии.

Патогенетическими механизмами позитивных эффектов применения «Белого угля» у больных психиатрического и наркологического профиля являются: поглощение сорбентом разнообразных токсических веществ, попадающих в желудочно-кишечный тракт извне, а также выделяющихся с пищеварительными соками, либо образующихся непосредственно в кишечном канале вследствие действия патологически измененной в результате дисбиоза микрофлоры (индол, скатол и др.), обволакивающей и цитопротекторный эффект, модификация химического состава кишечного содержимого, неблагоприятная для размножения патогенной и условно-патогенной микрофлоры, что существенно снижает уровень эндотоксинемии; избирательное поглощение желчных пигментов — дериватов билирубина, холестерина, желчных кислот, способствующих уменьшению выраженности синдрома внутрипеченочного холестаза, что особенно важно для пациентов с алкогольными поражениями печени.

Показательно, что энтеросорбент «Белый уголь» даже при значительной курсовой дозировке не оказывает побочных эффектов, в связи с тем, что он не всасывается из кишечника и не имеет собственной фармакодинамики. При этом он обеспечивает быстрое выведение токсических веществ, в том числе среднемолекулярных пептидов из крови, в результате чего снижается интоксикация, возникающая в ходе извращенных биохимических реакций, что и лежит в основе СЭМИ в его классической трактовке проф. Л. Л. Громашевской.

Таким образом, данные, полученные в результате наших многолетних исследований и клинических наблюдений, позволяют считать, что современные кремнеземные энтеросорбенты на основе активированного SiO_2 , в частности, аэросил (коммерческое название «Белый уголь») обладают высокой эффективностью в лечении и медицинской реабилитации больных с патологией психиатрического и наркологического профиля и должны более широко применяться в практике клинической психиатрии и наркологии.

УДК 616.895.4:615.214:612.017.1

Кутько И. И.¹, Фролов В. М.², Пересадин Н. А.²

¹ ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), ² Луганский государственный медицинский университет (г. Луганск)

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОГО ИММУНОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТА ЦИКЛОФЕРОНА НА ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В настоящее время проблемы соматизированных депрессивных расстройств (СДР) требуют междисциплинарного обсуждения. Раньше было установлено, что у больных СДР наряду с нарушениями психоэмоционального фона с наличием соматических проявлений оказываются также существенные нарушения со стороны иммунной системы, которые способствуют ухудшению состояния таких пациентов и более длительному и тяжелому течению заболевания. Поэтому наше внимание привлекла возможность применения в комплексе лечения современного иммуноактивного препарата циклоферона с целью коррекции

иммунологических нарушений, а именно восстановления цитокинового профиля крови (ЦПК) больных СДР.

Было обследовано 69 больных (42 женщины и 27 мужчин) в возрасте от 12 до 18 лет. Клинические проявления заболевания соответствовали рубрикам F 33.11 или F 32.11 согласно критериев МКБ-10. Больные, находившиеся под наблюдением, были распределены на 2 группы: основную (36 пациентов) и группу сопоставления (33 пациента). Все обследованные получали общепринятую терапию СДР, а больные основной группы — дополнительно современный иммуноактивный препарат циклоферон. Наряду с общеклиническими исследованиями, у обследованных больных СДР в динамике изучали содержание в крови провоспалительных цитокинов (ЦК), а именно IL-1 β , ФНО α и IL-6 и противовоспалительных ЦК — IL-4, IL-10.

До начала проведения лечения у обследованных больных СДР наблюдался дисбаланс ЦПК, заключающийся в повышении уровня провоспалительных ЦК на фоне незначительного увеличения концентрации противовоспалительных ЦК. Так, концентрация ФНО α у больных СДР обеих групп на момент начала лечения превышала норму в среднем в 2,7 раза ($P < 0,001$), уровень провоспалительного IL-1 β — в 2,8 раза ($P < 0,001$), концентрация IL-6 в сыворотке крови в 1,91 раза превышала норму ($P < 0,001$). Концентрация противовоспалительных ЦК до начала лечения изменялась менее значительно — уровень IL-4 превышал норму в 1,36 раза, уровень IL-10 — в среднем в 1,34 раза относительно нормы. Коэффициенты, которые отображают соотношение ЦК в крови с провоспалительной и противовоспалительной активностью, были повышенными. Так, кратность увеличения ФНО α /IL-10 относительно нормы составила 2,1 раза, IL-1 β /IL-10 — 2,2 раза. Таким образом, у больных СДР до начала лечения отмечается существенное преобладание провоспалительных свойств крови над противовоспалительными.

При повторном проведении иммунологического обследования после завершения лечения больных СДР было установлено, что у больных основной группы, которые дополнительно получали современный иммуноактивный препарат циклоферон, наблюдалась почти полная нормализация изученных показателей ЦПК, в то время как у пациентов группы сопоставления сохранялись изменения уровня ЦК, а также коэффициентов, характеризующих соотношение ЦК с провоспалительной и противовоспалительной активностью. Так, концентрация ФНО α в группе сопоставления оставалась в 2,17 раза выше нормы ($P < 0,01$), содержание IL-1 β — в 1,81 раза выше нормы ($P < 0,01$), уровень IL-6 — в 1,57 раза ($P < 0,05$). Концентрация IL-4 у пациентов группы сопоставления оставалась выше значений нормы в 1,2 раза ($P = 0,05$), содержание IL-10 — в 1,15 раза относительно нормы ($P < 0,05$). Коэффициенты, которые отображают соотношение ЦК в крови с провоспалительной и противовоспалительной активностью, у больных СДР также оставались достоверно повышенными относительно нормы: ФНО α /IL-10 — в 1,87 раза, IL-1 β /IL-10 — в 1,58 раза относительно нормы.

Исходя из полученных данных, можно считать патогенетически обоснованным, целесообразным и клинически перспективным включение современного иммуноактивного препарата циклоферона в комплекс терапии больных СДР.

УДК 616.821-07-08-003.96-036

Лавкай І. Ю., Бучок Ю. С.

Ужгородський Національний університет (м. Ужгород)

ДЕВІАНТНІ ФОРМИ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КАТАСТРОФІЧНІ ПОВЕНІ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Першочергову соціальну проблему серед осіб молодого віку становлять адиктивні та девіантні форми поведінки, які, на наше припущення, могли бути спровоковані або посилені перенесеннями в дитинстві стресовими навантаженнями і є віддаленими клініко-психопатологічними проявами посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Жителі Закарпатської обл., особливо молодого (19—25 р.) віку, що в минулому пережили дві катастрофічні повені (1998 та 2001 рр.), привертають дослідницький інтерес як соціальна група, в якій прогнозовано розвинулися та достатньо широко поширені поліморфні прояви симптоматики ПТСР.

Згідно із статистичними даними, ПТСР розвивається у 25—80 % осіб, що постраждали внаслідок психотравмуючих надзвичайних подій, а тривалість їх проявів може бути від кількох тижнів до десяти років. Також загальноприйнятні висновки про ставтеві, етнокультуральні, вікові, професійні та інші особливості формування, перебігу та редукції віддалених наслідків ПТСР.

Дослідження проводилося серед 385 осіб педагогічно організованої молоді (учні та студенти), 127 з яких в минулому пережили однократний ((32,28 %) та двохкратний (67,71 %) травматичний вплив катастрофічних повеней. Поширеність розладів психічного здоров'я у даної групи у вигляді повного варіанту ПТСР (12 %) та деяких його окремих ознак (47 %) значно відрізнялося від показників групи осіб, які не зазнали впливу надзвичайних подій.

В групі, що перенесли безпосередній вплив повеней, проводили клінічне та патопсихологічне дослідження на основі нині існуючих скарг та симптомів, які порівнювали з аналогічними проявами в минулому. Усього до лікарів загальної медичної практики за час, що минув після стресового впливу, зверталися 97 (76,4 %) обстежених, а до психіатрів звернулося 4 (3,14 %). В структурі психопатологічної симптоматики домінували розлади сну (14,2 %), депресивно-фобічні (3,93 %), астено-депресивні (5,51 %), obsesивно-компульсивні (1,57 %) та неврастенічні (11,0 %). Поведінкові розлади спостерігалися у 9 (7,08 %) осіб, з них 4 особи вживали психоактивних речовини та мали ознаки ігрової залежності. Переважна більшість (62,2 %) відзначають часті напади дратівливості, підвищену втомлюваність та не різко виражену тривожність, які посилюються у весняно-осінній час (проекції на час катастрофічних повеней). Майже у всіх обстежених за час, що минув після повені, відзначалися з різною частотою нав'язливі спогади про травмуючі події, кошмарні сновидіння відповідного змісту, неадекватне емоційне реагування на ситуації, асоціативно пов'язані з попереднім психотравмуючим досвідом. Описані порушення в однаковій мірі були характерними як для осіб, що продовжують проживати на територіях, небезпечних в плані повторних повеней, так і для осіб, що переселені в більш безпечні місця.

Серед соматичної симптоматики переважали симптоми простудних захворювань, часті головні болі, стани загальної слабості та підвищеної втомлюваності. Крім того, були також встановлені гендерні особливості проявів поведінкових девіацій: інтенсивність і частота віддалених проявів ПТСР вище у дівчат. Можна вважати, що досить низький рівень девіантних форм поведінки в групі постраждалих зумовлений застосуванням первинних заходів ранньої профілактики ПТСР, отримуваним психотерапевтичної допомогою.

УДК 616.831-005-008.64-02-082

Левченко А. Д., Гуца С. Г., Гуца С. И.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета»
(г. Днепропетровск)

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

По определению Всемирной организации здравоохранения (1970) вертебрально-базиллярная недостаточность (ВБН) — это «обратимое нарушение функции мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями». В МКБ-10 данная патология входит в рубрику G45.0 (синдром вертебрально-базиллярной артериальной системы). Причины возникновения ВБН можно условно разделить на две группы — это неverteброгенные и вертеброгенные причины, влияющие на кровообращение в позвоночных артериях.

Материалом для написания данной работы послужили результаты обследования и лечения больных, находившихся в Днепропетровской клинической психиатрической больнице. За последние 3,5 года удельный вес больных с ВБН занимал в нашей клинике от 25 до 30 % из всех больных с цереброваскулярной патологией:

Нозология	2009	2010	2011	2012 1 п/год
Цереброваскулярные болезни	320	294	305	149
Синдром вертебрально-базиллярной артериальной системы	52	86	93	44

У поступавших больных поражения в вертебрально-базиллярной системе проявлялись в виде головокружения, головной боли, вестибуло-атактических нарушений, тошноты, рвоты, переходящими фотопсиями и вегетативными симптомами. Обследование больных проводили по 5 критериям: клинический осмотр, компьютерная или МРТ диагностика, доплерографическое сканирование позвоночных артерий, рентгенологическое

исследование шейного отдела позвоночника, ангиографическое обследование.

Основным доплерографическим показателем при нарушении кровотока в вертебрально-базиллярной системе является снижение скорости кровотока в позвоночных артериях при проведении функциональной пробы. При признаках стенозирования или выраженной компрессии проводилось ангиографическое обследование. Лечение таких больных было направлено на скорейшую нормализацию адекватного кровообращения в позвоночных артериях, устранение или уменьшение причины, вызывающие спазм сосудов. Выявленные хирургические изменения потребовали оперативного лечения: в 2009 г. — 37, в 2010 г. — 36, в 2011 г. — 30 и в 1п/год 2012 г. — 18 больных. Проводимые операции заключались в десимпатизации и устранении деформаций позвоночных артерий.

В остальных случаях применяли медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, лазеротерапию, щадящие методики мануальной терапии, лечебную физкультуру и гипербарическую оксигенацию. Медикаментозное лечение заключалось в проведении сосудистой, нейропротекторной, реологической и противовоспалительной терапии. В некоторых случаях при длительном течении заболевания и наличии в клинической картине астено-депрессивных расстройств назначали антидепрессанты. Использование шины-воротника Шанца для мягкой фиксации шейного отдела позвоночного столба способствовало уменьшению головной и шейной боли, головокружения и тем самым быстрому выздоровлению.

В нашей клинике проводится эффективное лечение пациентов с синдромом позвоночной артерии и симптомами вертебрально-базиллярной недостаточности. Обследование проводится частично амбулаторно, лечение — стационарно. Использование комплексных методов позволяет быстро устранить основные симптомы заболевания и тем самым добиться излечения больных или облегчения их состояния.

УДК: 616.89-055

Лещина І. В.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО ПРОФІЛЮ У СТУДЕНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Широка поширеність психічних та поведінкових розладів серед молоді ставить до числа пріоритетних проблеми їх ранньої діагностики, профілактики й корекції.

Мета дослідження: розробити систему психопрофілактики та корекції непсихотичних психічних розладів (НПР) у студентів-медиків.

Протягом 2007—2011 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології, проведено комплексне обстеження 832 студентів на базі Харківського національного медичного університету. В роботі були використані такі методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та методи математичної статистики. Серед дослідженого контингенту НПР були виявлені у 251 особи (30,17 %), в структурі яких найбільша питома вага належала невротичним, пов'язаним зі стресом та соматоформним розладам.

Аналіз особистісних особливостей у студентів з НПР виявив, що середні значення показників шкал стандартизованого багатометричного методу дослідження особистості (СБМДО) були помірно підвищеними (до 60 Т) та мали гендерні відмінності. Студенткам з психічними розладами, що супроводжувалися зниженим настроєм, притаманне помірно підвищення за шкалою індивідуальності (Sc), що вказувало на відособленість, споглядальну позицію, схильність до роздумів, що превалюють над активністю. При усіх невротичних, пов'язаних зі стресом розладах, особливо розладах адаптації, жінкам був властивим надконтроль (Hs), що проявлявся фрагментарними ознаками соціальної дезадаптації та десоціалізації у вигляді відгородженості, відчуженості, емоційної скупості у сполученні з афективною напруженістю, роздратованістю, які суперечливо поєднувалися зі стриманістю. Риси підвищеної боязливості, конституційно обумовленої тривожності, невпевненості, зниженої самооцінки були притаманні студенткам з соматоформними розладами та неврастенією за рахунок помірного підйому за шкалою тривожності (Pt).

Якщо у жінок спостерігали окремі піки за шкалами СБМДО, то у чоловіків відзначали їх сполучення за діагностичними категоріями. Так, при органічних, включно симптоматичних психічних розладах (F 07.2), афективних розладах настрою (F 3)