

після першої операції) за методом трансплантації ембріональної нервової тканини (ТЕНТ).

На віддаленому етапі після операції (близько 5 міс) у першій групі хворих якогось поліпшення процесів ВНД не зареєстровано, тоді як у другій групі моторна алалія регресувала у 24% пацієнтів, сенсорна — у 42%. Відновились процеси сприйняття у 54% хворих, орієнтування у просторі і часі — у 37%. Після другої операції, яку було проведено через 6 міс після першої, спостерігалось деяке поліпшення діяльності процесів ВНД в першій групі хворих. Так, моторна алалія регресувала у 14% з них, сенсорна — у 32%. Відновились процеси сприйняття у 41% пацієнтів, орієнтування у просторі і часі — у 24%. Значно динамічніше і повнішою мірою (на цьому етапі) відновлювались процеси ВНД у пацієнтів другої групи. Моторна алалія утримувалась тільки у 32% оперованих, сенсорна — у 26%. Процес сприйняття відновився у 78% обстежених, орієнтування у просторі і часі — у 7,2%.

Незначне поліпшення стану, яке мало місце у пацієнтів першої групи (опромінених), після другої операції звелось нанівець після третьої операції. Так, після третьої операції на віддаленому етапі (через 3—5 міс) моторна алалія регресувала у 7% хворих, сенсорна — у 41%. Процес сприйняття відновився у 35%, орієнтування у просторі і часі — у 16%. У другій групі моторна алалія мала місце у 22% пацієнтів, сенсорна — у 17%. Процеси сприйняття відновились у 85% обстежених, орієнтування у просторі і часі — у 93%.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про прогредієнтність патологічного про-

цесу у опромінених при незначному (“затухаючому”) відновленні функцій ВНД після операції ТЕНТ. Така динаміка пояснюється на нашу думку, шкідливою дією іонізуючого опромінення. ЕНТ підтримує «виживання» уражених нейронів і стимулює пластичну реорганізацію тканини мозку реципієнта (Lawrence J.M., 1994; Whitby K.I et al., 1991), тоді як радіація діє шкідливо не тільки на мозок дитини, а й на ЕНТ. Така думка підтверджується літературними даними (А.П.Ромоданов, 1993; О.Р.Винницький, 1993, 1998; А.Т.Носов, М.І.Шамаєв, І.Г.Рашеева, 1993; Ю.П.Зозуля, 1998; Ю.І.Канюка, В.В.Деньгуб, 1993, 1998), які свідчать, що дія іонізуючого опромінення може бути прямою (ураження тканини) і опосередкованою — інтоксикаційною. У такому разі можна припустити, що незначне (“затухаюче”) відновлення функцій у опромінених дітей пояснюється інтоксикацією організму взагалі і головного мозку (ЕНТ) зокрема. Враховуючи специфіку поліпшення психічних процесів після операції ТЕНТ, у опромінених хворих, необхідно на фоні відновної проводити дезінтоксикаційну терапію.

The results surgical treatment by the method TENT all childrens with the spastic form of cerebral palsy radiating in the early ages or when they were born by the workers of CHAES

Kengub V.V.

The conducted researches testify to weep of the process for the functions, irradiated at minor calming down restoring, of higher nervous activity after the operation of a transplantation embrio of a nervous tissue. At treatment on a background it is necessary by reduction to conduct disintoxication therapy.

Динаміка психічних порушень після лікування у хворих, які потерпіли від радіоактивного опромінення внаслідок аварії на ЧАЕС

Дудар Г.К., Деньгуб В.В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м.Київ, Україна

Психічні порушення при іонізуючому опроміненні — дуже поширене явище (А.К. Наприєнко, 1993; Ю.І. Канюка, В.В. Деньгуб, 1993, 1998). Серед причин, що призводять до таких розладів, дослідники вказують насамперед на екзогенно-органічні (М.М. Ліванов, 1964; Л.О. Крижановська, 1992; Ю.П. Зозуля, 1998) та психогенно-травмуючі (В.П. Антонов, 1987; Ю.А. Александровський, 1988; І.Н. Хамзюк, 1991).

Вважають, що екзогенно-органічний чинник при цьому відіграє провідну роль у розвитку симптомів порушення психіки. В його структурі виділяють: пряму (А.П. Ромоданов, 1993; А.Р. Винницький, 1993, 1998 і ін.) та опосередковану дію іонізуючого опромінення.

Для вивчення динаміки психічних порушень, що виникають після опромінення, на віддаленому етапі після лікування було обстежено 539

осіб віком від 20 до 67 років. Більшість пацієнтів отримали дозу від 2 до 50 бер, 56 — від 51 до 100 бер, 23 — від 101 до 200 бер. Нейропсихологічне обстеження хворих проводили за методами Вассермана, Трауготт (1987), Розенцвейга, Анастасі (1982), А.Й. Поліщука (1968).

Проведені дослідження дають можливість у віддалений період (через 3—9 років після опромінення), виділити такі синдроми: 1) гіпомнестичний — у 96% пацієнтів; 2) астеносубдепресивний — у 51% ; 3) психоорганічний — у 30%; 4) астеничний — у 26%; 5) астено-депресивний — у 13%; 6) апатико-абулічний — у 3%; 7) абсесійно-фобічний — у 7%; 8) епілептичний — у 7%. Отримані результати співпадають з даними наших попередніх досліджень (Ю.І. Канюка, В.В. Деньгуб, 1998).

Диференційований підхід до лікування психопатологічних станів передбачав загальну та індивідуальну терапію. В основі загального лікування (для всіх груп хворих) були призначення сорбентів, судинна, вітамінна та ноотропна терапія. При астеносубдепресивних та астенодепресивних синдромах застосовувались інгібітори зворотного захоплення серотоніну, які мають психостимулюючий ефект, їх рекомендували вживати замість трициклічних антидепресантів, оскільки при цьому стані у хворих виражена церебростенічна симптоматика. Одноразово проводили психотерапію і гіпноз.

У разі апатико-абулічного синдрому на фоні судинної та відновної терапії використовували психостимулятори, транквілізатори та інші психотропні препарати з стимулюючим ефектом. Тільки в окремих випадках пацієнтам з різко вираженою церебростенією призначались психостимулятори. При абсесійно-фобічному синдромі застосовували малі нейролептики. Хворих з епісиндромом лікували протисудом-

ними препаратами і ноотропом пантогамом, глутаміновою кислотою та транквілізаторами.

Після лікування (через 3—5 років) стан здоров'я хворих поліпшився: 1) гіпомнестичний синдром залишився у 82%; 2) астеносубдепресивний — у 2%; 3) психоорганічний — у 30%; 4) астеничний — у 5%; 5) астенодепресивний — у 1%; 6) апатико-абулічний — у 3%; 7) абсесійно-фобічний — у 7%; 8) епілептичний — у 7% обстежених.

Таким чином, у процесі лікування динаміка клінічної картини була такою: у частини хворих спостерігалось деяке поліпшення нервово-психічного стану, в 21% випадків регресував астеничний синдром. У 61% пацієнтів зникли депресія та дратівливість. Зменшилися частота і вираженість дienceфальних пароксизмів та епілептичних нападів.

Поліпшення загального стану хворих, підвищення їхньої працездатності були нестійкими. Вони тривали 1—2 міс, після чого стан хворих знову погіршувався.

Отже, особливість динаміки психічних порушень після лікування у хворих, які зазнали впливу іонізуючого опромінення, полягала у проградієнтності патологічного процесу і хвилеподібного його перебігу з тимчасовим поліпшенням стану після лікування. Такі хворі потребували систематичного медичного нагляду та лікування.

Kynamics of mental distyrbing after treatment of ill people wich were suffered as a result of an accident on CHAES from radioactive radiation

Kudar G.K., Kencub V.V.

Uniqueness of dynamic of dynamic of mental disturbing after the treatment of ills, with were under influence of ionic radiation, was contained progression of this process was variable with short improvement after the of treatment, that's why are have to be under the systematic monitoring and treatment.

Динаміка психоневрологічних порушень у дітей які отримали ЧМТ на фоні іонізуючого опромінення

Кеворков Г.А., Деньгуб В.В., Дудар Г.К.

Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України, м. Київ, Україна

Психоневрологічні порушення у осіб, які зазнали радіоактивного опромінення та отримали ЧМТ, займають значне місце серед медичних наслідків катастроф, стихійних лих та

воєн (Ю.А.Александровський та співавт., 1991; А.С.Напреєнка, 1993).

Даних про частоту психічних розладів у дітей, які, перенесли ЧМТ після опромінення,