

использовании психотропных средств, что ограничивает их использование.

Разгрузочно-диетическая терапия (РДТ) является одним из активных биологических методов лечения, который в настоящее время находит все более широкое применение в комплексной терапии различных заболеваний. Данный метод отличается от медикаментозного тем, что приводит к более устойчивым и существенным изменениям в организме, не вызывает привыкания к медикаментам, не дает аллергии. К тому же, по данным ряда авторов (Ю. А. Николаев, 1963; Ю. Л. Шапиро с соавторами; Г. И. Бабенков, В. Б. Крайцеров, 1972 и др.), РДТ воздействует на адаптационные механизмы, патологические изменения мозговой ткани, состояние сосудистой системы и вегетативно-суставную регуляцию.

Дозированное лечебное голодание проводилось нами у 28 больных с невротоподобными состояниями травматического генеза по методу Ю. С. Николаева в пределах 14—16 дней, из них мужчин — 20, женщин — 8, в возрасте от 40 до 55 лет. Давность травмы — от одного года до 30 лет; больные перенесли травму в возрасте от 18 до 40 лет. По ведущему психопатологическому синдрому больные распределялись следующим образом: тревожно-фобический — 14, астено-ипохондрический — 10, депрессивный — 4 больных. Нужно указать, что данные больные с указанной патологией неоднократно лечились у невропатологов, терапевтов, получали разнообразие курсов лечения, в том числе и психотропными препаратами, однако улучшения было кратковременным. Помимо общепринятых клинических и параклинических исследований до лечения и в динамике РДТ проводили исследования ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ. Анализируя общие результаты лечения РДТ, мы можем констатировать, что все больные отметили существенные перемены в своем состоянии здоровья, причем, у 20 из 28 клиническая психопатологическая симптоматика полностью регрессировала, а у остальных 8 больных отмечалось значительное улучшение, у них оставалась все же тревожная настроенность по отношению к своему здоровью, иногда появлялись страхи, однако, они были нерезко выражены и больные сами с ними справлялись.

Данные ЭЭГ и РЭГ позволяют объективизировать улучшение мозговой нейродинамики и мозгового кровообращения в процессе РДТ. Таким образом, РДТ является эффективным методом лечения невротоподобных состояний травматического генеза.

УДК:616.89-008.46/47:616.379-008.64

*Товажнянская Е. Л., Безуглова И. О.,
Семенчук Е. В., Семенчук Е. В.*

Харьковский национальный медицинский университет)

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сахарный диабет (СД) — распространенное эндокринное заболевание, одним из осложнений которого является диабетическая энцефалопатия, приводящая к когнитивному снижению. СД способствует также развитию и прогрессированию атеросклероза (АТС) — независимого фактора риска развития цереброваскулярной патологии и связанной с ней когнитивной дисфункции. Сочетание СД и АТС, нарушая когнитивную продуктивность, приводит не только к ухудшению качества жизни пациентов, нарушая их социальную активность, но также снижает способность адекватно контролировать течение болезни, увеличивает риск инвалидизации и смерти.

Целью исследования явилось выявление особенностей формирования когнитивных нарушений при СД 2 типа в сочетании с АТС.

Обследовано 30 больных с диабетической энцефалопатией II степени на фоне СД 2 типа в сочетании с АТС (основная группа) и 32 пациента с атеросклеротической энцефалопатией II степени без СД (группа сравнения) в возрасте 45—55 лет, которые находились на стационарном лечении в неврологическом и эндокринологическом отделениях Областной клинической больницы г. Харькова. Комплекс обследования включал оценку когнитивных функций с помощью Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и Адденбрукской шкалы оценки познавательных способностей (ACE-R), а также нейрофизиологическое и биохимическое обследование.

Проведенное обследование выявило признаки когнитивного снижения у 96,7 % пациентов основной группы и 87,5 % больных группы сравнения в виде нарушения памяти и концентрации внимания, трудности быстрого воспроизведения полученной информации, снижение общей работоспособности

и др. По данным шкалы MMSE у 27,6 % больных основной группы и 33,3 % больных группы сравнения наблюдались легкие когнитивные нарушения (26—28 баллов), у 72,4 % и 66,7 % пациентов соответственно — умеренные когнитивные расстройства (24—25 баллов). Изучение структуры когнитивных нарушений с использованием шкалы ACE-R выявило, что при СД 2 типа в сочетании с АТС наиболее выражено снижались функции памяти (на 36,8 % в сравнении с возрастной нормой) и беглость речи (на 25,6 %), менее выражено — внимание (на 11,8 %) и зрительно-пространственные способности (на 8,4 %), а функции языка имели лишь тенденцию к снижению. В то же время атеросклеротическая энцефалопатия II степени у больных без СД характеризовалась превалированием нарушения функций внимания (на 21,4 %), зрительно-пространственных способностей (на 20,1 %) и памяти (на 19,2 %), менее значимо снижались языковые функции (на 10,5 %) и беглость речи (на 10,4 %).

При нейрофизиологическом обследовании у больных обеих групп наблюдались диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде дезорганизации основных ритмов, сглаженности зональных различий, повышения индекса медленноволновой активности, более выраженные в основной группе. Ультразвуковая доплерография выявила снижение скоростных характеристик в артериях экстра- и интрацеребрального уровня, наличие стенозирующих процессов в магистральных артериях головы, частота и выраженность которых достоверно отличалась в обеих группах.

Энцефалопатия на фоне сочетания СД 2 типа и АТС характеризуется большей частотой встречаемости и выраженностью когнитивных расстройств в сравнении с атеросклеротической энцефалопатией без СД. Выявленные особенности структуры когнитивной дисфункции при СД 2 типа могут быть использованы в качестве дифференциально-диагностических критериев формирования диабетической энцефалопатии.

УДК 616.89:616.36-002.2:615.851

Б. С. Федак, М. Г. Шекманов*, ***

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків),
КЛПУ «Міська інфекційна лікарня м. Димітрова Донецької області»***

ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ РЕСУРС ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С В АСПЕКТІ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Мета роботи — оцінка психосоціального ресурсу пацієнтів, які хворіють на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС), в аспекті значимості для розроблення та організації медико-психологічної допомоги даній категорії хворих.

На основі інформованої згоди, з дотриманням принципів медичної етики та деонтології, на базі КЛПУ «Міська інфекційна лікарня м. Димітрова Донецької області» протягом 2010—2012 років проведено психодіагностичне дослідження 128 хворих на ХВГС з неін'єкційним шляхом інфікування. Оцінку психосоціального ресурсу проводили за допомогою визначення наявності соціальної підтримки (за багатомірною шкалою сприйняття соціальної підтримки — MSPSS Д. Зімета в адаптації В. М. Ялтонського та Н. О. Сироти) та діагностики здатності особистості сприйняти наявну допомогу з боку інших людей, про що судили за рівнем суб'єктивного контролю (РСК) особистості, який встановлювали за однойменною методикою.

Аналіз самооцінки соціальної підтримки за шкалами в обстежених показав, що хворі на ХВГС найбільш відчутну допомогу отримували від родини, меншу роль відігравали друзі та значущі інші.

Однак наявність доступної соціальної підтримки не була однозначним критерієм наявності психосоціального ресурсу. Даний феномен пов'язаний зі здатністю індивіда до сприйняття себе та оточення через призму локусу контролю, точки відліку суб'єктивної оцінки у діапазоні інтернальності — екстернальності.

Локус контролю є універсальним фактором щодо будь-яких подій та ситуацій, з якими особистість зіштовхується у різних сферах соціального функціонування. У разі екстернального локусу контролю індивід схильний пояснювати все, що з ним трапляється, дією сторонніх зовнішніх сил (випадку, інших людей), тоді як інтернальний локус навпаки інтерпретує значимі події як результат суто власної діяльності.

При вивченні рівня суб'єктивного контролю за методикою РСК виявлено, що у хворих на ХВГС спостерігається екстерналізація контролю за шкалами невдач (Ін), сімейних (Іс) та