

фією скроневих доль і гіпокампа. Вираженіші порушення вищих мозкових функцій відзначались у пацієнтів, у яких церебральна атрофія супроводжувалась лейкоареозом. Мала значення його локалізація — для хворих з лейкоареозом в лобових відділах були характерні нейродинамічні розлади. Збільшення вираженості лейкоареозу супроводжувалось клінічними розладами рівноваги, а за даними МРТ — значнішим розширенням шлуночків. На постуральні функції при хворобі Альцгеймера значний вплив мав вік, при цьому динамічні характеристики (хода) також були пов'язані з розмірами шлуночкової системи, а порушення рівноваги — з наявністю і вираженістю перивентрикулярного лейкоареозу. На томограмах хворих з раннім початком ХА виявлялася зовнішня атрофія, у хворих з пізнім початком ХА візуально виявлялися ознаки кіркової атрофії, що мала дифузний, рівномірний характер. Осередкові зміни речовини головного мозку у досліджених хворих не виявлялися. Ознаки лейкоареозу відзначалися більше у хворих з пізнім початком ХА.

УДК 616-009:616.45-001.1/3:616.895 «364»

О. В. Пісоцька¹, І. О. Якущенко², К. О. Пісоцька¹
¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»; ²КП «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Харків

Больові синдроми різної локалізації у ветеранів бойових дій як наслідок бойового стресу

Біль і стрес часто мають загальне психологічне і емоційне забарвлення, що включає тривогу, страх, безпорадність та ін. (Sharp T. J., 2004). Будь-який біль завжди проявляє властивості стресу. В результаті активації стрес-реалізуючої системи відбувається послаблення больового відчуття, мобілізація пластичних і енергетичних ресурсів організму на відновлення пошкоджених тканин. Біль різної локалізації — найчастіша причина звернення ветеранів війни в центри реабілітації (Asmundson G. J. G., Coons M. J., Taylor S., Katz J., 2002). При цьому в 10—20 % випадків у пацієнтів працездатного віку гострий біль в спині трансформується в хронічний (Gatchel R. J., Gardea M. A., 1999;).

Метою даного дослідження стало вивчення поширеності і особливостей клінічних проявів больових синдромів різної локалізації у ветеранів бойових дій.

Нами обстежені 115 чоловіків — учасників бойових дій у віці від 47 до 75 років (середній вік — 56,8 ± 0,7 роки), що перебували на лікуванні в 23 відділенні для ветеранів війни ХОКПЛ № 3. Усім пацієнтам проводили стандартне клініко-неврологічне обстеження, інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) і за опитувальником Мак Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ). Дію стресових чинників в період бойових дій відчували 110 (96,2 %) пацієнтів. Найбільш виражений вплив на виникнення і розвиток больових синдромів мали такі чинники як участь в озброєних зіткненнях, власні поранення, полон, поранення і загибель товаришів по службі. У 47,2 % обстежених пацієнтів мали місце два і більше стресових чинників. Після закінчення служби під дією стресу продовжували перебувати 89 (77,4 %) пацієнтів. Серед стрес-чинників найбільше значення мали травми, втрата майна, втрата роботи, розлучення, смерть і хвороби близьких. Больовий синдром різної інтенсивності визначався у 113 пацієнтів, середній бал — 46,8 ± 1,8. Поширеність головного болю в обстежених

пацієнтів досягала 65 %, причому у 13 % ветеранів він був вираженим. Біль в грудній клітці спостерігався у 23 % обстежених, біль в нижній частині спини — у 51 %, біль в суглобах — у 18 %, біль іншої локалізації — у 11 %. Больовий синдром супроводжувався порушеннями сну в 53,5 % випадків, тривогою — в 32 %, зниженням пам'яті — в 51 %. Поширеність хронічного болю у ветеранів бойових дій склала 81,5 %. Найчастішими локалізаціями хронічного болю були нижня частина спини (58 %), голова (55 %) і плечові суглоби (21 %). Психологічна дія отриманих травм і поранень, як і зміни ЦНС, в результаті самої травми виразно впливали на формування хронічного головного болю, болю в грудях, в нижній частині спини. Інтенсивність хронічного болю усіх локалізацій за ВАШ була вища, ніж гострого, що було результатом порушення балансу взаємодії між ноцицептивною і антиноцицептивною системами. Аналіз психічних порушень, що супроводжували хронічний біль, показав найбільшу вираженість тривоги, депресії, порушень сну та пам'яті при хронічному головному болю. Пацієнтам з болем в нижній частині спини також були притаманні такі порушення. Хронічні болі в шиї та іншої локалізації (болі в грудній клітці, животі, кінцівках) меншою мірою визначали порушення в психічній сфері.

Таким чином, бойовий стрес і подальші стреси мирного часу мали різний вплив на характеристики болю в обстежених пацієнтів. На початку основними механізмами виникнення болю були ноцицептивний і невропатичний як наслідок отриманих травм і поранень, в подальшому ж велику роль відіграє психогенний чинник.

УДК 616.45-001.1/3-008.447

**В. Т. Поліщук¹, В. І. Заворотний¹,
І. М. Соколова², Г. М. Кожина³**

¹Військово-медичний клінічний центр Північного регіону МО України;

²Українська інженерно-педагогічна академія;

³Харківський національний медичний університет, м. Харків

Проблема психологічних та психопатологічних наслідків бойового стресу в сучасних умовах

На сьогодні серед військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичних операціях, збільшилась кількість тих, хто страждає на бойовий стрес. Розроблені системи превентивної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України з бойовим стресом в умовах збройних конфліктів має велике практичне значення у вирішенні багатьох завдань, що виникли перед військовою системою охорони здоров'я в останній рік. Серед численних наслідків (економічних, політичних, соціальних тощо), які будь-яка війна приносить суспільству, не менш важливими є і психологічні. Через жерло армії, яка бере участь у війні, проходять сотні тисяч психічно та фізично здорових людей, котрі після демобілізації повертаються в мирне життя, приносячи з собою всі особливості милітаризованої свідомості і здійснюючи суттєвий вплив на розвиток соціуму.

Діапазон впливу факторів війни на людину надзвичайно широкий. При цьому набагато більший масштаб мають пом'якшені і відтерміновані наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, а й на їхню психологічну рівноважність, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій тощо. Військові медики все частіше використовують такі

нетрадиційні термінологічні позначення (які віддзеркалюють, проте, клінічну реальність) як бойова психічна травма, бойова втома, бойовий стрес і т. д.

Особливої уваги потребують учасники воєнних дій в Україні, тому що у нашій країні багато осередків напруженості, що супроводжуються активними бойовими діями. Все більша кількість військовослужбовців залучається до вирішення цих конфліктів, бере участь у боях. Досвід бойових дій свідчить, що війська, поряд з фізичними втратами, несуть відчутні психологічні втрати. Вони пов'язані з отриманням військовослужбовцями бойових психічних травм, які в свою чергу призводять до розладів психічної діяльності, повної або часткової втрати боєздатності.

Травматичний стрес — особлива форма загальної стресової реакції. Коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує захист, він стає травматичним.

За даними медичних закладів Міністерства оборони серед 1276 військовослужбовців, яких було госпіталізовано з психічними розладами в період бойових дій, в 30 % з них був встановлений діагноз посттравматичний стресовий розлад, тобто після демобілізації вони потребуватимуть подальшого лікування та медико-соціальної реабілітації.

Вищевикладене свідчить про те, що вивчення посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій та розроблення комплексної системи його корекції та реабілітації хворих є важливою медико-соціальною проблемою.

УДК 616.833.17:616.831-071

*Н. Ф. Посохов, П. Н. Посохов,
О. А. Васильєва, О. С. Ищенко*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков*

Особенности клинко-неврологических и электроэнцефалографических показателей у больных с атипичными прозопалгиями

Лицевые боли (прозопалгии) представляют сложную проблему в плане лечения и профилактики. Для успешной диагностики и лечения лицевой боли важное значение имеют особенности клинических проявлений и четкое представление о патофизиологических механизмах их возникновения. Классификация нейрогенных прозопалгий (Посохов Н. Ф., 2012) отражает патогенез лицевых болей, связанных с поражением чувствительных краниальных нервов, вегетативных нервных образований, центральных болепроводящих путей, а также психогенные и сочетанные формы. Лицевые боли подразделяются на две подгруппы: типичные и атипичные прозопалгии. Типичные прозопалгии — это пароксизмальные невралгии черепных нервов (тройничного, языкоглоточного и др.). К атипичным прозопалгиям отнесены все остальные лицевые боли, различные по происхождению и патогенетическим механизмам. При этом боль, как правило, сопровождается нейрогенными и вегетативно-сосудистыми нарушениями. Атипичные (в том числе и психогенные) прозопалгии чаще встречаются у женщин, возникают и усиливаются после стресса и носят фармакорезистентный характер.

Цель работы: выявить особенности и провести сравнительный анализ клинко-неврологических и электроэнцефалографических (ЭЭГ) показателей у больных с атипичными прозопалгиями.

Обследовано 55 больных с прозопалгиями (31 женщина и 24 мужчины) в возрасте от 26 до 80 лет (средний — $58,5 \pm 3$ года). Всем больным было проведено комплексное обследование.

У 30 больных диагностированы типичные прозопалгии (невралгии тройничного нерва), у 25 — атипичные прозопалгии. Были выявлены следующие клинические особенности атипичных прозопалгий: боли носили постоянный характер с нарастающей интенсивностью, характеризовались отсутствием «курковых» зон, имели выраженный нейропатический компонент и вегетосудистые нарушения. 20 (80,0 %) больных с атипичными лицевыми болями имели коморбидные цереброваскулярные нарушения и последствия перенесенных нейроинфекций.

По данным анализа ЭЭГ-показателей были выявлены следующие особенности: у 15 (60,0 %) больных с атипичными прозопалгиями паттерн ЭЭГ характеризовался смешанной активностью со сглаженностью регионарных отличий, подавлением нормальной альфа-активности, доминированием медленноволновых (тета и дельта) компонентов и высокоамплитудного бета-ритма в передних (лоб, висок) и затылочных отведениях, чаще с акцентом в правой гемисфере головного мозга. У 10 (40,0 %) больных регистрировалась диффузная пароксизмальная активность стволового генеза.

Проведенные нами клинко-электрофизиологические сопоставления указывают на наличие специфических клинко-неврологических особенностей у больных с атипичными прозопалгиями. Клинические проявления атипичных лицевых болей носят постоянный характер с нарастающей длительностью и интенсивностью, без «курковых» зон, с нейропатическим и вегетосудистым компонентом, чаще протекают у больных с преморбидным сосудистым фоном и последствиями хронических нейроинфекций, могут провоцироваться различными стрессовыми факторами. Коррелируют, по данным электроэнцефалографии, с заинтересованностью стволовых структур и пароксизмальной активностью мозга, с доминированием биоэлектрической активности правой гемисферы головного мозга.

УДК 616.89-008.447:362.18 «364»

Г. А. Пріб

*Институт підготовки кадрів державної служби
зайнятості України, м. Київ*

Вплив соціальної дезадаптації в ситуації безробіття на формування девіантної поведінки

Психотравмуючий вплив стану безробіття у певній категорії людей обумовлює різні порушення упорядкованих комунікативних стереотипів і призводить до дезадаптації. Зазначене складає підґрунтя так званого синдрому соціально-психологічної дезадаптації. Професійна, економічна, психологічна дезадаптації, розвиваючись одночасно або послідовно, призводять до нездатності чи неготовності, а також небажання суб'єкта соціалізації розділяти цінності і норми, прийняті в суспільстві. При втраті роботи різко обмежується реалізація потреби в соціальних контактах, які спричиняють у безробітного стан дискомфорту, страждання, незадоволення, що призводить до девіантної поведінки.

Мета дослідження: виявити існування соціальної дезадаптації особи в ситуації безробіття, її вплив на формування девіантних форм поведінки, в залежності від статі.