

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. Васильева, 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 болевых 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 вегетососудистые 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 вегетососудистым 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 дезадаптація, 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 дискомфорт, 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.