

переконавання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди. Методика дослідження схильності до віктимної поведінки (Андронникова О. О., 1984) виявила зниження мотивації на досягнення, високий рівень образливості.

Більш детальна діагностика виявляє порушення можливості розпізнавати та регулювати базальні емоції (радість, горе, страх, гнів, інтерес, відроза, презирство, подив, сором, вина), і усвідомлювати власний емоційний досвід. Тоді будь-які події (радісні чи сумні) не отримують емоційного резонансу, оскільки особа фактично відчужена від навколишнього світу (Лурія А. Р., 2003).

У людей, яким важко розрізнати свої звичайні емоції, знижується здатність зчитувати і розпізнавати інформацію невербально, розвивається алекситимія, тобто здатність до емпатії виявляється вкрай обмеженою. Як відомо, алекситимія є предиктором розвитку багатьох психосоматичних розладів, виникає ризик розвитку соматичної патології.

УДК 616.839:615.214-08

К. В. Харіна

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Астенічний синдром у хворих з вегетосудинною дистонією та його корекція

Вегетосудинна дистонія (ВСД) є найбільш поширеною патологією з частотою зустрічальності в популяції населення від 4,8 до 29,1 %. Щорічно реєструється від 1500 до 1700 нових випадків захворювання. На її частку припадає до 15—20 % функціональних розладів серцево-судинної системи.

Астенічний синдром — це один з найбільш поширених синдромів у хворих на ВСД.

Метою нашої роботи стало оцінити вплив препарату гербастрес на астенічний синдром в лікуванні хворих з ВСД.

Нами було обстежено 30 пацієнтів з ВСД (8 чоловіків та 22 жінки) у віці від 18 до 40 років, в клінічній картині яких переважали вегетосудинні та астенічні порушення. Серед пацієнтів, яких було включено в обстеження, переважали жінки. Середній вік хворих був $33,6 \pm 14,7$ роки.

Хворі отримували гербастрес у дозі 1 таблетка 1 раз на добу протягом місяця. Обстеження хворих проводилося перед та після лікування. Майже в усіх хворих спостерігалися різноманітні астенічні та психоемоційні порушення (загальна слабкість, стомлюваність, понижена працездатність, дратівливість, тривожність, фобії, понижений, депресивний фон настрою). Астенічна симптоматика, що спостерігалась у обстежених хворих з ВСД, існувала як у рамках самостійного (астенічного) синдрому, так і входила до структури більш складних невротичних і неврозоподібних, психопатичних і психопатоподібних синдромів. У неврологічному статусі у хворих виявлялася незначна мікстова розсіяна симптоматика, без осередковості. В процесі терапії препаратом гербастрес в усіх пацієнтів відбувалося поступове зниження виразності основних клінічних проявів (вегетативних та астенічних ознак). У пацієнтів зменшувались вегетативні порушення (зменшення або зникнення тахікардії, пітливості, пароксизмальних станів, координаторних, психоемоційних розладів, порушень сну). В ході 1-місячної терапії у хворих спостерігалось поступове помірне зменшення частоти серцевих скорочень і зниження артеріального тиску (як систолічного, так і діастолічно-

го). В усіх пацієнтів зареєстровані позитивні зміни і при проведенні ЕКГ-дослідження. Різні неспецифічні зміни на ЕКГ при відсутності морфологічних змін у серцевому м'язі були обумовлені підвищенням тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи і характеризувались синусовою тахікардією, високим, змінним зубцем Т, синусовою аритмією, підвищеним сегментом ST, екстрасистолією. Під впливом гербастрес повністю зникли екстрасистоли, нормалізувався серцевий ритм. Негативного впливу на показники периферичної крові, основні біохімічні константи не було. За шкалою астенічного стану виразність астенії на початку дослідження складала 76—95 балів, що відповідало астенії середнього ступеня тяжкості. Середні показники виразності астенічної симптоматики до лікування гербастресом складала $(96,2 \pm 5,6)$ бали, після — знизилась до діапазону «слабка астенія» ($52,7 \pm 5,4$) бали. Виразність астенії за шкалою астенічного стану на більше ніж один рівень виявлявся у 73 % хворих. У 20 % хворих виразність астенії зменшилася менш ніж на один рівень, що відповідає «помірній ефективності». У 7 % хворих позитивної динаміки астенічної симптоматики не було, стан зберігався на тому ж рівні, що відповідало «низькій ефективності». Після закінчення лікування хворі всіх груп оцінювали динаміку свого стану як «позитивну».

Таким чином, при застосуванні препарату гербастрес у хворих на ВСД відмічено зменшення тяжкості основних проявів вегетативної дистонії, астенічного синдрому.

УДК 616.831-005:577.11-08

К. В. Харіна, Г. В. Лінська

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Гіполіпідемічна терапія у пацієнтів з лакунарними інфарктами

В останній час великої надії на зниження темпу прогресування цереброваскулярної патології, зокрема атеросклерозу пов'язують із застосуванням статинів. Впровадження статинів у нас в країні набуває більш широкого масштабу. Статини розглядаються як неодмінна складова лікувальних програм при цереброваскулярних захворюваннях. Щодо вторинної профілактики мозкових катастроф, спектр ефективних статинів обмежується винятково аторвастатином.

Метою нашого дослідження було дослідити ефективність та безпеку застосування такого аторвастатину як Лівостор у вторинній профілактиці у пацієнтів з перенесеними лакунарними інсультами (ЛІ).

У дослідження було включено 35 хворих, які перенесли ЛІ не пізніше 6 місяців від початку дослідження, з гіперліпідемією. Частка жінок з ЛІ була незначно більшою (18 хворих (51,4 %)). Середній вік хворих склав $(64,7 \pm 9,9)$ роки. Діагноз ЛІ головного мозку було встановлено відповідно до критеріїв TOAST. Ураження невеликих гілок середньо-мозкової артерії (за даними нейровізуалізації) в обох півкулях спостерігалось у 22 випадках (62,9 %), в одній півкулі — у 13 (37,1 %) пацієнтів. Основним чинником ЛІ у більшості пацієнтів була гіпертонічна хвороба III ст. — 21 хворий (60,0 %). В інших випадках це був атеросклероз — 4 хворих (11,4 %), а у 10 хворих (28,6 %) мало місце поєднання обох нозологій. Рівень загального холестерину (ХС) в усіх хворих був вищий за 6,5 ммоль/л. Усі пацієнти на момент дослідження не приймали гіполіпідемічні препарати раніше або припи-