

UDK 616.891.6

K. Kosenko*Odesa Regional Medical Center of Mental Health, Odesa***Clinical case of posttraumatic stress disorder in woman**

In connection with the situation in Ukraine, the actual problem is a mental disorder caused by traumatic stressful events from individual mosaic prior-nosological psychopathological manifestations to clinically outlined PTSD. Reproduced clinical case illustrates this trend.

Patient 37 years old, appealed with complaints of constant anxiety, fear, depressed mood, sleep disturbance. First condition deteriorated 5 months ago when, amid prolonged quarrels with her husband on the ground of differences in political views and assessment of the political situation, the husband threatened to divorce. Since then began to bother fears about a deteriorating situation in the city and a possible divorce, indication that further destruction of family relationships progression of anxiety-depressive symptoms, which eventually joined nightmares, increased irritability, isolation and the desire to limit contact with the outside world, irritability, a sense of alienation. Anhedonia symptoms become a source of additional trauma patient. There were also attacks paroxysmal anxiety "trigger hook" which became even slight noise of wheels (appeared to fear that her husband left the family and joined the separatist movement). There was a reduction of emotional and social intelligence.

As a result, complex psychopharmacotherapy, family, problem-oriented and cognitive-behavioral therapy — improved sleep, mood, anxiety and anhedonia symptoms disappeared. Mastered the skills and self-constructive family interaction. Found an understanding with her husband, is planning a successful family and social life.

UDK 616.83-001.31:577.11:615.849.112-08

В. О. Кориняк*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків***Динаміка мозкоспецифічних білків та мелатоніна у хворих з наслідками закритої черепно-мозкової травми до та після мікрохвильової резонансної терапії**

Загальновідомо, що легка закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ) призводить до розвитку стійкої дисфункції неспецифічних структур головного мозку і тривалих посттравматичних та нейрогуморальних порушень, що у 30—40 % хворих формує в подальшому симптомокомплекс неврологічних розладів, які мають перебіг з частими станами декомпенсації. Отже, ЗЧМТ можна розглядати як порушення регіонарних контролюючих механізмів та загального інтегративного контролю ЦНС. Після ЗЧМТ формується інша нейрохімічна організація інтегративної взаємодії, характерною ознакою якої є порушення екскреції нейрогормонів, в тому числі і мелатоніна.

Обстежено 20 хворих віком від 25 до 43 років. Контрольну групу — 20 практично здорових людей віком від 27 до 40 років.

Мікрохвильову резонансну терапію (МРТ) проводили за допомогою генератора Г4-141, джерела міліметрового випромінювання, з діапазоном генеруючих частот 37,50—53,57 ГГц. Тривалість сеансу складала 20—30 хвилин. Курс лікування — 9—12 сеансів, щоденно.

Підвищення рівня протимозкових антитіл є одним із критеріїв прогресивності захворювання. Так, вміст автоантитіл (ААТ) до мозкоспецифічних білків S-100,

основного білка мієліну (ОБМ), енцефалогенного білка (ЕБ), гліально-фібрилярного кислого білка (ГФКБ) та білка 3G-9-D6 у хворих після ЗЧМТ значно перевищував їх концентрацію в порівнянні з контрольною групою.

Після МРТ вміст ААТ до білків S-100, ГФКБ, 3G-9-D6 знизився та наблизився до контрольних показників, а вміст ААТ до ЕБ підвищився, хоча до початку лікування цей показник був утричі більший, що свідчить про тривалі нейроімунні процеси проти нейронів та глії. МРТ зменшує активність цих реакцій та збалансовує показники гуморальної регуляції.

До МРТ у 14 ($70 \pm 10\%$) ($p < 0,01$) обстежених показники мелатоніна були вище (24—32 пг/мл) контрольних значень (8,0—20,0 пг/мл). У 2 ($10 \pm 7\%$) вони були на нижній межі норми, та у 4 ($20 \pm 9\%$) вони були нижче (5,5—6,3 пг/мл) норми. Після лікування в межах норми мелатонін був у 13 ($65 \pm 11\%$) хворих ($p < 0,05$), підвищеними залишилися (хоча вони і знизилися але не наблизилися до контрольних показників) у 4 ($20 \pm 9\%$) чоловік (21—23 пг/мл), та у 3 ($15 \pm 8\%$) вони були нижче контрольних значень.

Таким чином, можна стверджувати, що даний метод є досить ефективний і веде до нормалізації функціонування гуморальних регуляторних механізмів. Нормалізація стану мозкоспецифічних білків та мелатоніна, зменшення активності цих реакцій та збалансованість їх у більшості хворих з наслідками ЗЧМТ під дією МРТ, приводить до нормалізації загального стану пацієнтів.

Підвищення рівня мелатоніна може бути обумовленим, з одного боку, проявом компенсаторної реакції, що спровокована травмою на ті порушення, що мають місце у віддаленому періоді травми, з іншого боку, як спроба нормалізації та пригнічення запальних автоімунних реакцій до різних структур тканин головного мозку. В цьому випадку, вторинна мобілізація залози цілком може розглядатися як захисний феномен, що спрямований на боротьбу з дизрегуляторними порушеннями. Доказано, що у віддаленому періоді мають місце автоімунні порушення в головному мозку, а недостатність мелатоніна сприяє цьому процесу. Відповідно, щоб зменшити реакцію цих процесів, відбувається посилення продукція мелатоніна, який на клітинному рівні здатний забезпечити комплексну нейропротекцію, спрямовану на обмеження масштабів пошкодження мозкової тканини та нормалізацію енергетичного обміну і порушених функцій нейромедіаторних механізмів.

UDK 616.8-009.12-053.4:316.6:159.9

О. В. Кривоногова*Одеський національний медичний університет, м. Одеса***Комплексний психолого-педагогічний супровід дитини з гіперкінетичним розладом**

В даний час діагноз гіперкінетичний розлад є досить поширеним серед дитячого населення, як в Україні, так і в світі, що робить проблему допомоги даній категорії пацієнтів актуальною і вимагає практичного вирішення.

За даними міжнародної статистики, гіперкінетичний розлад (ГКР) частіше спостерігається у хлопчиків: відносна поширеність серед хлопчиків і дівчаток коливається відповідно від 3:1 до 9:1, залежно від критеріїв діагнозу, методів дослідження і категорій обстежених (діти, яких направили до лікаря; школярі; населення в цілому).

Допомога дітям з ГКР повинна також мати комплексний характер і включати, поряд з медикаментозною терапією, психокорекційну роботу, психологічну допомогу