

ефективним психотерапевтичним методом в цих случаях является когнитивная психотерапия.

Фармакотерапия направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективных и соматовегетативных. Это обуславливает выбор соответствующих фармакологических групп.

УДК 616.831-005:616.133.33:001.8

**В. Н. Мищенко**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
Национальной академии медицинских наук Украины»,  
г. Харьков*

### **Структурные изменения головного мозга у больных с единичными и множественными инфарктами мозга**

Широкое внедрение в клиническую практику методов нейровизуализации позволило определить ключевую роль патологии малых сосудов головного мозга в развитии инсульта, деменции, старения. Одним из маркеров патологии малых сосудов головного мозга являются «немые инфаркты головного мозга» (НИМ).

Цель исследования: изучить структурные изменения головного мозга у больных с немymi инфарктами головного мозга.

В исследование включено 202 больных с НИМ, которые выявляли с помощью компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. НИМ выглядели при нейровизуализации как обособленные очаги размером от 3 до 15 мм, интенсивность которых близка к таковой у цереброспинальной жидкости. Эти очаги клинически не проявлялись признаками мозгового инсульта. НИМ мы оценивали по количеству, размерам и локализации. В зависимости от количества очагов в паренхиме мозга, обнаруженных при нейровизуализации, всех больных с НИМ мы разделили на две группы: больные с единичными и с множественными НИМ. В группу с единичными НИМ мы включили 41 пациента, у которых было не более 1 очага в одном полушарии. У 161 больного со множественными НИМ количество очагов колебалось от 2 до 16. Всего было обнаружено более 1600 НИМ у 202 больных. Очаги размером до 5 мм визуализировались у 25,2 % больных, от 5 до 10 мм — у 46,5 %, от 10 до 15 мм — у 28,2 % больных. Большинство очагов (28,1 %) располагались субкортикально, 26,3 % — в базальных ганглиях и таламусе, 10 % — в лучистом венце, 9,5 % — в коре головного мозга, 9 % — в мозолистом теле, 6,4 % — в семиовальном центре, 5,1 % — во внутренней капсуле, 5 % — в стволе мозга.

Становило интерес оценить наличие и степень выраженности расширения периваскулярных пространств у обследованных нами пациентов, так как именно этот МРТ-признак рассматривают как важный маркер болезни малых сосудов головного мозга. В ряде исследований была доказана взаимосвязь расширения периваскулярных пространств с гиперинтенсивностью белого вещества и наличием лакунарных инфарктов. У 62,9 % обследованных нами пациентов отмечалось расширение периваскулярных пространств, в основном в височных долях, инсульлярной области, белом веществе, базальных ганглиях — а именно в зонах васкуляризации перфорирующих артерий. Наши исследования показали, что у больных с множественными НИМ, в отличие от больных с единичными очагами, значительно больше были расширены периваскулярные пространства, особенно

в базальных ганглиях. Помимо очаговых изменений, у половины (54,4 %) обследованных нами больных были выявлены диффузные изменения белого вещества головного мозга в виде лейкоареоза. Степень выраженности лейкоареоза мы оценивали по шкале Fazekas. Выявлена существенная разница в частоте встречаемости и степени выраженности лейкоареоза у больных с единичными и множественными НИМ. Так, у пациентов с единичными НИМ лейкоареоз визуализировался у 12 больных (29,3 %), и у 127 больных (78,9 %) с множественными НИМ. Для больных с множественными очагами характерно было наличие более выраженного лейкоареоза (2 и 3 степени по шкале Fazekas). Важным нейровизуализационным признаком поражения головного мозга у больных с цереброваскулярной патологией является атрофический процесс головного мозга. Церебральная атрофия визуализировалась у 12 (29,2 %) больных с единичными и 150 (93,2 %) больных с множественными НИМ.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что у больных с НИМ выявляются и другие структурные изменения головного мозга в виде расширения периваскулярных пространств, лейкоареоза и церебральной атрофии.

УДК 616.8-036.2 (477)

**Т. С. Мищенко**

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

### **Епідеміологія захворювань нервової системи в Україні**

Сьогодні до найпоширеніших хвороб в Україні належать неврологічні захворювання. Згідно з даними медичної статистики МОЗ України, у 2014 р. в країні офіційно зареєстровано 4 130 479 хворих із різними формами неврологічних захворювань. Перше місце по поширеності та смертності серед неврологічних захворювань, як і раніше, посідають цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ). У 2014 році поширеність ЦВЗ серед дорослого населення становила 7 243,5 на 100 тис. населення. В абсолютних числах — це 255 7591 хворих на різні форми ЦВЗ. Майже третина цих хворих — люди працездатного віку. У структурі захворюваності на ЦВЗ транзиторні ішемічні напади склали 95,8 на 100 тис. населення. Захворюваність на мозкові інсульти (МІ), що належать до найбільш тяжких форм ЦВЗ, у 2014 році становила 266,5 на 100 тис. населення. Це означає, що 94 104 мешканці України перенесли мозковий інсульт. 24,6 % всіх МІ сталися у людей працездатного віку. Смертність від ЦВЗ у 2014 році становила 204,8 на 100 тис. населення, це означає, що 87 890 мешканців України померли від різних форм ЦВЗ. У структурі смертності від ЦВЗ смертність від мозкового інсульту становила 84,8 на 100 тис. населення, тобто померло від МІ 36 378 жителів країни. Поширеність інших захворювань нервової системи, крім ЦВЗ, у 2014 році серед дорослого населення становила 4 454,7 на 100 тис. населення. В абсолютних числах — це 1 572 88 хворих на різні форми хвороб нервової системи. Захворюваність на хвороби нервової системи склала у 2014 році 1 366,3 на 100 тис. населення. Від цих хвороб в неврологічних стаціонарах померли 1 518 мешканців країни. Розлади периферичної нервової системи посідають друге місце за поширеністю після ЦВЗ. 70 % таких хворих — це люди працездатного віку. Зазначена патологія є однією з основних причин тимчасової непрацездатності населення

країни. У 2014 р. в Україні поширеність хвороб периферичної нервової системи становила 1 325,1 на 100 тис. населення. Всього з цією патологією зареєстровано серед дорослого населення 467 882 мешканців нашої країни.

Розсіяний склероз (РС) посідає друге місце з інвалідизації серед хвороб нервової системи. У 2014 р. в Україні було зареєстровано серед дорослого населення 19 114 хворих на РС, що на 100 тис. населення становить 54,1. У 2014 році вперше захворіли на РС 1 215 мешканців України, що на 100 тис. населення становить 3,4. Поширеність запальних хвороб ЦНС у 2014 р. становила 155,1 на 100 тис. населення. Всього зареєстровано серед дорослого населення з цією патологією 54 746 хворих. Вперше захворіли на запальні хвороби нервової системи 5 878 осіб, що на 100 тис. населення становить 16,6. Хвороба Паркінсона та синдром паркінсонізму є чи не найпоширенішою формою рухової патології людини, що вражає понад 1 % популяції людей старших за 60 років. На 2014 р. в Україні зареєстровано серед дорослого населення 22 246 пацієнтів з цією недугою, що на 100 тис. населення становить 63,0 випадки. В 2014 році діагноз «хвороба Паркінсона» вперше був встановлений 1 990 жителям України, що на 100 тис. населення становить 5,6 випадки. Епілепсія та епілептичні синдроми залишаються одними з найпоширеніших і соціально значущих захворювань нервової системи. В Україні на неї страждають в середньому 50—73 особи на 100 тис. населення. Поширеність епілепсії в Україні у 2014 р. становила 76,6 на 100 тис. населення, а захворюваність — 5,4 на 100 тис. населення. В цілому по Україні у 2014 році, порівняно з минулими роками, спостерігалось незначне збільшення кількості неврологічних хвороб.

Для надання допомоги хворим на неврологічні захворювання в Україні є 23 143 ліжка, що на 10 тис. становить 5,41. Обіг неврологічного ліжка становив 32,53. Середній показник зайнятості неврологічного ліжка становив 350 днів. Середня тривалість перебування хворого на ліжку становила у 2014 році 10,76.

УДК 616.45-001.1/.3-003.96:001.8

*Т. П. Мозгова<sup>1</sup>, І. В. Лещина<sup>1</sup>, С. В. Федорченко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет;

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

### Стрес і розлади адаптації

Збільшення і розповсюдженість пограничної психічної патології наголошують як вітчизняні, так і закордонні вчені. Сформована в останні роки в Україні соціальна, економічна і політична ситуація робить негативний вплив на психічне здоров'я населення, знижуючи адаптивні можливості організму. За статистичними даними, на розлади адаптації страждають від 5 до 51 % пацієнтів лікарів-інтерністів. Усе вищеперелічене обумовлює актуальність вивчення даної проблеми.

Мета дослідження: оптимізувати стратегію психотерапевтичних заходів у хворих з розладами адаптації.

Серед загальної кількості пацієнтів, які звернулися за психіатричною допомогою амбулаторно протягом року, з розладом адаптації було 53 хворих, що становило 35,33 %.

У дослідженні був використаний клініко-психопатологічний метод.

Для створення загальної характеристики та визначення окремих особливостей було вирішено включати

в дослідження без гендерних та вікових обмежень усіх хворих, клінічні прояви яких відповідали діагностичним критеріям розладів адаптації. В результаті віковий показник хворих мав діапазон від 18 до 67 років, при цьому основну частину становили хворі 36—48 років. У досліджуваній групі переважали жінки — 67,92 % випадків.

Психогенний характер виникнення розладів адаптації передбачає початкову предиспозованість біологічної основи у вигляді особистісно-типологічних характеристик обстежених хворих. Клініко-психологічний аналіз дозволив виявити індивідуальну чутливість пацієнтів, при якій порушенню схильні тонкі, високодиференційовані особливості особистісної індивідуальної пристосованості (самоусвідомлення, самооцінка, самоорганізація і самоконтроль). Особливу роль у патологічному процесі відіграє особиста значимість емоційно-стресової ситуації.

У проведеному нами дослідженні для хворих жіночої статі найбільш актуальною була сімейна або особиста драма, хвороба або втрата близької людини; для чоловіків на першому місці значилися події соціального і матеріального характеру — успіх у кар'єрному зростанні, підприємницької діяльності та проблема власного здоров'я.

На думку деяких авторів розлади адаптації характеризуються порівняно сприятливим перебігом, однак поліморфізм клінічних проявів суб'єктивно важко сприймається хворими. Найбільш тяжкими є симптоми соматоневрологічного профілю, емоційні порушення у вигляді тривоги, туги, депресії, а також диссомнії та запаморочення.

Таким чином, для хворих з розладами адаптації характерна високодиференційована організація особистісних характеристик і лімітовані адаптаційні можливості організму; до розладів найбільш схильний контингент середнього віку (частіше жінки); стратегія психотерапевтичного паттерну передбачає індивідуальний підхід з урахуванням виявлених вікових, гендерних та інших особливостей.

УДК 616895.8-08.316.6

*Г. В. Морванюк, А. Є. Волощук*

*Одеський національний медичний університет, м. Одеса*  
**Гендерний підхід в комплексній терапії параноїдної форми шизофренії**

Вплив фактора статі залишається до теперішнього часу відносно мало вивченим аспектом в клінічній психіатрії, хоча статеві відмінності захворювань є однією серед головних біологічних, медичних та соціальних проблем. В психіатрії гендерні відмінності досить чітко виступають не лише серед таких хвороб як депресії, фобії, панічні атаки, афективні розлади, адиктивні залежності, а й під час дослідження шизофренії. Більшість психіатрів — дослідників шизофренії вважають, що чоловіки, на відміну від жінок, починають хворіти раніше, мають нижчий рівень преморбідного функціонування, гірші когнітивні показники, а також деякі відмінності в структурних та функціональних порушеннях мозку.

Мета дослідження: Розробити заходи психофармако-терапії з урахуванням гендерних особливостей хворих на параноїдну шизофренію. Виявити гендерні характеристики пацієнтів, які страждають на параноїдну шизофренію.

Дослідження проходило на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До участі було включено 167 хворих на параноїдну форму шизофренії. Всі обстежувані були поділені на дві групи за гендерною