

настанови на одужання можна розглядати як основні об'єкти впливу психотерапії.

У більшості пацієнтів симптоми депресії «маскуються» астенічними, іпохондричними та соматовегетативними порушеннями: зниження працездатності — у 135 (84,4 %) осіб, надмірна дратівливість — у 119 (74,4 %), швидка втомлюваність — у 114 (71,3 %), порушення сну — у 83 (51,9 %), неприємні внутрішні відчуття — у 47 (29,4 %) обстежених. Але прояви депресії в них завжди виявляються за допомогою тестування за шкалою Гамільтона. Встановлені такі клінічні варіанти депресивних станів: 1) іпохондричний — у 68 (42,5 %) пацієнтів; 2) астенічний — у 33 (20,6 %); 3) тривожно-депресивний — у 31 (19,4 %); 4) дисфоричний — у 14 (8,8 %); 5) простий — у 7 (4,35 %); 6) апатичний — у 7 (4,35 %) хворих. Спільними рисами всіх цих форм ДР є некритичне сприйняття хворими власного депресивного стану, мала виразність почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах оточуючих, наявність інтенсивних короткотривалих або затяжних психопатоподібних реакцій, невідповідність між значною виразністю іпохондричних та астенічних проявів та помірною виразністю наявних соматичних та цереброорганічних порушень. У 78 (48,8 %) пацієнтів існує тенденція до затяжного перебігу недуги з частими епізодами посилення депресивної симптоматики, спровокованими психотравматичними обставинами та/або погіршенням соматичного стану, що супроводжується актуалізацією посилення потягу до алкоголю. Характерна терапевтична резистентність при застосуванні стандартного лікування.

Вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при АЗ дозволить оптимізувати диференційовану систему лікувально-реабілітаційної допомоги цим хворим.

УДК 616.89-008.441.13-082 (477)

О. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, м. Київ

Вдосконалення викладання психіатрії та наркології у вищих навчальних медичних (фармакологічних) закладах — важливий фактор підвищення рівня медичної допомоги населенню України

Основним завданням вищої медичної школи є підготовка лікарів загальної профілю з можливою в подальшому вузькою спеціалізацією, в тому числі з психіатрії. Однак, надзвичайна поширеність психічних, психосоматичних і соматопсихічних розладів, потреба у «виведенні» значної частки психіатричної допомоги за межі спеціалізованих психіатричних установ зумовлюють необхідність підвищення мотивації майбутніх лікарів до більш поглибленого вивчення психіатрії, наркології та медичної психології та відповідного вдосконалення навчально-методичного процесу.

Аналіз досвіду вітчизняних та зарубіжних освітян дозволив нам запропонувати поняття «історичної послідовності викладання», в якому можливо виокремити як найменше два аспекти: 1) збереження та системне розвинення різними поколіннями співробітників кафедри тієї науково-педагогічної школи, яка історично склалася в даному навчальному підрозділі та 2) послідовне вдосконалення навчально-методичного процесу шляхом впровадження в нього найсучасніших наукових положень різноманітних рівнів знань, від філософських

і соціально-психологічних до молекулярно-біологічних. Другою складовою вдосконалення викладання нейронаук є «інтеграція», яка має два напрямки: 1) їх інтеграція, по-перше, з базовими науками, що викладаються в навчальних медичних закладах, й, по-друге, з усіма без винятку галузями клінічної медицини; 2) неодмінною потребою модернізації роботи навчального закладу є активна інтеграція в міжнародні системи організації навчального процесу. Надзвичайно актуальним стало впровадження в навчальний процес кафедри тематики, пов'язаної з наданням психолого-психіатричної допомоги при катастрофах, а також комбатантам, вимушеним переселенцям і мирним мешканцям, які постраждали у зв'язку зі збройними та мирними протистояннями. В плані міжнародної інтеграції — в процесі реалізації проекту TACIS під егідою Європейського Союзу та керівництвом міжнародних експертів нами створено (2006), а потім переглянуто та доповнено (2012) Медичний стандарт допомоги населенню при депресіях без соматичного синдрому та з соматичним синдромом. Відповідно затверджені підготовлені в співавторстві подібний Уніфікований клінічний протокол і Адаптовані клінічні рекомендації. Вони також використовуються при викладанні, оскільки саме депресія є найбільш поширеною психопатологією у пацієнтів із соматичними та психосоматичними розладами, яких лікують лікарі-інтерністи. Однозначно позитивним є те, що у вищих навчальних закладах України було введено Європейську кредитно-трансферну систему та низку її ключових документів, впроваджуються сучасні навчально-технічні підходи обміну інформацією між керівництвом закладу, адміністративними підрозділами, кафедрами і кінцевим споживачем навчально-методичної інформації — студентом (система АСУ «Електронний деканат» та ін.).

Вищезазначені напрямки вдосконалення викладання сприяють підвищенню рівня медичної допомоги населенню України.

УДК 616.831-001.37-07

А. С. Новак
Харьковский национальный
медицинский университет, г. Харьков
**Новое в диагностике
легкой черепно-мозговой травмы**

В настоящее время проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) имеет большое медико-социальное значение, особенно это актуально для Украины, на востоке которой ведутся военные действия. Во всем мире приобретает актуальность изучение наиболее распространенного вида ЧМТ — легкой ЧМТ, составляющей до 80—85 % всех пациентов с ЧМТ.

В настоящее время довольно хорошо изучен патогенетический «повреждающий» каскад при ЧМТ, к которому относится патологически повышенное свободнорадикальное окисление, глутаматная эксайтотоксичность, нарушение пула макро- и микроэлементов, каспаз, повреждающих цитокинов, стресс-гормона кортизола.

Наше внимание привлекло изучение антистрессовых, адаптационно-репаративных процессов. В последнее время считают, что эндогенную, антистрессовую защитную активность обеспечивают такие фундаментальные биологические процессы, как нейротрофичность, нейропротекция, нейропластичность и ангиогенез.

В зависимости от состояния баланса между выраженностью повреждающих и антистрессовых адаптационно-репаративных механизмов, наблюдаются основные очаговые и общемозговые неврологические синдромы, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, обеспечивающие, в конечном итоге — качество жизни пациентов.

У 100 больных, перенесших легкую ЧМТ, нами изучались неврологические, психодиагностические тесты (MMSE, Монреальская шкала MoCA), тест рисования часов, таблицы Шульте; электрофизиологические: электроэнцефалография (ЭЭГ), когнитивный вызванный потенциал P300; нейровизуализационные (магнитно-резонансная томография, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография); биохимические: нейротрофический фактор BDNF, нейроглиальный фактор BDNF, нейроглиальный белок S100b, промоторы апоптоза субсемейств Вах и Bcl-2, а также оценивалось качество жизни пациентов с помощью шкал-опросников SF-36 и EQ-5D.

У обследованных нами больных выявлены астенический, ликворно-гипертензионный, вестибуло-атактический, диссомнический, эпилептиформный синдромы, вегетативно-сосудистая дисфункция, нейроэндокринные нарушения. Когнитивные нарушения проявлялись в виде ухудшения кратковременной и долговременной памяти, дезориентации, замедленности в выполнении действий. Эмоционально-волевые нарушения проявлялись в виде тревоги, депрессивного и аффективного синдромов. На ЭЭГ в 30 % выявлялась эпилептиформная активность. У большинства больных отмечено снижение когнитивного вызванного потенциала P300.

Оценка биохимических показателей выявила уменьшение в сыворотке крови концентрации BDNF, изменение уровня BDNF, фактора апоптоза (промоторы апоптоза субсемейств Вах и Bcl-2), а также увеличение содержания нейроглиального белка S100b. По шкале физического функционирования качества жизни пациентов с легкой ЧМТ выявлено, что оно в среднем составило 65,1±2,6 балла. Социальное и эмоциональное функционирование у пациентов с легкой ЧМТ в среднем составили 63,6 ± 1,8 балла и 62,4 ± 1,3 балла. Психическое здоровье пациентов с легкой ЧМТ составило 65,3 ± 1,9 балла.

Таким образом, вышеизложенные новые диагностические тесты, безусловно, расширят современный арсенал диагностических средств при легкой ЧМТ, что оптимизирует и расширяет проведение лечебно-реабилитационных мероприятий данного контингента больных и улучшит их качество жизни. Применение новых диагностических тестов позволит также прогнозировать последствия легкой ЧМТ и предотвращать её осложнения.

УДК 615.45-001.1/.3:616.839-08

В. И. Опрышко

ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепропетровск

**Возможности фармакотерапии
психовегетативных проявлений стресса
с помощью препарата Магне-В₆**

Стресс (от англ. *stress* — нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения) определяется как совокупность неспецифических адаптационных реакций

организма на воздействие различных неблагоприятных факторов (физических или психологических), которые нарушают его гомеостаз и соответствующее состояние ЦНС, что приводит к дисбалансу между внешними условиями окружающей среды и способностью организма адекватно реагировать на них (Громова О. А. с соавт., 2008).

Расстройства, связанные со стрессом, крайне разнообразны и могут проявляться в виде психовегетативных расстройств любой тяжести. В клинической практике чаще всего встречаются неврозы, которые проявляются психоэмоциональными нарушениями (тревога, страх, депрессия, нарушения сна) и явлениями вегетативного дисбаланса. Психовегетативные проявления стресса могут быть представлены в структуре любых неврологических и соматических заболеваний, оказывая негативное влияние на их течение и развитие.

В современной практике для лечения тревожных расстройств чаще всего используют анксиолитики (транквилизаторы) — бензодиазепины, β-блокаторы, нейролептики, антидепрессанты и другие препараты (комбинированные, метаболические средства и фитопрепараты). Однако эффективность данной фармакотерапии ограничена побочным действием этих лекарственных средств, что не позволяет применять их длительное время, и вносит ограничения по применению в зависимости от индивидуальных особенностей пациента (беременность, кормление грудью, патология почек, печени, аллергические реакции и пр.).

В последнее время популярно применение препаратов метаболического действия, что связано с их способностью сильно и целенаправленно действовать на определенные нейромедиаторные системы, безопасностью применения, отсутствием побочных реакций и особенностями их фармакокинетики и фармакодинамики. Одним из таких препаратов является Магне-В₆, который находит все более широкое применение в современной фармакотерапии. Это объясняется физиологической ролью магния и многообразием эффектов, которые он оказывает на организм (Марушко Ю. В., Гицак Т. В., 2011; Катилев А. В. с соавт., 2009; Громова О. А. с соавт., 2008; Ушкалова Е. А., 2005). Так, доказана эффективность клинического применения препарата Магне-В₆ при синдроме хронической усталости (Ушкалова Е. А., 2005), у детей с гипервентиляционным синдромом (Катилев А. В. с соавт., 2009; Филатова Е. Г., 2008), изучено влияние на параметры стресса и когнитивную функцию при высоких психоэмоциональных нагрузках (Громова О. А. с соавт., 2008), исследовано значение магния в педиатрии (Марушко Ю. В., Гицак Т. В., 2011) и в лечении синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков (Заваденко Н. Н., Нестеровский Ю. Е., 2012).

Известно, что ионы магния во внеклеточной жидкости ингибируют выброс нейромедиаторов (ацетилхолина и катехоламинов). За счет этого магний вызывает торможение ЦНС и миорелаксацию, являясь, таким образом, естественным антистрессовым фактором (Акарачкова Е. С., 2013; Лебедев Д. С., 2006).

Таким образом, фармакотерапия психовегетативных проявлений стресса с помощью препарата Магне-В₆ является современным, эффективным и безопасным способом коррекции любых неврологических и соматических расстройств, оказывая благоприятное влияние на их течение и развитие, и может продолжаться длительное время без риска возникновения аллергической реакции, привыкания или возникновения состояния отмены.