

судинами є свідченням того, що зв'язка після прийому їжі у хворих на ХОЗЛ скорочується.

Введення верапамілу та баралгіну, які мають властивість викликати розслаблення гладкої мускулатури, викликає розслаблення Трейцевої зв'язки, що може бути однією з можливих причин позитивної дії верапамілу та баралгіну на легеневу гемодинаміку.

Ймовірно, що механізм погіршення стану хворих на хронічні обструктивні захворювання легень після прийому їжі, пов'язаний з скороченням Трейцевої зв'язки. Результати нашого дослідження доводять існування такого механізму, що вимагає застосування в лікуванні цієї категорії хворих лікарських засобів із спазмолітичними властивостями, зокрема верапамілу чи баралгіну.

**ВИСНОВКИ** 1. Прийом їжі у здорових осіб не призводить до достовірних змін показників функціонального стану дихальної системи. В цьому випадку спостерігається тенденція до збільшення діаметрів ворітної та селезінкової вен.

2. У хворих на хронічні обструктивні захворювання легень, ускладнені дихальною недостатністю другого ступеня, виникають виражені порушення дихальної функції, що проявляються зниженням життєвої ємності легень, об'єму форсованого видиху за першу секунду та пікової об'ємної швидкості повітря на видиху, зростанням тиску в легеневій артерії.

3. Величина портального кровотоку у хворих на ХОЗЛ достовірно не відрізняється від такого у здорових осіб, про що свідчить відсутність достовірної різниці між діаметрами вен портальної системи у хворих та здорових осіб.

4. Прийом їжі хворими на хронічні обструктивні захворювання легень викликає погіршення стану системи дихання, в першу чергу показників, характеризуючих наявність синдрому бронхообструкції, а саме об'єму форсованого видиху за першу секунду та пікової об'ємної швидкості видиху. Він також сприяє підвищенню тиску та швидкості крові в легеневій артерії.

5. Під впливом прийому їжі у хворих на ХОЗЛ відбувається зростання портального кровотоку, що проявляється збільшенням діаметрів ворітної та селезінкової вен, і скорочення Трейцевої зв'язки, про яке свідчить зменшення відстані між верхніми брижовими артерією та веною.

6. Введення верапамілу або баралгіну покращує стан хворих на хронічні обструктивні захворювання легень, який був погіршений внаслідок прийому їжі. Це супроводжується зменшенням задишки, ліквідацією ядухи, покращанням показників, що характеризують функціональний стан дихальної системи: об'єму форсованого видиху за першу секунду, пікової об'ємної швидкості, швидкості та тиску крові в легеневій артерії. Запропоноване лікування покращує портальний кровотік та стан Трейцевої зв'язки відповідно до нормалізації діаметрів вен портальної системи і відстані між верхніми брижовими артерією та веною.

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. - К.: Здоровье. - 1984. - 231 с.

2. Башняк В.В. Венозная дисциркуляторная болезнь органов брюшной полости. - К.: Здоровье. - 1993. - 237 с.

3. Воробьев Л.П., Маев И.В. Болезни печени и кровообращение. - М.: Знание. - 1990. - 62 с.

4. Максименко А.Н. Хирургическая анатомия живота. - М.: Медицина. - 1972. - 688 с.

5. Мягков І.Г., Олійник О.В. Вплив мануальної терапії живота на центральну та портальну гемодинаміку // Лікарська справа. - 1996. - № 10-12. - С. 129 - 132.

6. Олійник О.В., Погоріла М.А. Трейцева зв'язка, як регулятор портального кровообігу. Здобутки клінічної та експериментальної медицини. Матеріали ХІІ підсумкової конференції Тернопільської державної медичної академії. - Тернопіль: Укрмедкнига. - 1998. - С. 131 - 136.

7. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention / NHLBI / WHO Working Report № 95 - 3659 - National Institutes of Health. - Geneva. - 1995. - 176 p.

8. Oliyuk O.V. Influencing of Berotec on central and pulmonary hemodynamics in patients with chronic obstructive diseases of lungs. - Math. of VIII International Congr. "Rehabilitation in medicine and immunorehabilitation". - Cann, apr. 2002. - 2002. - P. 241.

Пострелко В.М.

## ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ, СПРИЧИНЕНИХ СУКУПНИМ ВПЛИВОМ ІОНІЗУЮЧИХ ВИПРОМІНЮВАНЬ ТА СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ

Інститут сорбції та проблем ендоекології НАН України, м. Київ

Вплив дії іонізуючих випромінювань на біологічні структури організму та його сприйняття органами відчуття до останнього часу здебільшого формувало науковий погляд про резистентність нервових структур до радіаційного фактора [5]. Нечітка уява про структурне підґрунтя пострадіаційних нервово-психічних змін значним чином існувала завдяки відсутності об'єктивних критеріїв (біохімічних, інструментально-фізикальних, морфологічних) диференціації походження специфічної симптоматики [6].

В результате изучения совместного действия радиации и алкоголя на психическую сферу ликвидаторов Чернобыльской катастрофы были получены следующие данные. Формирование зависимости от алкоголя на фоне пограничной нервно-психической патологии радиационного происхождения отличается существенно ускоренным формированием непсихической и физической зависимости, глубокими нарушениями эмоционально-волевой сферы, мотивации поступков и социальной ориентации.

As a result of investigating the joint attack of atomic radiation and alcohol to the mental sphere of Tshernobil's disaster liquidators there were got the following data. Forming the dependence on alcohol against the background of bordering nervo-psychical pathology of the radlational origin essentially differs by deep violations in emotional volitional sphere, by motivation of actions and social adaptation.

**Ключові слова:** іонізуюче випромінювання, синдром залежності від алкоголю, стан відміни, непсихотичні психічні розлади, коморбідні стани.

**Ключевые слова:** ионизирующее излучение, синдром зависимости от алкоголя, состояние отмены, непсихотические психические нарушения, коморбидные состояния.

**Key words:** depending syndrome, radiation, pathopsycological changes, commerbigious states.

Вплив малих доз випромінювання суттєво відрізняється за своїм клінічним перебігом від опромінення великими дозами. Відсутність показової клінічної картини на ранніх етапах призвела до чисельних помилок у перші роки після Чорнобильської катастрофи [4, 10, 12, 18, 20]. Результати сучасних обстежень населення забруднених радіонуклідами територій вказують на переважно виявлення серед населення порушень психічної сфери психотичного характеру [1, 2, 7, 8, 10, 11, 15, 17].

Серед віддалених наслідків Чорнобильської катастрофи фіксується широкий спектр нервово-психічних розладів - від неврозоподібного синдрому до психоорганічного [8-11, 20].

Для цієї патології характерна системність ураження, стабільність скарг та прогресування негативної симптоматики, подальше зростання інвалідизації. Ще у перші роки після аварії на ЧАЕС деякі автори [19] відзначали значний рівень алкоголізації серед учасників ліквідації наслідків з надзвичайно стрімким формуванням синдрому залежності [19]. На цей феномен також звертала увагу переважна більшість фахівців, що глибоко досліджувала проблему



нервово-психічних розладів радіаційного походження. З плином часу актуальність даної проблеми зростає, перетворюючись у окремий об'єкт досліджень, враховуючи її медико-соціальну значимість [2, 13, 14, 19].

Група дослідників [13, 14, 19] тривалий час (більше десяти років) розглядають таку проблему як коморбідний стан, умовно виділений ними в окрему нозологічну групу. Підставами для цього є своєрідний взаємний патоморфоз станів: систематична алкоголізація суттєво змінює перебіг межових нервово-психічних порушень радіаційного генезу, водночас вплив на хворих протягом певного часу іонізуючого випромінювання значною мірою впливає на швидкість та стійкість проявів синдрому залежності від алкоголю [13, 14].

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ** Метою досліджень є докладне вивчення особливостей анамнезу, та катанестичних відомостей щодо зазначеного контингенту. Це сприятиме розробці діагностичних критеріїв коморбідних станів, пов'язаних із сукупним впливом іонізуючого випромінювання та синдромом залежності від алкоголю як у структурі об'єктів досліджень радіаційної медицини, так і у якості проблеми наркологічного профілю.

**ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ** Об'єктом дослідження була група хворих у кількості 194 чоловік, серед яких 172 чоловіків у віці 21-60 років, та 22 жінки у віці 21-60 років. Пацієнти проходили обстеження, лікування та реабілітацію у 1991-1993 рр. на базі Українського наукового центру радіаційної медицини (33 особи). Їм переважно виставлялись діагнози: астено-невротичний синдром (група шифру 300,0 згідно МКХ-9), вегето-судинна дистонія (306) та хронічний алкоголізм, абстинентний синдром (303). У 1993-1997 рр. до проведеної роботи були залучені хворі, що перебували на лікуванні у Київському міському Центрі радіаційного захисту населення та у Київській міській психоневрологічній лікарні № 3 з діагнозами „органічне ураження головного мозку змішаного (судинно-органічного) генезу”, що відповідають сучасній класифікації за МКХ-10 шифрові F06. Кількість хворих – 48, та „хронічний алкоголізм II стадії”, що відповідає сучасному шифрові F102. У 1997-2001 рр. були обстежені хворі даної категорії в амбулаторних умовах у Харківському територіальному медичному об'єднанні м. Києва, міському Центрі радіаційного захисту населення та Товариства тверезості та здоров'я м. Києва. Хворим виставлялись діагнози: „непсихічні розлади, обумовлені ушкодженням чи дисфункцією головного мозку” (F103).

Пацієнти брали участь у ліквідації наслідків аварії Чорнобильської катастрофи у 1986-1987 рр. Тривалість перебування у зоні відчуження коливалась від декількох днів до 1,5-2 років. Доза сумарного опромінення, згідно з офіційними документами – 0.17-0.96Гр. Обстежені хворі мають подібні соматичні психологічні біографічні характеристики у преморбідному періоді.

Значна увага при зборі анамнестичних даних приділялась фіксуванню відносно об'єктивних характеристик та відомостей з боку рідних та близьких. В процесі розпитування виявлялись специфічні клінічні ознаки, що характеризують психічний стан пацієнта, його особистість, біографічні та ситуативні особливості. Окремо враховувався радіаційний анамнез, із зазначенням величини поглиненої дози опромінення, тривалості перебування у 30-км зоні ЧАЕС, специфіки виконуваних робіт, особливості мікросоціального оточення.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** У 16 з 194 пацієнтів на початку ліквідаторської діяльності відзначалась підвищена рухова активність на тлі ейфоричного стану. Ознаки: відносно стійкий підвищений фон настрою, надмірна комунікативність та іноді безпідставний оптимізм. Для даної категорії обстежених було характерним нехтування реальною небезпекою і участь у ЛНА сприймалась як весела пригода. У 11 цих хворих відзначалась

достатньо виражена схильність до поведінки істероїдного типу. Можна сказати, що для даної категорії хворих провідним мотивом алкогольних ексцесів досить часто виступала необхідність соціальних контактів.

98 хворих відзначали значну дезорганізацію сімейного життя після аварії, пов'язану зі зміною встановленого ритму життя, макро- та мікро соціального оточення, невизначеності ближчого майбутнього, часткового розділення сім'ї. Як наслідок, у преморбіді розвитку алкогольної залежності у даної категорії обстежених сформувалися неврозоподібні розлади психічної сфери, що створили підґрунтя для систематичного вживання алкоголю у якості заспокоюючого засобу.

Для решти обстежених (96 осіб) преморбідний стан характеризувався як ситуативний, психологічно адекватний реальній ситуації. З часом на перший план у сфері переживань вийшли проблеми, пов'язані зі станом здоров'я, зокрема нервово-психічними порушеннями неврозоподібного та цереброастеничного типу, що сприяли розвиткові систематичної алкоголізації.

До найпоширеніших проявів нервово-психічних порушень, що складали основу скарг хворих, слід віднести астенію, головні болі, порушення сну з частими пробудженнями, вестибулярні розлади, складності у концентрації уваги, вегетативні кризи, порушення оперативної пам'яті, стійкий субдепресивний фон настрою, набряк повік, порушення координації рухів, непереносимість спеки та холоду, коливання настрою, підвищена пітливість, зокрема вночі, сенестопатії та парестезії, прояви фотосенсибілізації. Найпоширенішим і найбільш раннім проявом астенії був симптом дратівливої слабкості. Хворі відзначали невірноваженість, схильність до бурхливих реакцій, абсолютно неадекватних реальній ситуації, нездатність до зосередження уваги на виконуваній роботі, швидко втому, зниження вітальних емоцій та мотивацій. Серед найактуальніших хворобливих проявів пацієнти скаржились на інтенсивні головні болі, переважно локалізованого характеру, частіше у фронто-темпоральній зоні. Головний біль в основному набував гострого характеру, погано знімався анальгезуючими засобами, інколи викликав нудоту та блювання. Спостерігались глибокі порушення сну різноманітного характеру. Найчастіше хворі відзначали значне подовження фази засипання, поверхневність сну, часто його короткотривалість, спонтанність пробудження. Але у всіх випадках характерною його рисою була неповноцінність, відсутність відчуття відпочинку, сонливність протягом дня зі значною втратою працездатності. Слід відзначити, що прояви агрипнії посідають одне з найпровідніших місць серед мотивацій вживання алкоголю, особливо серед жіночого контингенту.

Серед неврологічних проявів слід відзначити порушення координації рухів при ході, що проявлялись як „зенацька кидання вбік”, запаморочення при ході по сходах, необхідність певного зосередження при вставанні з ліжка вранці.

Більше ніж у половини пацієнтів (108 із 194) спостерігались симпато-адреналові вегетативні кризи. Серед основної кількості хворих частіше мали місце напади легкого та середнього ступеня тяжкості, подекуди пов'язані з атмосферними проявами, інколи після психогенних провокацій. Характерною рисою нападів було їх інтенсивне емоційне забарвлення, у деяких випадках, особливо у жінок, кризи відбувались на істероформному тлі. У ряді випадків вегетативні кризи мали досить тяжкий перебіг з різкими коливаннями артеріального тиску, цефальгічними та вестибулярними проявами. В поодиноких випадках у хворих з транзиторними порушеннями мозкового кровообігу спостерігались під час кризових станів явища ортостатичного колапсу.

При аналізі анамнестичних даних та безпосередньому спостереженні хворих у стані відміни характерно, що абстинентні прояви перебігають на тлі депресивних станів, часто ажитованого типу з проявами значної тривожності, фо-



біями різного характеру. Інколи спостерігаються псевдо-ремінісценції на період амнезованих подій у стані сп'яніння, що за своїм змістом провокують тривожний стан. Подання емоційних порушень тривожно-депресивного характеру та болісних вегетативних проявів подекуди провокують імпульсивну поведінку хворих, що стає причиною чергової дезадаптації у мікросоціальному середовищі.

Практично всі хворі обстеженої групи скаржились на порушення пам'яті. Найчастіше відзначались зміни оперативної пам'яті по типу фіксаційної амнезії. Вкрай важко обстеженим вдавалось запам'ятовувати імена людей, номери телефонів, адреси, щойно названі сторонніми. Спостерігались явища екмнезії при роботі з оперативною інформацією. У порівнянні з подібними проявами у інших ліквідаторів, характерні більш глибокі зміни функції ретенції. Пацієнти часто не можуть відтворювати власні назви, імена, цифрові дані, які раніше роками утримували у пам'яті. При цьому явище екмнезії носить особливо виражений характер - відтворюють інформацію при нагадуванні їм буквально перших літер імен, назв, цифр і т.п., водночас професійні навички, стереотипи, пов'язані з виконанням довготривалої роботи, рухова комбінаторика частіше всього залишається інтактною.

Так, серед 39 з 194 пацієнтів, що є робітниками і здебільшого виконують малокваліфіковану роботу, тільки 6 скаржились на певні професійні труднощі. Водночас діяльність, пов'язана з необхідністю сприйняття нової інформації, постійної модифікації професійного процесу, практично є непосильною для зазначеного контингенту.

Серед 71 хворого, що за соціальним станом належать до службовців (інженерно-технічний персонал, економісти), вимушені були змінити місце роботи або професію, перейшли на інвалідність та пенсію 67 обстежених, а решта 4 відзначають значні складності у виконанні своїх професійних обов'язків.

**ВИСНОВКИ** В цілому слід зазначити, що за аналізом анамнестичних даних, при безпосередньому клінічному обстеженні хворих, що зазнали впливу "малих доз" іонізуючих випромінювань і є залежними від алкоголю, специфічна для радіаційної патології неврозоподібна вегето-судинна, мнестична патологія перебігає болісніше і має більш органічний за своїми проявами характер. Особливостями досліджуваних розладів є відносна стійкість та глибина пострадіаційної симптоматики, її інтенсивне наростання та суттєвий вплив на адаптаційні можливості.

Водночас формування залежності від алкоголю на тлі межової нервово-психічної патології радіаційного походження відзначається суттєво прискореним формуванням психічної та фізичної залежності, зміни толерантності, глибшими порушеннями емоційно-вольової сфери, мотивацій вчинків та соціальної адаптації.

Статистика коморбідної патології, спричиненої сукупним впливом іонізуючого випромінювання та синдромом залежності від алкоголю, має тенденцію набувати все більш негативного характеру з плином часу. Але розробки сучасних методів комплексного лікування, що ґрунтуються на результатах сучасних біохімічних, гістоструктурних, експериментально-біологічних досліджень дають підстави для оптимістичних перспектив.

1. Александровский Ю.А. Психоневротические расстройства при аварии на

Чернобыльской АЭС // Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской атомной электростанции: Труды науч. Конф. - К.: «Здоров'я», 1988. - С.171-176.

2. Александровский А.Ю. Методологические особенности обследования и лечения больных с пограничными психическими расстройствами // Врачебное дело. - 1991 - № 9. - С.29-34.

3. Боро М.П., Бабюк И.А., Тесленко С.В. Нарушения функционирования семьи при злоупотреблении алкоголем женами ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции // Архив психиатрии. - 2001, №4 (27). - С.158-161.

4. Винницкий О.Р. Дослідження хронічного ендогенного впливу малих доз іонізуючого опромінення на головний мозок // Укр. вісн. Психоневрології. - 1996. - №5 (12). - С.21-23.

5. Гуськова А.К., Байсоголов Г.Д. Лучевая болезнь человека (очерк). - М.: Медицина, 1971. - 384 с.

6. Гуськова А.К., Баранов А.Е. Острые эффекты облучения у пострадавших при аварии на Чернобыльской АЭС // Мед. радиология. - 1987. - № 12. - С.3-18.

7. Казакова С.Е. К динамике нервно-психической патологии у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Питання екологічної психіатрії: Матеріали наук.-практ. конф. - К., 1995. - С.30-32.

8. Крижанівська Л.О. Психічні розлади неспіхичного рівня у ліквідаторів наслідків Чорнобильської катастрофи: Дис... д-ра мед. наук: 14.01.16/ Укр. наук.-досл. ін-т соц. та суд. психіарії. - К., 1998, 424 с.

9. Логановський К.М. Психічні розлади при дії іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської катастрофи: нейрофізіологічні механізми, уніфікована клінічна діагностика, лікування: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 03.00.01, 14.01.16/ К.М.Логановський; АМН України Науков.центр радіац. медицини. - К., 2002. - 50с.

10. Морозов А.М. Неврозоподобные расстройства и психотерапия при малых радиационных поражениях. - К.: Изд-во «Логос», 1996. - 132 с.

11. Морозов А.М., Крыжановская Л.А. Клиника, динамика и лечение пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. - К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. - 330 с.

12. Напреенко А.К., Логановский К.Н. Экологическая психиатрия. - К.: Полиграфкнига, 1997. - 96 с.

13. Пострелко В.М. Эфферентная терапия при сочетанном воздействии экологических факторов, алкоголя и наркотических веществ у пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы // Актуал. вопр. наркологии: Материалы науч.-практ. конф. (г.Харьков, 18-19 мая 1998 г.). - Харьков: Б.и., 1998. - С.43-46.

14. Пострелко В.М. Новый подход в терапии при сочетанном воздействии экологических факторов и алкоголя у пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы // Архив психіатрії. - 1999, №1(19). - С.78-79.

15. Психосоматические заболевания и нервно-психические расстройства у участников ликвидации аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде / Рудой И.С., Каташкова Г.Д., Струкова Е.Л. и др. // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - С.-Петербург: Б.и., 1995. - С.148-150.

16. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 1: Структура и актуальный патогенез / Краснов В.Н., Юркин М.М., Войцех В.Ф. и др. // Соц. и клиническая психиатрия. - 1993. - №1. - С.5-10.

17. Ревенко А.А. Закономерности формирования та прогноз подальшого розвитку органічного ураження головного мозку в осіб, що зазнали впливу іонізуючих випромінювань // Укр. вісн. психоневрології. - 1998. - №3(18). - С.48-49.

18. Ромоданов А.П., Винницкий О.Р. Ураження головного мозку при променевої хворобі легкого ступеню // Лікарська справа. - 1993. - № 1. - С.10-16.

19. Сергиенко А.В., Нечипоренко В.В., Рудой И.С. Динамика психического здоровья участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - С.-Петербург: Б.и., 1995. - С.144-145.

20. Торубаров Ф.С., Николаев М.К., Дробот М.Ю. К вопросу о влиянии малых доз ионизирующей радиации на развитие сосудистых заболеваний головного мозга // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1991. - № 11. - С.52-55.