

УДК 616.894-053.8-085.214.31

ПОЄДНАННЯ МЕМАНТИНУ І ЦИТОФЛАВІНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

В. Г. Деркач, Ю. Ф. Азов, А. П. Левицька
Буковинський державний медичний університет;
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: хвороба Альцгеймера, мемантин, цитофлавін

Одним із найбільш частих нейродегенеративних захворювань, які розвиваються у пізньому віці людини, є хвороба Альцгеймера (ХА). Постійно прогресуючий перебіг захворювання, тяжкі порушення соціальної адаптації хворих через розвиток деменції, скорочення тривалості їх життя роблять актуальним вивчення питань патогенезу, особливостей клінічних виявів та лікування цієї патології.

З 2007 по 2010 рік у відділенні реабілітації Чернівецької обласної психіатричної лікарні, а також амбулаторно було проведено лікування 22 хворих на ХА, віком 51—68 років; жінок було 16, чоловіків — 6.

Для встановлення діагнозу ХА виявляли у хворих симптоми деменції, використовуючи міні-шкалу дослідження психічного стану (Folstein M. F. et al., 1975), а також дані анамнезу, дослідження неврологічного статусу, КТ і МРТ головного мозку.

У лікуванні таких пацієнтів використовували поєднане призначення мемантину (абікси) та цитофлавіну.

Мемантину гідрохлорид (абікса) — антагоніст N-метил-D-аспартатних рецепторів. Захищає нейрони від ексайтотоксичного пошкодження, має нейропротекторні властивості нейродегенерації, у результаті чого суттєво покращує когнітивні функції, зберігає на попередньому рівні глобальне функціонування, зменшує розлади поведінки у хворих.

Застосовували абіксу за загальноприйнятою схемою.

Цитофлавін (1 мл його розчину містить: кислоти янтарної 100 мг, нікотинамід 10 мг, рибоксину 20 мг, рибофлавіну мононуклеотиду 2 мг) стимулює енергоутворення у клітинах, поліпшує процеси утилізації кисню тканинами, відновлює активність ферментів антиоксидантного захисту, активує внутрішньоклітинний синтез білка, сприяє ресинтезу у нейронах γ -аміномасляної кислоти, результатом чого є поліпшення коронарного та мозкового кровотоку, активація метаболічних процесів у ЦНС та відновлення мнестично-інтелектуальних функцій мозку).

Застосовували цитофлавін внутрішньовенно крапельно (40—45 крапель за хвилину) у дозі 10 мл на 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, у першій половині дня, на курс — 10 вливань, кожен день.

Залежно від стану хворого курс терапії мемантином тривав від трьох до шести місяців, а вливання цитофлавіну при цьому проводили один раз у два місяці, тобто, від одного до трьох раз на курс.

За результатами проведеного катamnестичного дослідження у більшості хворих (13) не виявлено вираженого прогресування хвороби. У чотирьох хворих посилилась тяжкість деменції, у двох — вогнищевих неврологічних розладів, а троє хворих померло. Враховуючи результати катamnестичного дослідження, вважаємо за доцільне проведення лікування хворих на хворобу Альцгеймера поєднаним застосуванням мемантину та цитофлавіну.

УДК 616.899-085

ТЕРАПІЯ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ

В. Г. Деркач, А. В. Деркач, В. В. Калуцький, В. І. Курик
Буковинський державний медичний університет,
лікарня швидкої медичної допомоги,
обласна психіатрична лікарня (м. Чернівці)

Ключові слова: деменція, діагностика, медикаментозні засоби

Судинна деменція (СД) — гетерогенна група дементних синдромів, які зумовлені різними васкулярними причинами і виявляються органічними змінами мозку та своєрідними клінічними розладами (Roman G. C., 2002).

За період 2006—2009 роки у відділеннях Чернівецької обласної психіатричної лікарні, неврологічному відділенні Чернівецької лікарні швидкої медичної допомоги, а також амбулаторно було проведено лікування 18 хворих на СД, віком 58—72 роки; жінок було 14, чоловіків — 4.

Для встановлення діагнозу СД виявляли у них когнітивне зниження, перенесену цереброваскулярну патологію, підтвердження якої ґрунтувалося на підставі анамнестичних даних, вогнищеві неврологічної симптоматики, даних різних методів нейровізуалізації (КТ, МРТ головного мозку); при цьому виключали наявність у пацієнта делірії та хвороби Альцгеймера.

З метою визначення важкості деменції використовували коротку шкалу дослідження психічного статусу (MMSE), згідно якої в 11 хворих спостерігався легкий ступінь деменції, у 4-х — помірний, у 3-х — важкий.

Згідно з МКХ-10 хворі страждали на підкоркову (8 осіб) та змішану коркову і підкоркову (10 осіб) клінічні форми СД.

Курс лікування включав базову терапію:

- солкосерил 4 мл в/в крапельно на фізіологічному розчині (100 мл) 1 раз на добу (10—15 днів) чи актовегін 10—20 мл в/в крапельно на фізіологічному розчині (250—500 мл) 1 раз на добу (10 днів);

- гліатилін 4 мл на фізіологічному розчині (100—150 мл) в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів) чи цераксон 500—1000 мг на фізіологічному розчині в/в крапельно 1 раз на добу (або по 500—1000 мг в/м 2 рази на добу) — 10—15 днів, чи церебралізін по 10—20 мл на фізіологічному розчині (250—500 мл) в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів), чи сомазина 500—1000 мг на фізіологічному розчині в/в крапельно 1 раз на добу (10—15 днів);

- тіотриазолін 2,5 % розчин по 2 мл в/м 2 рази на добу — 10 днів;

- вітамін В₆ (піридоксину гідрохлорид) 5 % розчин по 2 мл в/м — 20 днів;

- серміон по 30 мг 2 рази на добу — 2 місяці;
- танакан по 40 мг 2—3 рази на добу — 2 місяці;
- туліп по 10—20 мг 1 раз на добу — 2 місяці;
- кардіомагніл по 75—150 мг 2 рази на добу — 2 місяці;
- ноопепт по 10 мг 2 рази на добу (вранці та серед дня) чи прамістар по 400 мг 2 рази на добу — 2 місяці.

Окрім того, при необхідності проводили симптоматичну терапію (антигіпертензивні засоби, кардіотонічні та аналептичні препарати, нейролептики, транквілізатори, антидепресанти, снодійні, мідокалм тощо).

Залежно від важкості стану хворого проводили йому 2—3 таких курси на рік (як стаціонарно, так і амбулаторно).

Згідно з проведеним катamnестичним дослідженням троє хворих померли (усі з важким ступенем деменції), у 3-х пацієнтів з легким ступенем на сьогодні діагностовано помірний ступінь деменції, у 2-х хворих з помірним ступенем — важкий ступінь деменції.

На нашу думку, для більшої ефективності лікування необхідно проводити постійно, особливо — пероральний прийом медикаментозних засобів, а також включати до їх переліку мемантин (абіксу).

УДК 616.89-02:616(477.85)

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОМАТОФОРМНІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

І. П. Дишук, В. В. Калуцький, П. Т. Ніколенко
Буковинський державний медичний університет,
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: психосоматика, організація допомоги, денний стаціонар

Найбільш складною проблемою психосоматичної медицини є соматоформні та психосоматичні розлади, в генезі яких негативний вплив соціально-економічних, соціально-психологічних, демографічних, екологічних, інформаційних, медико-психологічних та інших чинників, які складають систему психологічного неблагополуччя. У людини, що

перебуває у цій системі, розвиваються соматоформні та психосоматичні розлади. При відсутності адекватної медичної, психологічної і соціальної допомоги вони можуть трансформуватися у соматичні захворювання, яким, за клінічною картиною та перебігом, властиві патологічні ознаки ураження того чи іншого органу або системи.

Статистичні дослідження впродовж 2007—2009 рр., за даними звернень до лікарів-психіатрів Чернівецької області, свідчать, що соматоформні і психосоматичні розлади серед всіх психічних розладів склали: у 2007 р. — 11,9 %, 2008 р. — 11,7 %, 2009 р. — 11,9 %. Показник поширеності цієї патології вищий у мешканців сільської місцевості: 55,8 % — у 2007 р., 58,8 % — у 2008 р., 59,9 % — у 2009 р. і має тенденцію до збільшення.

Численні вітчизняні і зарубіжні дослідження показують, що суттєву частину у структурі захворюваності на психічні розлади займають психосоматичні розлади. Вони складають, за даними різних авторів, від 30 до 70 % хворих, що звернулися за допомогою не до лікарів психіатрів, а до лікарів загального профілю.

З метою удосконалення надання медичної допомоги хворим на соматоформні та психосоматичні розлади, втілюючи в практику основні принципи організації психіатричної допомоги (децентралізація, послідовність і наступність, спеціалізація і профілізація, диспансеризація), у міських та центральних районних лікарнях у 2007 році організовані денні психосоматичні стаціонари (ДПС) на 5—10 ліжок в залежності від кількості населення району. Розроблено положення про ДПС, в якому відображені його завдання, функції, структура, штати, система взаємодії, оцінка діяльності. Затверджені показання і протипоказання до госпіталізації, обсяг параклінічних обстежень. Керуючись наказом МОЗ України № 59 від 05.02.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», розроблені стандарти надання медичної допомоги хворим у ДПС, в яких, в залежності від клінічної картини, вказано перелік діагностичних обстежень, обсяг лікувальних заходів, критерії якості лікування та орієнтовна його тривалість.

Значну методичну роботу проводили викладачі курсу психіатрії та медичної психології Буковинського державного медичного університету (БДМУ). У процесі підготовки сімейних лікарів із числа дільничних терапевтів і педіатрів широко висвітлювалися питання клініки, діагностики, перебігу та лікування хворих на соматоформні і психосоматичні розлади. Лікарі психіатри, психотерапевти та медичні психологи підвищували свою кваліфікацію на курсах тематичного удосконалення. В організації надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги цій групі хворих сприяла укомплектованість лікувальних закладів області лікарями-психологами, випускниками БДМУ.

Таким чином, організація ДПС дала можливість наблизити спеціалізовану медичну допомогу до населення області, сприяла впровадженню сучасних технологій діагностики та лікування, інтеграції систем медико-психологічної, психіатричної та загальномедичної допомоги хворим на соматоформні і психосоматичні розлади.

УДК 615.857:616.89

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

О. Е. Дубенко, Э. А. Михайлова, К. А. Степанченко
Харьковская медицинская академия последипломного образования; НИИ Охраны здоровья детей и подростков
АМН Украины, г. Харьков

Ключевые слова: головная боль напряжения, подростки, метод индивидуального адаптивного биоуправления

Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее частой формой первичных цефалгий у детей и подростков. Психотропные средства, эффективно применяемые у взрослых пациентов, не могут быть широко использованы в педиатрической практике ввиду возможности возникновения

побочных эффектов, не оправдывающих терапевтического воздействия. Вариантом выбора в этой ситуации служат немедикаментозные методы терапии. Перспективным направлением представляется метод индивидуального адаптивного биоуправления (МИАБ).

Гипотеза: У подростков с ГБН отмечаются клинико-психологические изменения, корригируемые МИАБ.

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения подростков с ГБН с применением МИАБ.

Задачи исследования: Оценить воздействие МИАБ на уровень функционального состояния организма подростков с ГБН на основе данных клинического исследования и нейропсихологического анализа.

Для формирования экспериментальных групп было обследовано 40 подростков (возраст от 13 до 18 лет). Из них были сформированы две группы: экспериментальная (20 чел.) — с включением к традиционной медикаментозной терапии МИАБ и контрольная — 20 чел., получающие только традиционную медикаментозную терапию.

Методы исследования: изучение реактивной и личностной тревожности по шкале самооценки Ч. Спилбергера и Ю. Ханина; определение уровня депрессии — методика В. А. Жмурова в авторской правке В. В. Бойко. Оценка интенсивности болевого паттерна с применением ВАШ.

МИАБ был выбран с целью регуляции психофизиологического состояния на основании анализа кардиоинтервалограммы больного с автоматическим расчётом индивидуальной программы дыхания в режиме биологической обратной связи.

На первом этапе исследования были сформированы группы подростков с наличием головной боли напряжения. Диагноз ставился согласно критериям международной классификации головных и лицевых болей 2003 года (*Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2003*). На втором этапе исследования испытуемые экспериментальной и контрольной групп заполняли опросники до и после терапевтических вмешательств. Групповые результаты были статистически сравнены между собой с помощью критерия Уилкоксона — Манна — Уитни.

До проводимого лечения различия между группами по психометрическим шкалам не были достоверными ($p > 0,05$). После проведённой терапии получены следующие результаты. Интенсивность болевого паттерна: экспериментальная группа — $1,9 \pm 0,2$; контрольная — $3,7 \pm 0,5$, различия между группами достоверны ($p < 0,05$). Уровень депрессии: $26,0 \pm 2,2$ и $38,9 \pm 2,5$ соответственно, $p < 0,05$. Личностная тревожность: $32,4 \pm 2,9$ и $45,1 \pm 4,8$ соответственно, $p < 0,05$. Ситуативная тревожность: $30,6 \pm 2,8$ и $48,3 \pm 2,9$ соответственно, $p < 0,01$.

У подростков с ГБН, у которых в комплексной терапии применяли МИАБ, получены достоверно лучшие результаты согласно психометрическим шкалам. Эффективность лечения МИАБ подтверждается не только клиническим улучшением самочувствия каждого больного, но и объективными показателями функционального состояния организма и его адаптивными возможностями.

Применение МИАБ характеризуется высокой эффективностью при лечении головной боли напряжения у подростков, причем клинический результат сопровождается улучшением психологического состояния пациентов.

УДК 616.006-616.8

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

А. А. Егоров

Дорожная клиническая больница станции Харьков

Ключевые слова: антидепрессанты, депрессивные расстройства, рак шейки матки, феварин

Одно из ведущих мест среди разнообразных современных стрессовых расстройств, которые приводят к депрессивным состояниям, принадлежит онкологическим заболеваниям, в частности раку шейки матки.