

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕЙРОНАУК

ЗБІРНИК ТЕЗ

**Всеукраїнської конференції молодих вчених
та студентів**

Харків, 2016

Актуальность. Согласно эпидемиологическим данным СФР встречаются в общей клинической практике от 20% до 60% случаев. Отсутствие квалификации в данном вопросе объясняется рядом причин, главная из которых, несвоевременное обращение пациентов с СФР за квалифицированной психиатрической помощью.

Цель работы – дифференцирование СФР (болей психогенной этиологии) от болей соматического генеза, разработка оптимального подхода к терапии у пациентов с СФР.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов (10 мужчин и 15 женщин, средний возраст составил $35.25 \pm 1,34$): 1 группу (n=10) составили пациенты с СФР, 2 группу (n=5) – больные с соматической патологией. Группу контроля составили 10 практически здоровых лиц. Статистические расчеты проводились при помощи компьютерной программы Statistica/w.5.0".

Результаты исследования. Из всей выборки (25 пациентов) выявлено 10 пациентов с психогенными болями (4 мужчины и 6 женщин). Манифестация болей наблюдалась при действии психотравмирующих факторов (длительные стрессовые ситуации, острые психотравмирующие факторы, затяжные заболевания в сочетании со стрессом). В данной группе пациентов наблюдалась общая симптоматика: множественные, повторяющиеся и меняющие локализацию боли различного характера и интенсивности, не купирующиеся противовоспалительными и анальгезирующими лекарственными средствами, но «стихающие» под влиянием благоприятных психоэмоциональных факторов. При лечении антидепрессантами («Флуоксетином», «Прозаком» и «Пароксетином»), длительной психотерапии с включением гипнотических техник, а также иглорефлексотерапией наблюдалась положительная динамика. У пациентов соматической патологией выявлено наличие локализованных болей различной интенсивности, купирующиеся противовоспалительными препаратами.

Выводы. Хронические психогенные боли являются одними из самых распространенных и важных представителей класса невротических расстройств соматоформного типа. Проведенное исследование позволяет проводить синдромальную оценку психогенных болей. Соответственно, это создает условия для их ранней клинической диагностики, проведения рациональной терапии, а также значительного сокращения «пути пациентов» с психалгиями к психиатрам и/или психотерапевтам.

Ткачева А.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., асс. Зеленская Е.А.

Болезнь Альцгеймера – это прогрессирующее заболевание, при котором нарушаются высшие психические функции – память, мышление, эмоции, идентификация себя как личности и даже самых близких окружающих людей. Распространенность болезни Альцгеймера в целом – 1-1,5 %. Женщины болеют в 2-3 раза чаще мужчины, однако такое различие связано, вероятно, с их преобладанием в старших возрастных группах.

С течением времени появляются и физические проблемы – нарушается сила и равновесие. Человек исчезает как личность, теряет способность к самообслуживанию и полностью зависит от постороннего ухода. Развитие деменции при болезни Альцгеймера обусловлено дегенерацией нейронов коры и лимбической системы головного мозга, нарушением синоптических связей, вызванные накоплением олигомеров бета-амилоида и тау-белка. В соответствии с наиболее распространенной на сегодняшний день теорией развития болезни Альцгеймера, в головном мозге образуются нерастворимые амилоидные бляшки и нейрофибриллярные клубки из тау-белка. Количество бляшек и клубков прогрессивно увеличивается, нарушаются межнейрональные связи, функционирование нейронов и в конечном итоге – их гибель. Участки мозга атрофируются, повреждения захватывают весь мозг. Изменения в головном мозге развиваются постепенно за 10 – 20 лет до клинического дебюта заболевания.

Выделяют две формы болезни – спорадическую, на которую приходится 90% заболевания и семейную, которая начинается в более раннем возрасте – до 50 лет и обусловлена редкой генетической мутацией.

При прогрессировании болезни утрачиваются навыки чтения и письма. Больной заменяет забытые слова новыми (парафразии). Нарушается уже и долговременная память и больной перестает узнавать родственников. Появляются отклонения в поведении – раздражительность, агрессия, бродяжничество, плач. Нарушается функция тазовых органов – появляется недержание мочи.

Приведем клинический пример болезни Альцгеймера:

В психиатрическое отделение поступает больная 68 лет. Контакт с больной носит сугубо формальный характер, в беседе безучастна, несобранна, растеряна когда слышит какой-либо вопрос, ни на один не ответила. Смогла лишь назвать свою фамилию, имя и отчество, год рождения правильно. На вопросы отвечала после паузы, не по существу. Дезориентирована в месте, во времени: «Я из театральных, у меня свой театр, там где ребята». Выраженное снижение памяти на текущие события, фиксационная амнезия, амнестическая афазия. На попытку попросить что-нибудь написать, отказалась – «не могу». Состояние больной сопровождается эмоциональной лабильностью, периодически возникающей тревогой. Критика к собственному психическому состоянию отсутствует. Инструкции выполняет не сразу, после многократных повторений и упрощений. В отделении долгое время была дезориентирована, не могла запомнить лечащего врача, свою палату.

Больной было назначено обследование:

- ЯМРТ головного мозгу – енцефалопатія речовини головного мозгу. Признаки зовнішньої та внутрішньої гідроцефалії головного мозгу.

- Психолог – дефіцитність з боку височної та темної зон головного мозгу по альцгеймеровському типу, тяжка деменція, порушення мови, зміна особистісних якостей та емоційно-вольових характеристик (порушення критики, відстороненість, соціальна неспроможність)

За результатами проведеного дослідження встановлено діагноз: Хвороба Альцгеймера з пізнім початком. F 00.1.

К шкоду, хвороба Альцгеймера невилкована. З допомогою лікарських засобів та немедикаментозної терапії можна лише уповільнити розвиток патології, але не вилкувати її. За різними даними, хвороба може протікати від 2 до 25 років. Людина з хворобою Альцгеймера в середньому живе близько 8-15 років. Як правило, причиною смерті пацієнта стає не сама хвороба, а те, що вичають основні життєві функції його організму.

Ткаченко Т.В.

КЛІНІКО-НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

**Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
м. Полтава, Україна**

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дельва І.І.

Актуальність. В Україні поширеність цереброваскулярних захворювань зростає, а смертність від них посідає друге місце в структурі загальної смертності. Збільшення цього показника в нашій країні спостерігається за рахунок хворих на ДЕ. Дана тенденція обумовлена збільшенням розповсюдженості артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, як основних етіологічних чинників ДЕ. Актуальність цієї проблеми визначається і її соціальною значимістю: неврологічні та психічні розлади при хронічній судинній патології можуть стати причиною тяжкої інвалідності хворих.

Мета роботи: визначити клінічні особливості та нейровізуалізаційні характеристики когнітивних порушень при дисциркуляторній енцефалопатії.

Об'єкт та методи дослідження. Обстежено 60 пацієнтів з діагнозом ДЕ, віком від 50 до 70 років (середній вік $61,3 \pm 2,5$ року). Всім пацієнтам проводилося клініко-неврологічне та розширене нейропсихологічне обстеження (шкала оцінки психічного статусу (MMSE), Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій, тест малювання годинника), МРТ головного мозку в режимах T1 і T2 з оцінкою ступеня вираженості внутрішньої і зовнішньої атрофії, перивентрикулярного і субкортикального лейкоареоза.

Результати та їх обговорення. За результатами клініко-неврологічного та нейропсихологічного обстеження хворі були поділені на три групи в залежності від ступеню когнітивних розладів: легкі — 25 (42%)