

психологической дезадаптации // http://www.umus.ru/view_work.htm?id_work=1590&s_special=4

20. Устимов Д. Ю. Способы психологической и психофармакологической коррекции психоэмоционального состояния женщин с дисгормональными очаговыми заболеваниями молочной железы в предоперационный период // http://www.rusanesth.com/Genan/st_11_13.htm.

21. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств:

Клинические описания и указания по диагностике. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.

22. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.

23. Практическая психодиагностика (методики и тесты) / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: Изд. дом «Бахрах», 1999. — 672 с.

24. В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка Депрессии (Современная терапия). — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.

Надійшла до редакції 11.09.2008 р.

В. В. Воробйов

Психічний стан як предиктор розвитку мастопатії у жінок

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

У роботі наведені дані аналізу стану психічного здоров'я та психологічного благополуччя у жінок з мастопатією порівняно з відносно здоровими жінками. Встановлено, що усі жінки з мастопатією страждають на психічні та поведінкові розлади невротичного або особистісного спектру, на відміну від відносно здорових жінок. Зроблено висновок про негативний вплив порушення психічного здоров'я та психологічного благополуччя в генезі мастопатії у жінок.

V. V. Vorob'ev

Mental condition as predictor of development of mastopathy for women

*Kharkiv medical academy of postgraduate education
(Kharkiv)*

In our work the data of the analysis of the condition of psychical health and psychological prosperity for women, who suffer from mastopathy in comparison with relatively healthy women is given. It is set that all women from mastopathy suffer from psychical and behavior disorders of neurotic or personality spectrum, unlike in relation to healthy women. A conclusion about negative influence of violation of psychical health and psychological prosperity in genesis of mastopathy is done.

УДК 616.8-008.64-07

И. В. Ремяк

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков)

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Депрессия, тревога и сопутствующие им соматовегетативные симптомы являются едва ли не самыми частыми психическими нарушениями, встречающимися в неврологической практике. Депрессивная симптоматика часто развивается у больных с цереброваскулярными нарушениями, как острыми так и хроническими, вертеброневрологической патологией, у больных с мигренью, головной болью напряжения, кластерными болями и др.

Среди психотропных средств, которые используются для лечения депрессивных расстройств, приоритетное место занимают препараты группы антидепрессантов, а именно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, достаточно широко представленные в настоящее время на фармацевтическом рынке Украины.

Нами показана также эффективность лазерорефлексотерапии, биологической обратной связи, методик постизометрической релаксации у таких пациентов. В соответствии с современными критериями, депрессивный синдром характеризуется снижением настроения, уменьшением или отсутствием интереса, которые сочетаются со снижением или повышением аппетита, снижением или увеличением массы тела, инсомнией или гиперсомнией, психомоторной заторможенностью или ажитацией, чувством усталости, потери энергии, неадекватным чувством вины, уменьшением способности мыслить, концентрировать внимание, повторяющимися мыслями о смерти. Для клинициста важным является вопрос о характере депрессивного синдрома — первичный он или вторичный. Для решения

этого вопроса важны два диагностических критерия: временной фактор и выраженность депрессивной симптоматики.

Для оценки выраженности депрессивного расстройства в клинике нервных болезней широко используется шкала Гамильтона для депрессий (HAM-D), версия из 18 пунктов. Главным показателем шкалы является сумма баллов, по которой депрессии распределяют на легкие (7—16 баллов), средней тяжести (17—27 баллов), тяжелые (больше 27 баллов).

Наши данные свидетельствуют о том, что у пациентов с неврологической патологией и наличием депрессии встречаются средней тяжести и легкие депрессивные расстройства. Наличие депрессии также подтверждается существованием в картине болезни не выраженных, но несомненных ее признаков — дневных колебаний выраженности как психических, так и неврологических, соматических расстройств, отсутствие соответствия между объективным статусом и субъективно оцениваемой тяжестью состояния, неэффективностью общеневрологической и общесоматической терапии.

Данные проведенных нами исследований свидетельствуют о хорошей эффективности, безопасности и переносимости препарата флуоксетин у постинсультных больных с наличием депрессивного расстройства.

Флуоксетин, действуя на серотонинергические рецепторы, одновременно оказывает малое влияние на захват норадреналина и дофамина и слабо действует при этом на холинергические и H₁-гистаминовые

рецепторы. Эти особенности фармакологического действия флуоксетина обуславливают отсутствие у больных кардиотоксического и седативного эффектов.

Следует также сказать о целесообразности применения антидепрессантов — ингибиторов обратного захвата серотонина у больных с цефалгическими синдромами. У пациентов с мигренью, головной болью напряжения, кластерной головной болью, хроническими болевыми синдромами, обусловленными вертеброгенной патологией, депрессивные расстройства представлены достаточно широко и составляют по данным различных авторов от 16 до 41 %. Успешное применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина во многом объясняется общими патогенетическими составляющими болевых синдромов и депрессии.

Наши данные свидетельствуют о том, что наибольшей эффективности лечения депрессивных расстройств у больных с хронической головной болью напряжения, простой мигренью с частыми приступами удается достичь путем сочетания медикаментозных методов лечения (антидепрессанты, миорелаксанты, эрготамины, триптаны) и немедикаментозных методов — иглорефлексотерапии в сочетании с лазерорефлексотерапией. Это позволяет добиться положительных изменений в системе макро- и микрогемодинамики, что подтверждается положительной динамикой неврологического статуса и данных биохимических исследований. Применение немедикаментозных методов позволяет успешно бороться с абюзусной головной болью, вызванной злоупотреблением медикаментов для купирования цефалгий и которые, как известно, по

своей частоте занимают третье место после головной боли напряжения и мигрени. У таких больных терапия антидепрессантами имеет особое значение, так как кроме сугубо направленного действия, устраняет еще и наиболее острые симптомы абюзусной головной боли, тем самым облегчает проведение психотерапевтических методов лечения, способствуя при этом и успешному проведению реабилитационных мероприятий. Особенность антидепрессантной терапии у таких больных обусловлена патофизиологической особенностью, в основе которой лежит тесная сопряженность феноменов боли и депрессии в виде дефицита серотонинергической системы, имеющей сложные взаимодействия с другими нейротрансмиттерными и нейрогуморальными системами мозга.

Актуальными в практике невролога являются вопросы лечения панических расстройств, которые проявляются пароксизмальными вегетативными нарушениями — паническими атаками с вегетативными, эмоциональными и когнитивными расстройствами. В настоящее время активно обсуждается патогенетическая связь между паническим и депрессивным расстройствами. Поводом для этого послужило частое сочетание панических атак и депрессии и эффективность антидепрессантов в том и другом случае. Также на основе хорошего эффекта от лечения серотонинергическими антидепрессантами возникла серотониновая теория развития панических расстройств. Данная патология требует дифференцированного выбора психотропных препаратов, их комбинации в зависимости от клинической картины и сочетания с методиками психотерапии и физиотерапии.

I. V. Reminyak

Депресивні розлади в клініці нервових хвороб

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Депресія, тривога і супутні їм соматовегетативні симптоми є найчастішими психічними порушеннями, що спостерігаються в неврологічній практиці. Депресивна симптоматика часто розвивається у хворих з цереброваскулярними порушеннями, як гострими, так і хронічними, вертеброневрологічною патологією, у хворих з мигренню, головним болем напруги, кластерними болями та ін.

Серед психотропних засобів, які використовуються для лікування депресивних розладів, пріоритетне місце посідають препарати групи антидепресантів, а саме селективні інгібітори зворотного захвату серотоніна, достатньо широко представлені в даний час на фармацевтичному ринку України.

Також у статті представлена ефективність лазерорефлексотерапії, біологічного зворотного зв'язку, методик постізометричної релаксації у таких пацієнтів.

I. V. Reminyak

Depressive disorders in clinics of nervous diseases

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

Depression, anxiety and concomitant somato-vegetative symptoms are nearly the most frequent psychic disorders occurred in a neurological practice. Depressive symptoms are developed often in patients with both acute and chronic cerebrovascular disorder, vertebral-neurological pathology, in patients with migraine, headache of tension, cluster headaches etc.

Among psychotropic medication used to treat depressive disorders a priority role belongs to the antidepressive drug group, videlicet selective serotonin reuptake inhibitors, which are now presented widely enough on a pharmaceutical market in Ukraine.

An efficacy of laseroreflexotherapy, a biological retroactive connection, methods of postisometrical relaxation in such patients are also presented in the article.