

С.Е. Казакова, О.А. Топоркова, В.Г. Пінькас, І.Ю. Ватанська

Психосоматичні порушення у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС, які перенесли інсульт

Обследовались ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС. У исследуемых отмечались астено-неврологические проявления с дальнейшим формированием вегето-сосудистой дистонии и развитием дисциркуляторной энцефалопатии. При объективном обследовании упомянутого контингента отмечалось замедление темпа психической деятельности, снижение продуктивности умственной работы. С нарастанием тяжести заболевания наблюдалось усиление иммунных нарушений.

ВСТУП

Гострі розлади мозкового кровообігу досить поширені, поступаючи тільки серцево-судинним та онкологічними захворюванням. За смертністю вони займають третє місце. [1–3, 4, 7]. Останнім часом інсульти виникають в більш ранньому віці, ніж у попередні роки [5]. Судинна патологія, в тому числі наслідки інсульту, можуть викликати неврозоподібні розлади [6, 9, 11]. У ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС перебіг таких захворювань має свої особливості. Одні автори надають головну роль у патогенезі нервово-психічних розладів у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС психогенним факторам, інші – впливу іонізуючого випромінювання [1, 2, 8] Деякі автори вважають, що умови, за яких відбувалася ліквідація наслідків аварії на ЧАЕС, могла призвести до розвитку органічних уражень нервової системи [10], інші – більш ймовірним вважають виникнення функціональних змін у нервово-психічному статусі [1, 2].

Мета нашої роботи – вивчення психосоматичних порушень у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС, які перенесли інсульт.

МЕТОДИКА

Обстежено 214 ліквідаторів наслідків аварії на АЕС. Для цього використовувалися загальні клінічні методи, які включали в себе дослідження соматичного та неврологічного статусу за загальноприйнятою схемою: клінічний аналіз крові, сечі; визначення коагулограми, рентгенографія черепа, офтальмоскопія, периметрія.

Патопсихологічні обстеження проводилися за методом багатопрофільного обстеження особистості за шкалою реактивної та особистої тривожності Спілберґера – Ханіна, за тестом вибору кольору Люшера, пробою на запам'ятовування 10 слів. Також застосовувалися методи дослідження імунного статусу. Визначалася абсолютна кількість лейкоцитів, лімфоцитів, кількість Т-клітин у реакціях розеткоутворення. Досліджувалися циркулюючі імунні комплекси в поліетиленгліколі з молекулярною масою 6000, враховувався вміст велико-, середньо- та дрібномолекулярних імунних комплексів. Визначався вміст імуноглобулінів класів А, М, G, а також наявність природного інгібуючого фактора у реакції інгібіції сироваткових антитіл.

Математична обробка даних здійснювалася на комп'ютері з використанням спеціалізованого банку даних. Використовувався кореляційний аналіз. За його допомогою вивчався взаємозв'язок клінічних показників з локалізацією вогнища з преморбідними особливостями особистості, з генезом патології. При статистичній обробці для параметричних показників використовувався метод Стьюдента, для непараметричних – Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У обстежених спочатку відзначалися астено-неврологічні прояви з наступним формуванням вегето-судинної дистонії та розвитком дисциркуляторної енцефалопатії. Така закономірність перебігу простежувалася у більшості випадків. Подальший перебіг захворювання ускладнювався психічними та неврологічними розладами. У 23 % випадків у хворих формувався психоорганічний синдром, у 17 % виникав гострий стан розладу мозкового кровообігу (інсульт). При цьому в хворих відзначалася виражена астенична симптоматика.

У 94 % хворих після перенесеного інсульту посилювалася вразливість і образливість. Внутрішня картина хвороби в 73 % випадків була адекватна ситуації: хворі розуміли тяжкість свого стану, але сподівались на його поліпшення. Активно співпрацювали з лікарем, виконували всі його розпорядження, фіксували свою увагу на психологічних порушеннях. Навіть після розвитку ОРМК вони залишалися в 84,3 % випадків врівноваженими, доброзичливими пацієнтами.

При обстеженні всі хворі скаржилися на головний біль, який у 31 пацієнта набував пульсуючого характеру, у 29 % такого, що розпирає. Головний біль у потиличній ділянці відзначався в 47 % пацієнтів, у 13 осіб біль був невизначеної

локалізації. Всі хворі відзначали загальну слабкість, підвищену втомлюваність, зниження працездатності. У 51 % хворих відзначалася дратівливість. У всіх спостерігалось коливання артеріального тиску з тенденцією до підвищення. 37 пацієнтів скаржилися на часті запаморочення, 45 % – на колючий, стискаючий біль у ділянці серця, 43 % – на серцебиття, у 37 спостерігався поверхневий сон, що не усував постійного відчуття втоми. Більшість хворих дратували гучні звуки та яскраве світло.

При об'єктивному обстеженні всієї групи відзначалося уповільнення темпу психічної діяльності (52 %), зниження продуктивності розумової праці (48 %). Хворим необхідно було витратити багато часу на виконання будь-якої роботи. Вони з однаковою старанністю виконували основні та другорядні її компоненти. При цьому витрачали надто багато часу, повторюючи знову те, що було вже зроблено. Необхідність виконувати роботу в стислий термін дратувала їх, підсилювала головний біль, сприяла підвищенню артеріального тиску. Таким чином хворі реагували на раптову зміну планів. Первинна реакція навіть на незначні зміни виявлялась у вигляді розгубленості, що змінювалась вибухом гніву за силою не адекватною подразнику, підвищенням артеріального тиску. У 43 % подібні вибухи гніву змінювалися слізливістю. 42 % хворих відчували утруднення при вирішенні елементарних побутових проблем, категорично відмовлялися постояти в черзі, домогтися відвідування сантехника. 11 % осіб незважаючи на суб'єктивне відчуття вираженої слабкості, стомлюваності, виявляли визначену астеничність, домагаючись пільг, хоча їхні суб'єктивні відчуття загальної слабкості не викликали сумніву (вони охоче лікувалися, ретельно виконували рекомендації лікаря, витрачали гроші виключно на медикаменти), вражала їх дисо-

ціююча з астеною енергійність і напористість.

У всіх хворих астенична симптоматика супроводжувалася не тільки вираженою вегетативною дисфункцією [12], а ще й поєднувалася з іншими психопатологічними синдромами невротичного характеру. У 45 % хворих астенична симптоматика доповнювалася депресивним синдромом, при цьому в 27 % пацієнтів відзначалася тривога, у 18 % – дисфорія, у 21 % – істероформні прояви, у 3 % – ейфорія.

У міру підвищення важкості захворювання зростали імунні порушення. В осіб, які перенесли інсульт, відзначалися виражені порушення імунного статусу, що характеризувалися Т-лімфопенією, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів з істотним зниженням Т клітин і відносній перевазі субпопуляції лімфоцитів із супресорною активністю. Показники гуморальної ланки імунітету характеризувалися вірогідним підвищенням вмісту циркулюючих імунних комплексів, переважно внаслідок середньо- і дрібномолекулярних фракцій.

S. Ye. Kazakova, O. A. Toporkova, V. G. Pin'kas, I. Yu. Vatanskaya

IMMUNE DISTURBANCES IN CHORNOBYL APS – AFTER – AFFECTS LIQUIDATORS WHO HAD INSULT IN THEIR PAST HISTORIES

Chornobyl APS –after – effects liquidators were examined. While objective examination the following changes were registered in the patients: slowing down the rate of psychical activity (51%), lowering of mental labor efficiency; the patients spent a lot of time to carry out some kind of work. As the

severity of the disease aggravated, the immune disturbances were growing.

State Medical University Lugansk

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровський Ю. А., Лобастов О. С., Співак В. І. та ін. Психонії в екстремальних умовах. – М.: Медицина. – 1991. – 95 с.
2. Александровський Ю. А. Екологічні катастрофи і психічне здоров'я // Сов. медицина. – 1992. – 12. – С. 3-6.
3. Волошин П. В., Тайцлин В. Й. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. – К.: Здоров'я, 1991. – 153 с.
4. Дуденко Е. Г., Морозова О. Г. Особенности вегетативных нарушений у больных с начальным проявлением атеросклероза сосудов головного мозга // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1988. – 88, вып. 10. – С. 25 – 28.
5. Заваденко Н. Н. Причины ишемического инсульта у больных молодого возраста // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – 80, вып. 6. – С. 931 – 937.
6. Курако Ю. Л., Вайсфельд Д. Н. Восстановительное лечение в условиях курорта больных, перенесших инсульт. – К.: Здоров'я. 1981. – 134 с.
7. Лебедев А. А., Долгов А. М. Диагностическая и прогностическая роль органоспецифических ферментов плазмы крови в остром периоде нарушения мозговых кровообращений // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1987. – 87, вып. 1. – С. 23 – 26.
8. Логановський К. Н. Психопатологічні особливості синдрому вегетативної дисфункції в осіб, які підлягли дії іонізуючого випромінювання у малих дозах // Лікар. справа. – 1991. – 3. – С. 68 – 72.
9. Морозов Г. В. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина. 1988.
10. Наприенко А. К., Логановський К. Н. Прикордонні нервово-психічні розлади в осіб, які підлягли впливу іонізуючого випромінювання // Лікар. справа – 1992. – №7. – С. 48 – 57.
11. Панченко Е. Н. Нервная паталогия при артериальной гипертонии. – К.: Здоров'я, 1978. – 156 с.
12. Снежневський А. В. Посібник з психіатрії. – Т. 1. – С. 76 – 78.