

**Міністерство охорони здоров'я України
Національна Академія медичних наук України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи**

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ
ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ НЕРВОВО-
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

(методичні рекомендації)

Київ — 2013

Міністерство охорони здоров'я України
Національна Академія медичних наук України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

«УЗГОДЖЕНО»

Начальник лікувально-організаційного управ-

ління НАМН України,

чл.-кор. НАМН України, професор

В.В.Лазоришинець

7 травня

2013 р.



«УЗГОДЖЕНО»

Директор Департаменту реформ та розвитку

медичної допомоги МОЗ України

М.К.Хобзей

2013 р.



МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ
ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ
НЕРВОВО-ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

(методичні рекомендації)

(73.13/362.13)

Київ - 2013

Установа-розробник:

ДУ «Національний Науковий центр радіаційної медицини НАМН України»
(ННЦРМ)

Укладачі:

Логановський Костянтин Миколайович д. м. н., проф. (452-18-03)

Бузунов Володимир Опанасович д. м. н., проф. (431-98-29)

Чупровська Наталія Юріївна к. м. н., ст. н. с. (452-65-96)

Войчулене Юлія Сергіївна к. м. н.

Краснікова Людмила Іванівна к. б. н.

Колосинська Олена Олександрівна

Чумак Станіслав Анатолійович к. м. н.

Антипчук Катерина Юріївна к. м. н.

Бомко Марія Олександрівна к. м. н.

Василенко Злата Леонідівна лікар вищої категорії

Терещенко Сергій Олексійович директор УЦІТ і НРУ МОЗ України

Картушин Геннадій Іванович, гол. спеціаліст УЦІТ і НРУ МОЗ України

Рецензенти:

д.м.н., проф. Н.Ю.Бачинська

Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Психіатрія» МОЗ України, д.м.н.,
проф. І.Я. Пінчук

Голова Проблемної комісії «Проблеми радіаційної медицини» МОЗ та НАМН України

чл.- кор. НАМН України, д.м.н., проф. Базика Дмитро Анатолійович

ЗМІСТ

	Перелік умовних скорочень.....	5
	Вступ.....	6
1	Характеристика післяаварійної динаміки захворюваності та смертності від тяжких нервово-психічних захворювань, а також радіаційні ризики їх розвитку залежно від віку на момент опромінення (за даними ДРУ)	7
2	Характеристика клінічних проявів найбільш тяжких (інвалідизуючих) нервово-психічних розладів в УЛНА на ЧАЕС за даними вибіркового досліджень	12
3	Заходи з оптимізації медико-соціальної допомоги постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС	20
	Висновки	28
	Перелік рекомендованої літератури	29

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВП	-	викликані потенціали
ГПМК	-	Гостре порушення мозкового кровообігу
Гр	-	Грей, одиниця поглиненої дози в системі СІ.
ДЕП	-	дисциркуляторна енцефалопатія
ЕЕГ	-	електроенцефалографія
ДІ	-	Довірчий інтервал
ДРУ	-	Державного реєстру осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи
ІКР	-	Інститут клінічної радіології
кЕЕГ	-	Комп'ютерна ЕЕГ
КЕР	-	Клініко-епідеміологічний реєстр
МКХ	-	Міжнародна класифікація хвороб
МРТ	-	Магнітно-резонансна томографія
ННЦРМ	-	Національний Науковий центр радіаційної медицини НАМН України
ПП	-	Первинно-прогресуюча
ПРР	-	Поліклініка радіаційного реєстру
ПТСР	-	Посттравматичний стресовий розлад
РЕГ	-	Реоенцефалографія
РР		Ремітуючи-рецидивуюча
РС		Розсіяний склероз
СОА	-	Сумарна оцінка анкетування
УЗДГ	-	Ультразвукова доплерографія
УЛНА	-	Учасник ліквідації наслідків аварії
ХНМК	-	Хронічна недостатність мозкового кровообігу
ЦВХ	-	Цереброваскулярні хвороби
ЦНС	-	Центральна нервова система
ЧАЕС	-	Чорнобильська атомна електростанція
ГҮ	-	Грей
СІ	-	Довірчий інтервал
ЕАР	-	Екссес абсолютного ризику
ЕРР	-	Екссес відносного ризику
РРҮ	-	Відносний ризик
ІD	-	Рівень захворюваності
Р	-	Рівень статистичної значимості
РҮ	-	Число людино-років
ВРRS	-	Brief Psychiatric Rating Scale: коротка психіатрична оціночна шкала
EDSS	-	Expanded Disability Status Scale: розширена шкала недієздатності

ВСТУП

Методичні рекомендації розроблені на основі результатів науково-дослідної роботи по клініко-епідеміологічному дослідженню особливостей розвитку інвалідизуючих нервово-психічних захворювань (гострих судинних захворювань головного мозку, демієлінізуючих захворювань центральної нервової системи, у т.ч. розсіяного склерозу (РС), епілепсії, деяких психічних розладів) в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС з урахуванням радіаційних та нерадіаційних чинників ризику, яка виконана в ДУ „Національний Науковий Центр радіаційної медицини Національної Академії медичних наук” (ННЦРМ) у 2010-2012 рр. Дослідження здійснені за даними Державного реєстру осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи (ДРУ), клініко-епідеміологічного реєстру ННЦРМ (КЕР) та спеціально створеного локального підреєстру тяжких нервово-психічних хвороб.

З урахуванням визначених у дослідженні особливостей захворюваності та смертності УЛНА від цих хвороб залежно від дози зовнішнього опромінення всього тіла та віку на момент опромінення, особливостей клінічного перебігу вказаних захворювань з урахуванням коморідної патології та деяких традиційних нерадіаційних факторів ризику обґрунтовані заходи щодо вдосконалення лікувально-профілактичної допомоги постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС.

На даний час система надання медичної допомоги та реабілітації контингентам УЛНА на ЧАЕС, які страждають на тяжкі нервово-психічні хвороби, є недосконалою, зокрема, у зв'язку з недостатнім матеріально-технічним і кадровим забезпеченням, з відсутністю єдиного підходу до трактування ролі радіаційних та нерадіаційних чинників ризику у формуванні особливостей клінічного перебігу тяжких нервово-психічних хвороб і ін.

Сферою застосування методичних рекомендацій є лікувально-профілактичні заклади психоневрологічного профілю всіх рівнів (районний; міський, обласний).

Клінічні настанови призначені лікарям неврологам, психіатрам, психологам та наркологам, які займаються наданням лікувально-діагностичної допомоги постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС.

Дані методичні рекомендації підготовлені в Україні вперше

1. Характеристика післяаварійної динаміки захворюваності та смертності від тяжких нервово-психічних захворювань, а також радіаційні ризики їх розвитку залежно від віку на момент опромінення (за даними ДРУ)

Станом на 1.01.2011 р. у ДРУ зареєстровано 314192 УЛНА, серед них 216031 осіб брали участь у відновних роботах в 1986-1987 рр. Серед цього контингенту 93,5 % склали чоловіки. Для визначення можливого впливу іонізуючого випромінювання сформована когорта УЛНА 1986-1987 рр. чоловічої статі чисельністю 68145 осіб, для яких у БД ДРУ є інформація стосовно доз зовнішнього опромінення всього тіла.

У табл. 1 наведено кількісний розподіл УЛНА із когорти дослідження залежно від дози зовнішнього опромінення з урахуванням віку ліквідаторів на момент участі в ЛНА.

Таблиця 1 - Кількісний розподіл учасників ЛНА 1986-1987 рр. чоловічої статі залежно від дози зовнішнього опромінення всього тіла з урахуванням віку ліквідаторів на момент участі в ЛНА

Вік на момент участі в ЛНА (років)	Усього УЛНА	Дози (Гр)					
		< 0,05	0,05-0,09	0,1-0,19	0,2-0,249	0,25-0,49	≥ 0,50
18-29	32472	3645	7856	8641	8553	3674	103
30-39	29590	3099	10819	6480	6360	2740	92
40-49	5456	849	1682	1265	998	613	49
50-59	597	197	95	149	79	56	21
60 і >	30	8	5	10	1	5	1
Усього	68145 (100 %)	7798 (11,4 %)	20457 (30 %)	16545 (24,3 %)	15991 (23,5 %)	7088 (10,4 %)	266 (0,4 %)

Примітка. У дужках наведено відсоток УЛНА

Із табл. 1 видно, що основна частка ліквідаторів отримала дози зовнішнього опромінення всього тіла в інтервалі від 0,05 до 0,249 Гр (77,8 %). Дози опромінення в інтервалі $\geq 0,50$ Гр отримали всього 0,4 % від обстежених ліквідаторів.

За даними ДРУ в період 1988-2010 рр. у цієї когорти зафіксовано 3896 вперше зареєстрованих тяжких нервово-психічних розладів (табл. 2), у т.ч. 2760 випадків гострих порушень мозкового кровообігу, а також

5670 хронічних цереброваскулярних хвороб (ЦВХ), 625 випадків наслідків ЦВХ.

Таблиця .2 - Захворюваність на тяжкі нервово-психічні і цереброваскулярні хвороби в УЛНА на ЧАЕС 1986-1987 рр. чоловічої статі за 1988-2010 рр., 1023250 людино-років (за даними ДРУ)

Захворювання	Шифри МКХ-9, МКХ-10	Абс.	Захворюваність на 10000
психотичні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку	290.0-290.9; 293.0-294.9 F00-F09	542	5,3
інші психотичні (шизофр., афективні) стани	(295.0-298.9; F20-F39)	153	1,49
непсихотичні псих. розлади на ґрунті органічного ураження головного мозку	310.0-310.9; F07.0-F07.9	290	2,83
епілепсія	345.0-345.9; G40-G41	122	1,19
розсіяний склероз і інші демієлінізуючі хвороби ЦНС	340.0-341.9; G35.0-G37.9	29	0,28
гострі форми ЦВХ	430.0-436.9; I60.0-I66.0	2760	26,97
Усього (на найтяжчі)		3896	38,07

Крім того, виявлено 5670 вперше зареєстрованих випадків хронічних судинних захворювань головного мозку та 625 випадків їхніх наслідків (табл. 3)

Таблиця 3 - Захворюваність на хронічні цереброваскулярні хвороби в УЛНА на ЧАЕС 1986-1987 рр. чоловічої статі за 1988-2010 рр., 1023250 людино-років (за даними ДРУ)

Захворювання	Шифри МКХ-9, МКХ-10	Абс.	Захворюваність на 10000
хронічні цереброваскулярні захворювання, у т.ч..	(437.0-437.9; I67.0-I67.9),	5670	55,41
- цереброваскулярний атеросклероз	437.0-437.0;	724	7,07

роз	I67.2-I67.2		
- гіпертонічна енцефалопатія	437.2-437.2; I67.4-I67.4	4054	39,62
віддалені наслідки ЦВХ	438.0-439.9; I69.0-I69.8	625	6,11

Захворюваність на тяжкі нервово-психічні розлади в післяаварійному періоді певною мірою відрізнялися в УЛНА віком до 40 років на момент опромінення і опроміненіх у віці 40 років і старше (рис. 1).

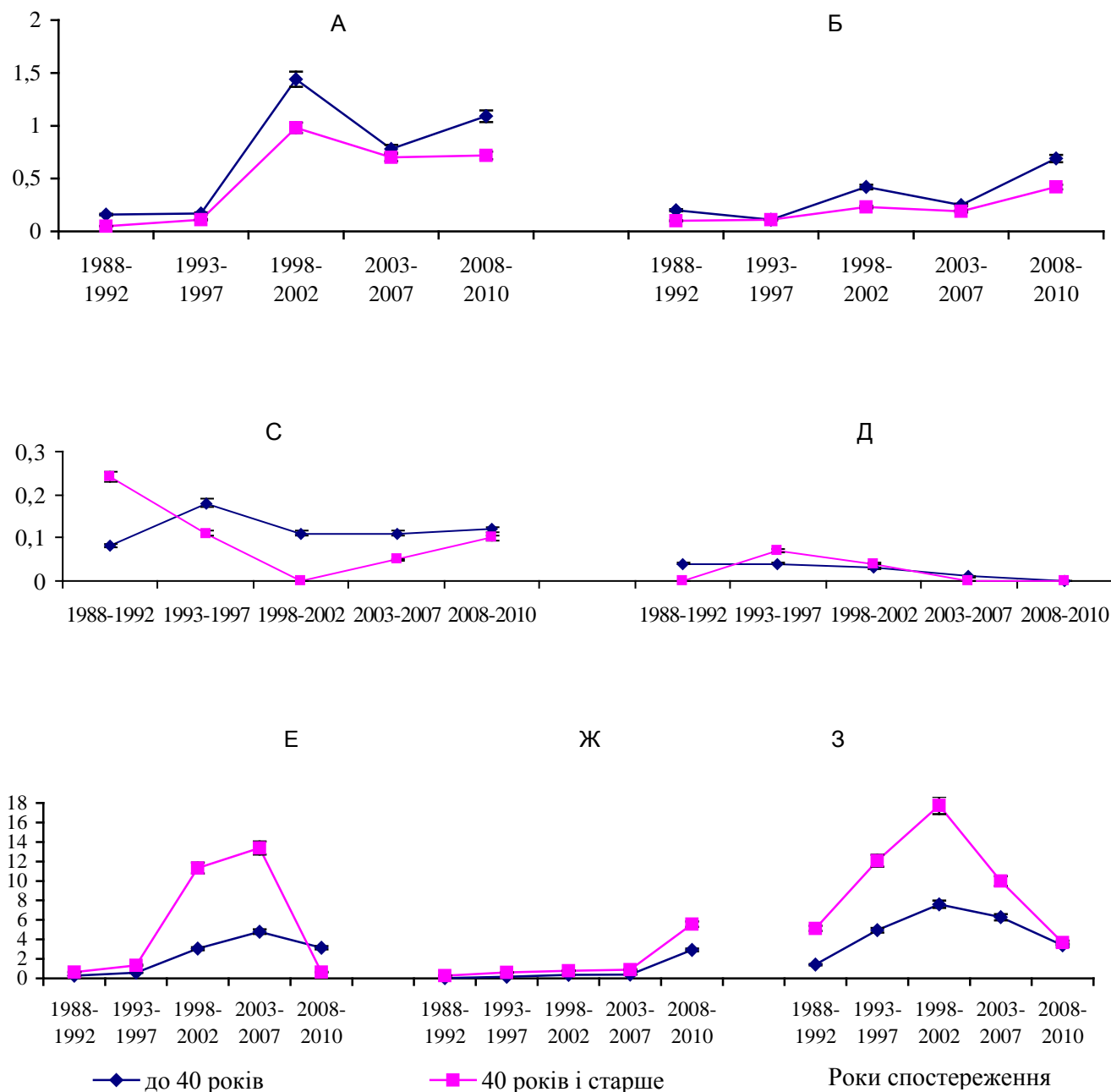


Рисунок 1 - Динаміка захворюваності (випадків на 1000 людино-років) на інвалідизуючі нервово-психічні хвороби в УЛНА 1986-1987 рр. залежно від віку на момент опромінення (за даними ДРУ)

А - психотичні психічні розлади на ґрунті органічного на ґрунті органічного ураження головного мозку (290.0-294.9 за МКХ-9; F00-F09 за МКХ-10), (293.0-294.9 за МКХ-9), (295.0-298.9 за МКХ-9; F20-F39 за МКХ-10)

Б - непсихотичні психічні розлади на ґрунті органічного ураження головного мозку (310.0-310.9 за МКХ-9; F07.0-F07.9 за МКХ-10),

С – епілепсія (345.0-345.9 за МКХ-9; G40-G41 за МКХ-10);

Д - демієлінізуючі хвороби ЦНС (340.0-341.9 за МКХ-9; G35.0-G37.9 за МКХ-10)

Е- гострі цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) (430.0-436.9 за МКХ-9; I60.0-I66.0 за МКХ-10)

Ж - віддалені наслідки ЦВХ (438.0-438.9 за МКХ-9; I69.0-I69.8 за МКХ-10)

З - хронічні ЦВХ (ДЕП) (437.0-437.9 за МКХ-9; I67.0-I67.9 за МКХ-10)

Захворюваність на психотичні стани (гострі, підгострі, хронічні) внаслідок органічних уражень головного мозку на всім періоді спостереження була вищою в УЛНА опромінених у віці до 40 років з максимумом у 1998-2002 роках (рис. 1 А), захворюваність на непсихотичні психічні розлади на ґрунті органічних уражень головного мозку також вища в УЛНА опромінених у віці до 40 років, але монотонно збільшується в динаміці спостереження (рис. 1 Б).

Захворюваність на епілепсію в післяаварійному періоді була вищою в УЛНА опромінених у віці до 40 років за виключенням періоду 1988-1992 рр. (рис 1 С). Найбільші рівні захворюваності на розсіяний склероз і інші демієлінізуючі хвороби ЦНС в УЛНА 1986-1987 рр. віком до 40 років на момент опромінення встановлено на початку спостереження (1988-1997 рр.), у наступні роки рівень поступово знижується (рис. 1 Д). У старшій віковій групі захворюваність реєструвалася в періоди 1993-1997 та 1998-2002 рр. і була більшою за рівень у молодших УЛНА.

Захворюваність на гострі форми цереброваскулярних хвороб (ЦВХ) у УЛНА віком 40-60 років на момент опромінення значно перевищувала рівень захворюваності у молодших на момент опромінення УЛНА.(за виключенням останнього періоду спостереження). (рис.1.Е) Максимальні рівні в обох вікових групах УЛНА встановлено в період 2003-2007 рр..

За даними ДРУ в 2008 р. тяжкі інвалідизуючі психоневрологічні і цереброваскулярні захворювання, виявлені у 1,6 % УЛНА із когорти дослідження (у 686 УЛНА). При цьому встановлено, що чверть цих захворювань стосується гострих цереброваскулярних захворювань (інфарктів та інсультів мозку), а половина – їхніх наслідків. (табл. 4)

Таблиця 4. – Поширеність інвалідизуючих психоневрологічних і цереброваскулярних

хвороб в УЛНА 1986-1987 рр. чоловічої статі за даними ДРУ 2008 р. (обстежено 42731 чол.)

Найменування захворювань	Шифр МКХ-10	Абс.	PR, на 10000
шизофренія, шизотипові й маячні розлади	F20-F29	3	0,7
афективні розлади (розлади настрою)	F30-F39	10	2,3
енцефаліт, мієліт та енцефаломієліт	G04- G05	33	7,7
розсіяний склероз і інші демієлінізуючі хвороби ЦНС	G35- G37	26,0	6,0
епілептичний статус	G41	8	1,9
судинні синдроми при цереброваскулярних захворюваннях (минуці церебральні ішемічні атаки)	G46.0, G46.8	23	5,4
гострі цереброваскулярні захворювання	I60-I64	195	45,6
наслідки гострих цереброваскулярних захворювань	I69.0-I69.4	347	81,2
наслідки інших та не уточнених цереброваскулярних хвороб	I69.8	41	9,6
Усього		686	160,4

Дослідження впливу дози зовнішнього опромінення на розвиток інвалідизуючих нервово-психічних хвороб у УЛНА на ЧАЕС

За даними ДРУ визначені статистично достовірні ризики розвитку деяких тяжких нервово-психічних хвороб (табл. 5)

Таблиця 5 - Ризики інвалідизуючих нервово-психічних захворювань в УЛНА 1986-1987 рр. залежно від дози зовнішнього опромінення всього тіла та віку на момент опромінення за 24-річний післяаварійний період (за даними ДРУ)

Доза (Гр)	до 40 років на момент опромінення			40 - 60 років на момент опромінення		
	RRY (95 % CI)	EAR (на 10 ³ люд-років, Гр ⁻¹)	ERR (Гр ⁻¹)	RRY (95 % CI)	EAR (на 10 ³ люд-років, Гр ⁻¹)	ERR (Гр ⁻¹)
Гострі ЦВХ (інсульт, інфаркт мозку)						
0,05 - 0,099	1,18 (1,09;1,28)	5,13 (2,37; 11,1)	2,4 (1,6;3,78)	0,78 (0,6;1,08)		
0,1 - 0,199	0,99 (0,7;1,41)			1,2 (1,01;1,43)	9,2 (6,3; 12,2)	1,3 (1,12; 2,1)

0,2 - 0,249	1,0 (0,9;1,08)			0,9 (0,63;1,29)		
0,25 - 0,7	1,4 (1,28;1,53)	1,74 (1,5;2,0)	0,8 (0,5;1,0)	1,01 (0,69;1,5)		
Віддалені наслідки ЦВХ						
0,05 - 0,099	0,96 (0,82;1,12)			1,27 (0,53;3,1)		
0,1 - 0,199	0,97 (0,5;1,91)			1,4 (0,85;2,34)		
0,2 - 0,249	0,91 (0,77;1,06)			1,69 (0,67;4,3)		
0,25 - 0,7	1,23 (1,03;1,46)	0,27 (0,05;1)	0,5 (0,1;0,91)	1,91 (0,73;5,0)		
Психотичні стани (гострі, підгострі, хронічні) (293.0-294.9)						
0,05 - 0,099	1,15 (0,95;1,38)			5,66 (0,6;55,1)		
0,1 - 0,199	1,03 (0,46;2,34)			5,17 (1,3;19,8)	1,9 (1,5;2,23)	28 (1,84;423)
0,2 - 0,249	0,91 (0,75;1,1)			6,2 (0,55;70,1)		
0,25 - 0,7	3,15 (2,65;3,75)	1,7 (1,58;2,0)	4,5 (4,1;6,3)	8,17 (0,8;80,1)		
Непсихотичні псих. розлади на ґрунті орган. ураження гол. мозку (310.0-310.9; F07.0-F07.9)						
0,05 - 0,099	1,04 (0,83;1,3)			1,74 (0,25;12)		
0,1 - 0,199	1,02 (0,39;2,7)					
0,2 - 0,249	0,92 (0,73;1,2)			1,72 (0,2;15,2)		
0,25 - 0,7	1,99 (1,58;2,5)	0,55 (0,1;1,12)	2,08 (2,0;3,1)	2,33 (0,27;20)		

Примітка. Жирний шрифт – статистично достовірні ризики

Таким чином, за результатами дослідження захворюваності й ризиків на основі даних ДРУ встановлено, що доза зовнішнього опромінення всього тіла в межах 0,05-0,7 Гр може бути чинником ризику розвитку гострих ЦВХ і деяких психічних розладів.

Смертність УЛНА від інвалідизуючих психоневрологічних захворювань

У структурі причин смерті від інвалідизуючих психоневрологічних хвороб переважне місце займають гострі форми цереброваскулярної патології (за рахунок інсультів й інфарктів мозку), хронічних ЦВХ; у ДРУ зареєстровані поодинокі випадки смерті від розладів психіки. Смертність УЛНА опромінених у віці 40 років і старше від гострих ЦВХ перевищує смертність УЛНА опромінених до 40 років у 3,5 разів за період 1988-1999 рр. і в 3,3 рази за період 2000-2010 рр. (рис. 2).

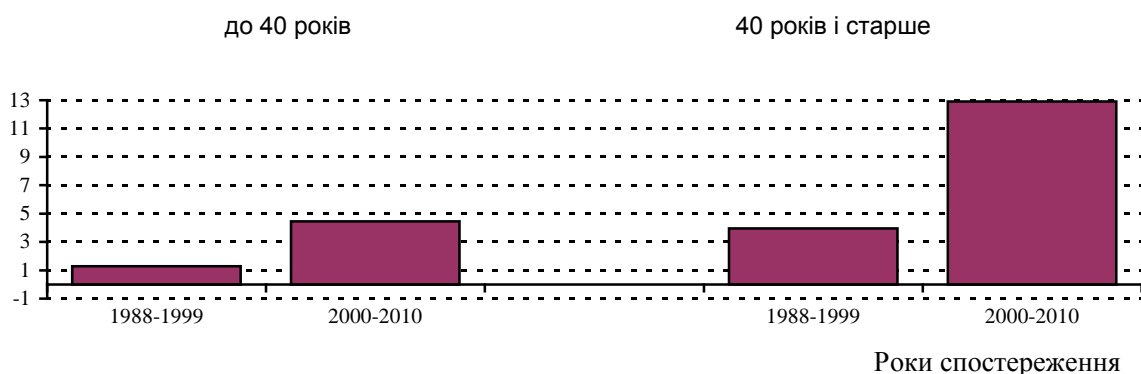


Рисунок 2 – Смертність УЛНА на ЧАЕС 1986-1987 рр. від гострих цереброваскулярних захворювань у післяаварійному періоді з урахуванням віку на момент опромінення.

За даними ДРУ встановлені статистично достовірні відносні ризики смертності від гострих 1,44 (1,23;1,68) і хронічних 2,26 (1,11;4,59) цереброваскулярних хвороб в УЛНА, опромінених у віці до 40 років при дозах зовнішнього опромінення всього тіла 0,05 -0,099 Гр.

2 Характеристика клінічних проявів найбільш тяжких (інвалідизуючих) нервово-психічних розладів в УЛНА на ЧАЕС за даними вибіркового досліджень

Клінічні характеристики особливостей розвитку та перебігу інвалідизуючих нервово-психічних захворювань в УЛНА на ЧАЕС визначені за результатами вибіркового клінічного обстеження УЛНА на базі відділу радіаційної психоневрології ІКР ННЦРМ. Для цього створено локальний під реєстр (427 осіб) у складі якого 88 осіб з розсіяним склерозом і іншими демієлізуючими захворюваннями, 138 УЛНА, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), 45 осіб з депресивними розладами, 47 осіб з посттравматичним стре-

совим розладом, а також групи порівняння.

Для УЛНА, які перенесли **гостре порушення мозкового кровообігу** встановлено наступне:

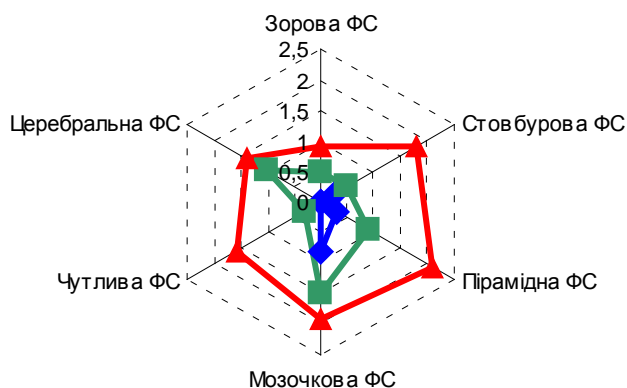
1) у 52,3 % хворих розвилася на тлі церебрального атеросклерозу та гіпертонічної хвороби, у 25,0 % – церебрального атеросклерозу, у 15,9 % – гіпертонічної хвороби;

2) 56,1 % хворих мали в анамнезі одне ГПМК, 31,8 % хворий переніс ГПМК двічі, три ГПМК зареєстровано у 11,4 % хворих, з них у 4,3 % пацієнтів інсульту розвилася у різних судинних басейнах головного мозку;

3) у 47,2 % хворих вогнище інсульту було локалізовано в басейні лівої середньої мозкової артерії, у 25,0 % – правої середньої мозкової артерії, у 26,5 % в судинах вертебробазиллярного басейну та 2,3 % пацієнтів перенесли субарахноїдальний крововилив;

4) у 18,2 % хворих розвиток ГПМК припадав на перші 5 років після участі в ЛНА, у 42,4 % – від 5 до 10 років, у 22,7 % хворих ГПМК розвилася в період від 11 до 15 років, у 16,7 % осіб термін розвитку захворювання становив більше 15 років.

Для кількісної оцінки неврологічного статусу були застосовані стандартизовані діагностичні шкали EDSS та KFS, які роблять можливою кількісну характеристику неврологічного дефіциту по кожній функціональній системі: зоровій, пірамідній, стовбуру мозку, мозочковій, чутливій, функції тазових органів та церебральній. У групі УЛНА на ЧАЕС, що перенесли ГПМК, були виявлені достовірно більш виражені порушення під час дослідження неврологічного статусу, ніж у групі порівняння. Про це свідчить загальна оцінка EDSS та оцінка за всіма пунктами шкал KFS (рис. 3).



◆ Ветерани війни

■ УЛНА на ЧАЕС

▲ УЛНА на ЧАЕС, які перенесли ГПМК

Рисунок 3 – Неврологічний дефіцит в УЛНА, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу і групах порівняння (за профілем EDSS та KFS)

У УЛНА, що перенесли порушення мозкового кровообігу, за допомогою спеціального опитування, визначено, що найчастіше зустрічалися наявність судинних захворювань у матері та зниження фізичної активності.

У осіб, які мають незадовільний економічний рівень, достовірно частіше виявляється постінтоксікаційний алкогольний синдром (PAS), який свідчить про наявність стану хронічної алкогольної інтоксикації. Особи, які мають задовільний економічний рівень, виявляють достовірно кращі показники BPRS. Це проявляється меншим ступенем прояву соматичної стурбованості, тривоги, депресивного настрою. Ці пацієнти краще оцінюють своє загальне здоров'я за опитувальником GHQ, у них визначаються достовірно нижчі показники проявів посттравматичних стресових розладів, а також загальний сумарний бал

Серед одружених УЛНА достовірно нижчим є ступень галюцинаторної поведінки та рухової загальмованості. У неодружених осіб виявлені достовірно гірші показники кровообігу в мозкових судинах, переважно лівій півкулі, а також достовірно вищий загальний сумарний бал оцінки наявних нерадіаційних шкідливих факторів.

У осіб, які мали судинні захворювання до участі в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, достовірно вищим є показник інтелектуальної дисфункції, частіше виявляється постінтоксікаційний алкогольний синдром та ознаки галюцинаторної поведінки за шкалою BPRS. Ці обстежені достовірно гірше оцінювали рівень свого загального здоров'я по декільком пунктам, а також мали достовірно більш виражені зміни біоелектричної активності головного мозку за даними ЕЕГ.

У хворих УЛНА, матері яких страждали на судинні захворювання, виявлено достовірно гірші показники мозкового кровообігу, переважно в судинах лівої півкулі, а також деяких нейропсихіатричних симптомів (BPRS 1-16, BPRS 1-18, SDS, PTSD IES, A5, A6) та достовірно вищий загальний сумарний бал оцінки наявних нерадіаційних шкідливих факторів. При наявності психічних захворювань у матері частіше зустрічаються депресивний настрій, рухова загальмованість, зниження емоційного тону, емоціональних почут-

тів, невідповідності емоцій та ситуацій, посилення сприйняття негативних наслідків Чорнобильської катастрофи.

Перенесені травми голови негативно впливають на стан нервової системи (EDSS, церебральної, пірамідної та сечостатевої функціональних систем), показники кровообігу в лівій загальній сонній артерії. У обстежених, які перенесли ГПМК та мали в анамнезі травми голови, виявлено достовірне підвищення емоційного відчуження, концептуальної дезорганізації, сумарної оцінки за шкалою BPRS, а також загального сумарного балу оцінки наявних нерадіаційних шкідливих факторів.

Перенесені пацієнтами нейроінфекції суттєво погіршують стан зорової та церебральної функціональних систем, підвищують прояви постінтоксикаційного алкогольного синдрому, погіршують показники кровообігу в лівій півкулі головного мозку. Окрім того у УЛНА, які перенесли ГПМК та нейроінфекції, зафіксовано достовірне підвищення емоційного відчуження, концептуальної дезорганізації, відчуття винуватості, сумарної оцінки за шкалою BPRS, посиленню сприйняття негативних наслідків катастрофи, а також збільшення загального сумарного балу оцінки наявних нерадіаційних шкідливих факторів.

При вивченні впливу комплексу нерадіаційних факторів ризику на стан нервової системи та деяких нейрофізіологічних та психометричних показників у хворих на інвалідизуючі судинні захворювання головного мозку проведений кореляційний аналіз між СОА (сумарна оцінка анкетування) та показниками стану нервової системи та психіки в обстежених хворих дозволив виявлено наступне:

а) наявність прямого кореляційного зв'язку між СОА та станом нервової системи за шкалою EDSS ($r = 0,17$; $p < 0,05$);

б) наявність прямого кореляційного зв'язку між СОА та станом церебральної функціональної системи ($r = 0,19$; $p < 0,05$), пірамідної ($r = 0,18$; $p < 0,05$), чутливої ($r = 0,21$; $p < 0,05$), стану тазових органів ($r = 0,18$; $p < 0,05$) та інтелектуального дефіциту ($r = 0,23$; $p < 0,05$);

в) наявність прямого кореляційного зв'язку між СОА та наявністю посталкогольного синдрому ($r = 0,23$; $p < 0,05$), відчуттям винуватості ($r = 0,18$; $p < 0,05$), перевищенням своїх здібностей та сил ($r = 0,19$; $p < 0,05$), проявами депресивного настрою ($r = 0,30$; $p < 0,05$), сумарною оцінкою BPRS ($r = 0,23$; $p < 0,05$).

Психоневрологічний стан хворих на розсіяний (РС) склероз. У дослідженні на базі відділення радіаційної психоневрології взяли участь 128 хворих на РС, 88 з яких по-

страждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, у т.ч. 53 жінки і 35 чоловіків. Середній вік жінок – $39,6 \pm 1,4$ років, чоловіків – $39,2 \pm 1,6$ років. Половина ($50,0 \pm 5,33$ %) усіх хворих на РС, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, мають вищу або незакінчену вищу освіту, причому серед жінок частка високоосвічених у 1,6 рази вища. Серед обстежених більша половина ($55,7 \pm 5,3$ %) є інвалідами, з них $14,3 \pm 4,9$ % є інвалідами першої групи, $69,4 \pm 6,6$ % – другої та $16,32 \pm 5,3$ % – третьої групи. Частки інвалідів серед чоловіків і жінок не відрізняються між собою та становлять $-54,3 \pm 8,4$ % та $56,6 \pm 6,8$ % відповідно ($p > 0,05$).

Стан здоров'я хворих на РС, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, характеризується стійкими незворотними порушеннями функціонування організму, які призвели до інвалідності. Такі особи належать до соціально вразливих верств населення, тому забезпечення наданням їм адекватної до потреб лікувально-профілактичної допомоги є першочерговим завданням системи охорони здоров'я.

РС характеризується мультисимптомним перебігом та різними формами перебігу. Для стандартизації оцінки неврологічного статусу хворих використовувалася *клінічна класифікація за типом перебігу захворювання* на:

1. Ремітуючи-рецидивуючий.
2. Первинно-прогресуючий.
3. Вторинно-прогресуючий.
4. Швидкопрогресуючий (злюякісний): первинно-злюякісний (тип Марбурга), дифузний церебральний склероз (тип Шильдера), оптикомієліт Девіка, концентричний склероз Балло.

Ремітуюча форма характеризується хвилеподібним перебігом з чітко визначеними загостреннями та наступним повним або частковим відновленням порушень функції без ознак прогресування в період ремісії. Цей тип перебігу спостерігається в 90% хворих РС на ранніх стадіях захворювання.

Загострення (гостра атака, екзацербация) – характеризується виникненням нового симптому або групи симптомів, а також чітке погіршення вже наявної симптоматики після того, як неврологічний стан хворого був стабільним на протязі не менше місяця.

Загострення супроводжується появленням об'єктивних неврологічних симптомів протягом не менше 24 годин. Тривалість загострення коливається від 24 годин до 2 місяців. Інтервал між двома загостреннями не може бути менше 1 місяця, при цьому розвиток ремісії в цей час не обов'язковий.

Ремісія – чітке зменшення або зникнення симптому або симптомів за даними неврологічного обстеження тривалістю не менше 1 міс.

Вторинно-прогресуюча форма характеризується переходом ремітуючого перебігу з чіткими загостреннями та ремісіями в анамнезі до поступового зростання неврологічної симптоматики з рідкими загостреннями або без них та періодами стабілізації в деяких випадках.

Первинно-прогресуюча форма відрізняється прогресуванням з самого початку захворювання з рідкими періодами стабілізації та короткочасними періодами покращення.

Серед обстежених переважала ремітуючи-рецидивуюча (РР) форма перебігу, яка спостерігалась у $42,0 \pm 5,3$ %. Ремітуючи-рецидивуюча в дебюті (РРд) форма перебігу РС встановлена у $19,3 \pm 4,2$ % хворих. У четвертій частини хворих ($26,1 \pm 4,7$ %) РС протікає у вторинно-прогресуючій (ВП) формі. Первинно-прогресуючу (ПП) форму РС діагностовано у $12,5 \pm 3,5$ % хворих. Серед хворих на РС питома вага чоловіків і жінок з різними формами перебігу РС практично, однакова, $p > 0,05$.

Середній вік хворих з ремітуючи-рецидивуючою в дебюті формою РС становить $28,1 \pm 1,72$ роки, що співпадає з даним інших досліджень. Середній вік хворих із первинно-прогресуючою формою становить $38,3 \pm 2,4$ роки, хворих з ремітуючи-рецидивуючою формою – $39,7 \pm 1,3$ роки, а хворих з вторинно-прогресуючою – $48,0 \pm 1,1$ роки.

Для оцінки неврологічного статусу хворих на розсіяний склероз ми використовували традиційну шкалу Куртцке – Expanded Disability Status Scale (EDSS). Шкала передбачає реєстрацію ступені порушень у функціональних системах організму. Зокрема оцінюється зорова функція, функція стовбура мозку (черепно-мозкових нервів), пірамідної системи, мозочка, порушення чутливості, порушення функції тазових органів, порушення когнітивних функцій. Ступені порушень реєструвались в стандарту карту та на їх основі виставлявся узагальнений бал за шкалою інвалідності та неврологічного дефіциту. Розподіл хворих відповідно до шкали інвалідизації Куртцке представлено на рис. 4.

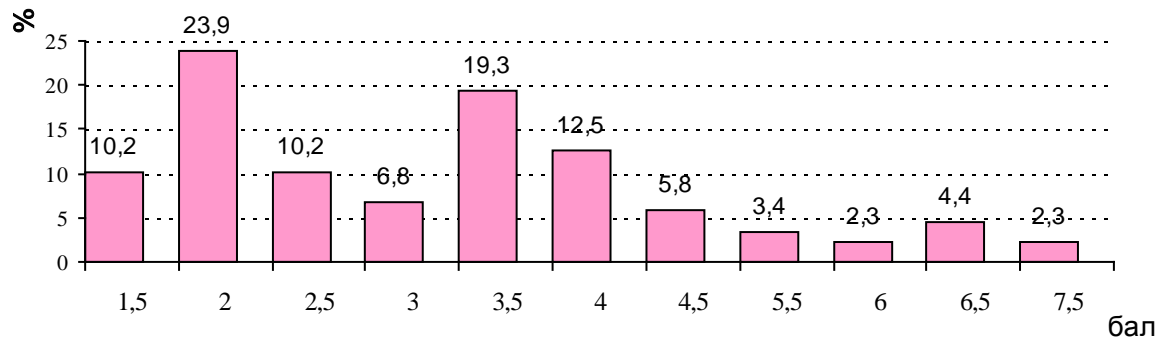


Рис. 4 - Розподіл хворих на РС, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, за ступенем інвалідизації (бали за шкалою Куртцке, EDSS)

Мінімальний бал серед хворих, які брали участь у дослідженні – 1,5, що означає наявність першої ступені порушень більше, ніж в одній функціональній системі (за виключенням церебральної). Тоді як максимальний бал – 7,5; такі хворі пересуваються тільки в інвалідному візку і при цьому потребують допомоги; хворі не можуть знаходитись в інвалідному візку протягом цілого дня; четвертий ступінь інвалідизації є більше, ніж в одній функціональній системі.

У хворих з первинно-прогресуючою та вторинно-прогресуючою формами перебігу розсіяного склерозу прояви неврологічного дефіциту є більш вираженими, ніж у хворих з іншими формами ($p < 0,05$). Залежності між ступенем функціональних порушень та статтю не встановлено ($p > 0,05$). Також, не виявлено кореляційного зв'язку між віком і ступенем проявів функціональних порушень ($p > 0,05$).

Серед **психічних розладів**, які зареєстровано на базі відділення радіаційної психоневрології спостерігається чітка тенденція збільшення питомої ваги тяжких і дуже тяжких нейропсихіатричних розладів від лише 10 % в 2001 році до майже половини госпіталізованих в 2010 році. Відмічається високий рівень тяжких коморбідних розладів що спостерігався практично у кожного третього госпіталізованого.

Оскільки гострі психотичні стани потребують медичної допомоги у спеціалізованих стаціонарах, в даній ситуації особливу увагу приділено визначенню особливостей клінічного прояву синдрому депресії і посттравматичному стресовому розладу (ПТСР) на рандомізованій вибірці УЛНА 1986-87р.р. чоловічої статі, з даними про дози опромінення, які проходили обстеження та лікування у відділенні радіаційної психоневрології ННЦРМ (45 і 47 осіб, відповідно).

У 75 % пацієнтів з депресивними розладами виявлені психопатологічні розлади, що відповідають помірному ступеню депресивного стану, у 25 % – депресивна симптоматика важкого ступеня, яка потребувала термінової терапії антидепресантами. У клінічній картині депресивного синдрому переважала так звана астенічна депресія зі звуженням кола інтересів, байдужістю, тобто апатією, адинамією, анергією (в 81% випадків). Депресивна симптоматика в 46% випадків супроводжувалась тривогою та відчуттям постійного «внутрішнього напруження», дискомфорту. Серед усіх обстежених УЛНА на ЧАЕС 1986-87 рр. з виявленим синдромом депресії мала місце хронічна цереброваскулярна патологія (дисциркуляторна енцефалопатія), а також різноманітна хронічна соматична патологія у вигляді ураження шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба цибулини дванадцятипалої кишки, хронічний гастродуоденіт, хронічний персистуючий гепатит), хвороби серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця), захворювання ендокринної системи (цукровий діабет, хронічний аутоімунний тиреоїдит, дифузний зоб), пульмонологічні захворювання (хронічне обструктивне захворювання легень, хронічні бронхіти). Соматична патологія в обстежених осіб була в стані компенсації або «субкомпенсації» та не потребувала термінового призначення специфічної терапії.

Найбільш характерною психопатологічною ознакою ПТСР у результаті радіоекологічної катастрофи є наявність проєкції стресу до майбутнього (антисипаторний стрес). Структура ПТСР у постраждалих містить радіаційно-асоційовані тривоги і соціально-психологічні проблеми, що включають в себе синдром негарантованого майбутнього, суб'єктивне стиснення часового простору, «втеча» до хвороби, надбану безпорадність. ПТСР в УЛНА на ЧАЕС і евакуйованих характеризується нейропсихіатричною коморбідністю, дисфункцією лімбічної системи з можливим ураженням гіпокампа і перебігають на тлі цереброваскулярної патології. УЛНА з ПТСР мали найбільшу товщину комплексу «інтима–медія» *a. carotis communis*, особливо, справа ($0,17 \pm 0,2$ см), найнижчу лінійну швидкість кровотоку по *a. cerebri media dexter*, *a. cerebri anterior sinister* і внутрішньо мозкового сегменту V4 *a. vertebralis dexter*. Це свідчить про більш виражений розвиток атеросклеротичного процесу і більш значні гемодинамічні порушення в УЛНА. Тобто ПТСР, який розвивався після опромінення, має значно вищий показник коморбідності з нейропсихіатричними розладами, головним чином цереброваскулярними.

Аналіз психопатологічної складової за допомогою психометричних тестів показав найгірші когнітивні показники у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. УЛНА та евакуйовані мали більші значення загального балу за шкалами впливу травматичної події IES_R, статистично

вірогідні в порівнянні зі здоровим контролем. Подібна ситуація спостерігалася і по клінічній шкалі для самооцінки дратівливості "Дратівливість, депресія, тривога" IDA. Евакуйовані показали найбільший рівень особистісної тривожності STAI_TA (готовності до реакцій тривоги) - $54,5 \pm 11,8$ балів, в той час як найвищий рівень реактивної тривожності STAI_SA (рівень актуальної тривоги) спостерігався в УЛНА - $39,0 \pm 14,0$. Постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС також характеризуються наявністю виражених депресивних порушень, що підтверджується показниками шкали самооцінки депресії Зунга, які показали статистично значиму різницю не тільки з групою здорових, але навіть і з групою порівняння. Постраждалі внаслідок аварії на ЧАЕС показали значно вищі рівні порушення здоров'я за Опитувальником загального здоров'я GHQ-28. УЛНА мали $40,9 \pm 12,2$ бали, в той час як у евакуйованих значення досягало $38,1 \pm 11,6$, що вірогідно перебільшувало показники груп порівнянь. Комплекс різноманітних психопатологічних порушень оцінених за допомогою Короткої психіатричної оціночної шкали, BPRS, також показав найбільш виражені порушення у евакуйованих ($15,3 \pm 3,1$ бали) та УЛНА ($14,9 \pm 3,6$ бали), різниця достовірна у порівнянні зі здоровим контролем ($1,5 \pm 1,5$ бали, $p < 0,001$). Підсумковий психопатологічний профіль досліджених груп за даними психометричних тестів, описаних вище, зображено на рис. 5.

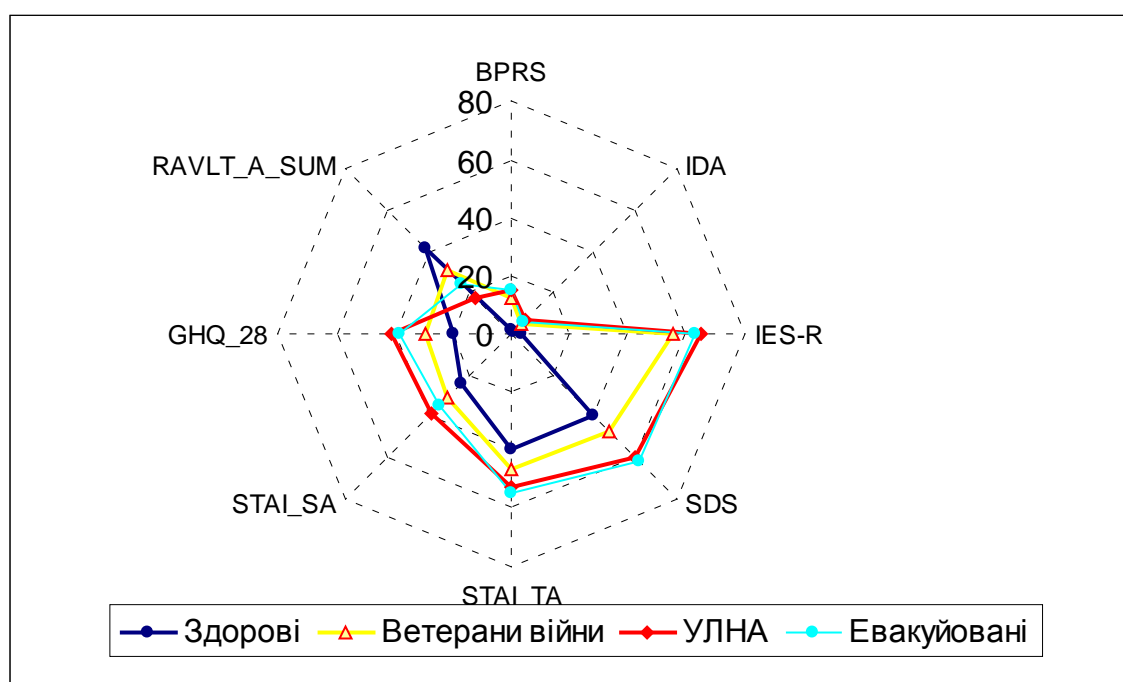


Рисунок 5 - Підсумковий психопатологічний профіль за даними психометричних тестів при дослідженні постратравматичного стресового розладу

Таким чином посттравматичні стресові розлади в постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи мають характерні психоневрологічні і нейрофізіологічні ознаки, які свідчать про наявність неврологічного і когнітивного дефіциту, змін особистості, афективної патології та значних порушень біоелектричної активності головного мозку і церебральної гемодинаміки

3. Обґрунтування заходів з оптимізації психоневрологічної допомоги постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС

Кваліфікована нейропсихіатрична допомога постраждалим базується на сучасних технологіях і високій кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу і здійснюється на основі принципів комплексності, упереджувальної та індивідуальної спрямованості лікування. У таблиці 6 наведена схема надання медико-соціальної допомоги УЛНА на ЧАЕС, які мають фактори ризику розвитку інвалідизуючих психоневрологічних захворювань

Таблиця 6- Схема надання медико-соціальної допомоги УЛНА на ЧАЕС, які мають фактори ризику розвитку інвалідизуючих психоневрологічних захворювань

Нерадіаційні фактори ризику розвитку інвалідизуючих психоневрологічних захворювань	Критерії	Диспансерний огляд
1	2	3
Доза опромінення	наявність	контроль СОЛ 1 раз на рік
Вік на час опромінення	До 40 років 40-60 років Більше 60 років	1 раз на рік 1-2 рази на рік 2 рази на рік
Наявність хвороб серцево-судинної системи: • Артеріальна гіпертензія	АТ до 130/80 мм. рт. ст. АТ 135/80 -145/80 мм. рт. ст.	контроль АТ, дієтичний режим із зменшеним вмістом солі, адекватний руховий режим додатково до вищезначеного прийом гіпотензивних препара-

<ul style="list-style-type: none"> Атеросклероз 	<p>АТ вище 145/80 мм. рт. ст.</p> <p>Холестерин до 5,0 ммоль/л</p> <p>Холестерин 5,0-7,0 ммоль/л</p> <p>Холестерин вище 7,5 ммоль/л</p>	<p>тів при підвищенні тиску, обстеження у кардіолога</p> <p>додатково до вище означеного постійний прийом гіпотензивних препаратів, нагляд кардіолога та офтальмолога, стацікування 1 раз на рік, санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях 1 раз на 1-2 роки</p> <p>дотримання дієтичного режиму</p> <p>дотримання дієтичного режиму, вживання протисклеротичних засобів рослинного походження, контроль ліпідограми 1 раз на рік</p> <p>додатково до вище означеного контроль ліпідограми 2 рази на рік, призначення статинів та ліпотропних засобів для періодичного або постійного застосування</p>
<p>Наявність хвороб ендокринної системи</p>	<p>Виявляються лікарем ендокринологом</p>	<p>Проводиться за призначенням ендокринолога за результатами клінічного та лабораторних обстежень</p>

Продовження табл. 6

1	2	3
<p>Наявність психоемоційного стресу</p>	<ul style="list-style-type: none"> PTSD > 15 GHQ-28 > 7 у будь-якому субтесті SDS > 40 	<p>Консультація психіатра з метою призначення повного психофізіологічного обстеження, психологічних та психотерапевтичної допомоги, призначення медикаментозної психокорекції, за потребою направлення на стаціонарне та санаторно-курортне лікування</p>
<p>Наявність змін у неврологічному статусі</p>	<ul style="list-style-type: none"> EDSS 0,9 ± 0,9 EDSS 1,0 - 2,5 	<p>Не потребують Клінічне неврологічне та нейрофізіологічне дослідження, визначення етіологічних причин та переважного ураження функціональних</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • EDSS > 3,0 	<p>систем (KFS 1-7), за необхідністю - нейровізуалізаційні дослідження, призначення амбулаторного, санаторно-курортного та стаціонарного лікування за результатами обстеження</p> <p>Клінічне неврологічне та нейрофізіологічне та нейровізуалізаційне дослідження, визначення етіологічних причин та переважного ураження функціональних систем (KFS 1-7), амбулаторне лікування за потребою, стаціонарне лікування не рідше 1 разу на рік, вирішення питань щодо втрати дієздатності</p>
Вживання алкоголю	<ul style="list-style-type: none"> • ні • 50 мл • більше 50 мл 	<p>Не потребують</p> <p>Санітарно-просвітницька робота, психотерапія.</p> <p>Санітарно-просвітницька робота, проведення обстежень на виявлення ступеню залежності від алкоголю, психотерапія, кодуювання, застосування антиалкогользалежних препаратів</p>
Продовження табл. 6		
1	2	3
Паління	<ul style="list-style-type: none"> • ні • менше 10 шт. на день 	<p>Не потребують</p> <p>Санітарно-просвітницька робота, психотерапія, флюорографія 1 раз на рік, визначення стану судинної системи 1 раз на рік та призначення корегуючої вазоактивної терапії, антиоксидантів, вітамінів групи В</p> <p>Додатково до вище означеного</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • більше 10 шт. на день 	рентгенографія органів грудної клітини, огляд пульмонолога, періодичний прийом бронхоспиритуючих засобів, психотерапія, кодування, застосування антинікотинних препаратів
Нерегулярне харчування	Порушення денної частоти прийому їжі, незбалансоване за калорійністю або підбором продуктів харчування	Косультатія та нагляд лікаря – дієтолога, санітарно-просвітницька робота з пацієнтами, розробка та впровадження індивідуалізованих дієтико-харчових програм, періодичний клініко-інструментальний огляд гастроентеролога 1-2 рази на рік.
Нераціональні фізичні навантаження.	<ul style="list-style-type: none"> • Нормальна фізична активність • Середня фізична активність • Низька фізична активність 	<p>Не потребує</p> <p>Проведення роз'яснювальної роботи щодо дотримання активного рухового та дієтичного режиму, заняття фізкультурою, збільшення кількості ходи, плавання та ін.</p> <p>Додатково до вище означеного консультації лікарів ЛФК, призначення індивідуалізованої програми фізичного оздоровлення та контроль за її виконання, контроль ваги тіла, ліпідного обміну, АТ</p>

Медична допомога УЛНА на ЧАЕС та постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи надається спеціалістами медичних закладів, які розподіляються на три рівня – районний; міський або обласний; науково-дослідні інститути або спеціалізовані центри (табл. 7).

Таблиця 7 - Схеми надання медичної допомоги постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС з інвалідизуючими нейропсихіатричними хворобами

Рівень	Діагностика/ Лікування
Перший (районний)	<ul style="list-style-type: none"> □ Первинне виявлення хворих, взяття на диспансерний облік, направлення на поглиблене обстеження у заклади другого та третього рівнів, аналіз побутових та матеріальних умов життя хворих для передачі інформації до соціальних закладів, благодійних фондів та організацій. □ Клінічне нейропсихіатричне обстеження (огляд психіатра, невропатолога, нарколога) □ Загальний аналіз крові та біохімічні дослідження крові (холестерин, глюкоза крові та ін.) □ Консультації спеціалістів: окуліст, ендокринолог, кардіолог

	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Нейрофізіологічні дослідження (ЕЕГ) -при можливості ❑ Дослідження мозкового кровообігу для оцінки гемодинаміки у церебральних судинах (УЗДГ, РЕГ) -при можливості ❑ Проведення амбулаторного лікування за рекомендаціями закладів другого та третього рівнів
<i>Другий</i> (міський або обласний)	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Обстеження попереднього етапу. ❑ Психодіагностичні та психометричні дослідження з використанням розширеного набору тестів та шкал ❑ Нейрофізіологічні дослідження (ЕЕГ) ❑ Дослідження мозкового кровообігу для оцінки гемодинаміки у церебральних судинах (УЗДГ, РЕГ) ❑ Проведення базового лікування (для неврологічних хворих вазоактиної та ноотропної терапії, гіпотензивних та антисклеротичних засобів; для хворих на психічні розлади –психотропної симптоматичної та психокорегуючої медикаментозної та немедикаментозної терапії; лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичного лікування та ін.) ❑ Проведення лікування супутньої патології (кардіологічної, бронхолегеневої, ендокринної та ін.) ❑ Визначення необхідності та показань для направлення на санаторно-курорте лікування ❑ Вирішення питань щодо визначення групи непрацездатності ❑ Надання рекомендацій для лікування у закладах першого рівня
<i>Третій</i> (науково-дослідні інститути або спеціалізовані центри)	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Обстеження попереднього етапу ❑ Психофізіологічні дослідження (кЕЕГ з картуванням; сенсорні ВП головного мозку на слухові, зорові та сомато-сенсорні стимули; конгитивні ВП (потенціали, що пов'язані з подією, Р300) ❑ Психодіагностичні та психометричні дослідження з використанням повного набору сучасних стандартизованих методик) ❑ Полісомнографія ❑ Нейровізуалізаційні методи дослідження для об'єктивної оцінки структурних змін центральної нервової системи: магнітно-резонансна томографія з контрастуванням, позитронна емісійна томографія, аксіальна комп'ютерна томографія, регіонарний церебральний кровообіг, емісійна комп'ютерна томографія поодиноких фотонів ❑ Нейроімунологічні дослідження ❑ Токсикологічні дослідження ❑ Інші лабораторні дослідження ❑ Розробка індивідуалізованих схем лікування з урахуванням результатів перелічених вище досліджень та надання лікувально-методичної допомоги спеціалістам першого та другого рівнів

У закладах першого рівня проводиться первинна оцінка стану психіки та нервової системи, діагностика нервово-психічних розладів на підставі оцінки скарг, анамнезу, клінічних симптомів та синдромів із застосуванням результатів наявних інструментальних та нейрофізіологічних досліджень, реєстрація виявлених хвороб з метою їх внесення до ДРУ та КЕР.

Показання для обстеження та лікування в умовах психоневрологічних відділень (другий рівень надання медичної допомоги):

1. Органічне ураження головного мозку з когнітивними порушеннями і розладами особистості.
2. Цереброваскулярні захворювання, включно з інсультами і судинною деменцією.
3. ПТСР, депресивні розлади та суїциди.
4. Зловживання психоактивними речовинами (переважно алкоголем).
5. Психотичні розлади.
6. Пароксизмальні стани, включно з епілепсією.
7. Нейродегенеративні захворювання, включно з деменцією.
8. Автоімунні захворювання нервової системи (розсіяний склероз).
9. Декомпенсація хронічних нейропсихіатричних розладів.

У відповідності до цих даних нами був розроблений стандартний діагностичний психоневрологічний алгоритм для постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Він передбачає наступний план дій:

1. Вимірювання радіоактивності всього тіла за допомогою лічильника випромінювання людини (ЛВЛ).

2. Вимірювання основних вітальних ознак.

3. Клінічне нейропсихіатричне обстеження — скарги, суб'єктивний та об'єктивний анамнези, оцінка свідомості, поведінки, сприйняття, мислення, емоційно-вольової та інтелектуально-мнестичної сфери, рефлексорної, рухової та стато-координаторної сфери, чутливості, стану вегетативної нервової системи. Клінічне дослідження бажано проводити на підставі уніфікованих діагностичних шкал:

- огляд спеціалістів — невропатолог, психіатр, нарколог;
- медична документація — від нарколога і психіатра за місцем проживання;
- дозиметрична документація (за можливістю) – довідки про дози опромінення, а також відомості про маршрут евакуації (відселення) пацієнта внаслідок Чорнобильської катастрофи.

4. Психодіагностичне дослідження — когнітивні нейропсихологічні тести для об'єктивної оцінки пам'яті, уваги, темпу й швидкості психомоторних реакцій, розумової працездатності, інтелекту; патопсихологічна діагностика особистості для об'єктивної оцінки складу особистості, типу реагування на стрес, диссимулятивних або аграваційних тенденцій, визначення професійної придатності; патопсихологічні опитувальники для оцінки суб'єктивного сприйняття стану свого здоров'я, самооцінки депресивних і тривожних розладів.

5. Психофізіологічні дослідження для об'єктивної оцінки інформаційних і когнітивних процесів головного мозку: конвенційна (клінічна) ЕЕГ; кЕЕГ з картируванням; сенсорні ВП головного мозку на слухові, зорові та сомато-сенсорні стимули; когнітивні ВП (потенціали, що пов'язані з подією, Р300).

6. Дослідження мозкового кровообігу для об'єктивної оцінки стану гемодинаміки у церебральних судинах: ультразвукова доплерографія судин голови і шиї;

7. Нейровізуалізаційні методи дослідження для об'єктивної діагностики структурних змін центральної нервової системи: комп'ютерна/магніто-резонансна томографія головного мозку (за необхідності — з внутрішньовенним контрастуванням).

8. Лабораторні дослідження:

9. Консультації спеціалістів: терапевт, окуліст, ендокринолог, кардіолог та інші (за необхідністю).

З урахуванням проведених наукових досліджень запропоновано створення спеціалізованих психоневрологічних відділень для надання медичної допомоги УЛНА, які страждають на тяжкі психоневрологічні захворювання, наприкладі відділення радіаційної психоневрології, яке є структурним підрозділом клініки та базою наукового відділу радіаційної психоневрології

Запропонована також удосконалена система надання медичної допомоги хворим на РС, постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС, що впроваджена в практику ННЦРМ, а також регламентує надання спеціалізованої допомоги таким хворим в умовах стаціонару.

Показання для стаціонарного лікування хворих на РС, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, у відділення радіаційної психоневрології ННЦРМ відповідності до запропонованої системи представлені на рис. 6.

Стаціонарного лікування потребують всі хворі на РС із загостренням при будь-якій формі захворювання, хворі із важкими неврологічними порушеннями у зв'язку з ризиком розвитку порушень життєво важливих функцій, що призводять до летального результату. Лікування у стадії загострення передбачає призначення глюкокортикостероїдної терапії, що є самостійним безпосереднім показанням до стаціонарного лікування.

Також потребують стаціонарного лікування хворі на РС в стадії ремісії. Показаннями до госпіталізації в цьому випадку є: помірно виражені неврологічні порушення, що ускладнюють функціональну активність і можливість ходи, лікування імуномодельючими препаратами (інтерферонами-бета, глатимеру ацетатом, імуноглобуліном G), цитостатиками, ботуліновим токсином, оскільки потребують цілодобового медичного спостереження для запобігання виникнення ускладнень та корекції біомедичних показників.

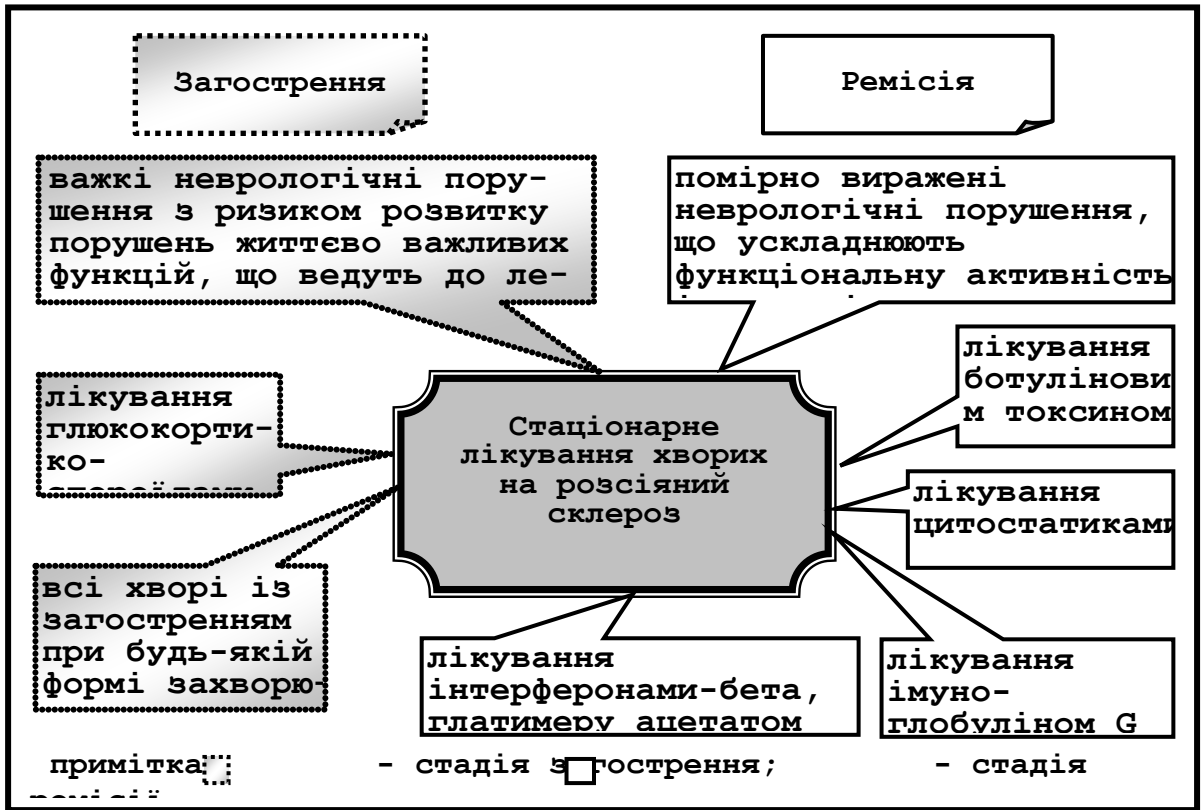


Рис. 6. Показання до стаціонарного лікування хворих на РС, відповідно до удосконалення системи надання медичної допомоги

.ВИСНОВКИ

Розроблені методичні рекомендації присвячені актуальній проблемі радіаційної психоневрології – організації медичної допомоги хворих на інвалідизуючі захворювання психіки та нервової системи (розлади поведінки та психіки, судинні церебральні хвороби, розсіяний склероз), постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

Новизна даних рекомендацій полягає у тому, що запропоновані шляхи підвищення ефективності лікування хворих на інвалідизуючі захворювання психіки та нервової системи, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС базуються на удосконаленій системі надання медичної допомоги категорії пацієнтів, яка полягає у врахуванні специфіки перебігу та поширеності цієї хвороби серед постраждалого населення, особливостей надання медичної допомоги постраждалому населенню взагалі та основних положень реформи у системі охорони здоров'я України.

Визначення реальних показників поширеності інвалідизуючих захворювань психіки та нервової системи серед постраждалого населення дозволить приймати адекватні рішення щодо прямих та опосередкованих витрат на лікування хворих, закупівлю необхідної кількості ефективних лікарських засобів для протирецидивної патогенетичної та симптоматичної терапії.

Дані методичні рекомендації розроблені з урахуванням клініко-епідеміологічних особливостей перебігу інвалідизуючих психоневрологічних захворювань у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС з урахуванням радіаційних та нерадіаційних факторів ризику їх розвитку на новий, більш високий рівень існуючі підходи до надання цим хворим медикосоціальної допомоги.

Застосування до практики закладів охорони здоров'я запропонованих мір по удосконаленню медикосоціальної допомоги постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС дозволить значною мірою підвищити якість їх лікування, медичної та соціальної реабілітації хворих на інвалідизуючі захворювання психіки та нервової системи.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи: 1986–2011 [Текст] / Під редакцією А.М. Сердюка, В.Г. Бебешка, Д.А. Базики Тернопіль ТДМУ «Укрмедкнига» 2011. – 1090 с.
2. Двадцять п'ять лет Чернобыльской катастрофы. Безопасность будущего [Текст] / Национальный доклад Украины. – К.: КІМ, 2011. – 368 с
3. Зозуля, Ю. П. Проблеми судинно-церебральної патології та шляхи їх вирішення /Ю.П. Зозуля, Т.С. Міщенко // Журн. НАМН України, 2011, т. 17, № 1.— С. 19–25
4. Корнацький, В. М. Медико-соціальні аспекти цереброваскулярних хвороб в Україні [Текст] / В.М. Корнацький, І.Л. Ревенко // Український кардіологічний журнал: Науково-практичний журнал. - 2011. - N 1. - С. 86-92.
5. Хобзей, Н.К. Особенности эпидемиологии инвалидности при заболеваниях нервной системы в Украине [Текст] / Н.К. Хобзей, Т.С. Мищенко, В.А. Голик, Н.А. Гондуленко // Международный неврологический журнал 5 (43) 2011 С.15-19.
6. Бузунов, В.О. Епідеміологія непухлинних захворювань. Учасники ЛНА [Текст] / В.О. Бузунов, В.М. Терещенко, Л.І. Краснікова, Ю.С. Войчулене, В.А. Цуприков «Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи: 1986-2011» / За редакцією А.М. Сердюка, В.Г. Бебешка, Д.А. Базики Тернопіль ТДМУ «Укрмедкнига» 2011. – С. 367-410
7. Бузунов, В.О. Эпидемиологические исследования и оценка влияния малых доз ионизирующего излучения на развитие неопухолевых заболеваний у пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС [Текст] / В.О. Бузунов, Л.И. Красникова, Е.А. Пирогова [и др.] // Проблемы радиационной медицины та радіобіології: Збірник наукових праць. – К., 2008. – Вип. 13. – С. 56 – 67.
8. Бузунов, В.А. Эпидемиология неопухолевых эффектов ионизирующего облучения [Текст] / В.А. Бузунов, Е.А. Пирогова, Л.И. Красникова [та ін.] // Журн. АМН Украины. – 2006, т. 12, № 1. – С. 174 – 184
9. Логановський К.М., Зданевич Н.А. Клініко-нейропсихологічні особливості посттравматичного стресового розладу у постраждалих в результаті аварії на Чорнобильській АЕС // Новая медицина тысячелетия. –2011. – №1. – С. 44–47.
10. О. Колосинська, В. Пишиков, К. Логановський / Характеристика хворих на розсіяний склероз, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи та шляхи удосконалення надання їм неврологічної допомоги // Міжнародна конференція «Двадцять п'ять років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього», Київ, 20–22 квітня 2011 р. // Збірка тез. – S-2-63. – с. 179–180.
11. Оптимізація лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів постраждалим з нервово-психічними розладами / К.М. Логановський, О.К. Напреенко Н.Ю. Чупровська М.О. Бомко, К.Ю. Антипчук, Л.Л. Здоренко, Т.К. Логановська, С.А. Чумак, Н.В. Денисюк // Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції. Монографія за ред. О.Ф. Возіанова, В.Г. Бебешко, Д.А. Базики. — Київ: «ДІА», 2008. — С. 749–761.
12. Логановський К.М. Дискусійні питання щодо ролі іонізуючого випромінювання і стресу в генезі нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи // Журнал АМН України. — 2006. — т. 12, №1. — С. 185–195.
13. Удосконалення надання медичної допомоги хворим на розсіяний склероз, постраждалим внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС/ Логановський К.М., Колосинська О.О. // Методичні рекомендації. — К.: МОЗ, АМН, МНС України, 2012. — 24 с.
14. Діагностика і лікування пацієнтів з органічними психічними розладами внаслідок радіа-

ційного впливу після аварії на Чорнобильській АЕС / К.М. Логановський, Н.Ю. Чупровська, К.Ю. Антипчук та ін. // Укр. мед. часопис. — 2005. — Т. 47, № 3. — С. 69–75.