

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

**УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ НЕРОВО-
ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК
РАДІАЦІЙНОЇ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ**

(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
 управління НАМН України,
 чл.-кор. НАМН України, проф.



В.В. Лазоришинець



«19» січня

2012 р.

«УЗГОДЖЕНО»

Директор Департаменту реформ
 та розвитку медичної допомоги
 МОЗ України



М.К. Хобзей



«17» 12

2013 р.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ НЕРВОВО-
 ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК
 РАДІАЦІЙНОЇ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

(методичні рекомендації)

(12.12/360.13)

Київ — 2013

Установа-розробник: Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної Академії медичних наук України»

Укладачі:

д. м. н., проф., Логановський Костянтин Миколайович 044 (452-1803)

к. м. н. Бомко Марія Олександрівна 044(452-1803)

к. м. н. Чумак Станіслав Анатолійович

к. м. н., ст. н. с. Чупровська Наталія Юріївна

к. м. н. Антипчук Катерина Юріївна

Колосинська Олена Олександрівна

к. м. н. Логановська Тетяна Костянтинівна

Зданевич Наталія Анатоліївна

Гресько Марина Володимирівна

Рецензент:

Професор спеціальної кафедри Національної академії Служби безпеки України,
д-р мед. наук, проф. Олександр Михайлович Морозов

Голова Проблемної комісії

«Проблеми радіаційної медицини» МОЗ та НАМН України,

Генеральний директор ДУ «НЦРМ НАМН України», д.м.н., проф. Базика

Димитрій Анатолійович

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
ВСТУП.....	6
ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я І СТАНУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ	7
УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ НЕРВОВО– ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК РАДІАЦІЙНОЇ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ	16
ВИСНОВКИ.....	24
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	25

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,
ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

АЕС	атомна електростанція
ВНС	вегетативна нервова система
ДУ	Державна установа
ЕЕГ	електроенцефалографія
ІКР	Інститут клінічної радіології
кЕЕГ	комп'ютерна ЕЕГ
КЕР	Клініко–епідеміологічний реєстр
ЛНА	ліквідація наслідків аварії
НАМН	Національна академія медичних наук
НЦРМ	Науковий центр радіаційної медицини
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
УЛНА	учасник ЛНА
ЦНС	центральна нервова система
ЧАЕС	Чорнобильська атомна електростанція
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale: коротка психіатрична оціночна шкала
EDSS	Expanded Disability Status Scale: розширена шкала недієздатності
KFS	Kurtzke Functional Score: функціональна шкала Куртцке
SDS	Scale for Depressive Symptoms: шкала самооцінки депресії Зунга

ВСТУП

До теперішнього часу дослідження психічного здоров'я постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи переважно фокусуються на чоловіках. Водночас, у жінок взагалі більша, ніж у чоловіків, поширеність тривоги, депресії та психологічного дистресу, а за умов надзвичайних обставин психічний стан жінок стає особливо вразливим. Медико–соціально важливим є те, що порушення психічного здоров'я жінки зумовлює дезінтеграцію родини і особливо впливає на здоров'я дітей.

Жінки займають неоднозначну позицію у використанні і наданні медичної допомоги. Вони використовують більшу кількість послуг охорони здоров'я та приймають більше медикаментів, ніж чоловіки. Жінки є традиційними постачальниками медичної допомоги в родині. У той же час, найчастіше за норму приймається модель життєвого циклу чоловіків. І коли цю модель застосовують до жінок, велика кількість природних та нормальних процесів отримують діагноз аномальних. Як наслідок, жінкам призначають величезну кількість лікарських засобів. Але метаболізм медикаментів у жінок відбувається інакше, ніж у чоловіків. Частково це пояснюється відмінностями у їх масах тіла, частково — гормональними розбіжностями.

Метою даної розробки є оптимізація заходів щодо поліпшення психічного здоров'я і стану нервової системи жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Ці методичні рекомендації базуються на власному досвіді подолання нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи.

Сферою застосування методичних рекомендацій є лікарняні заклади (багатопрофільні, однопрофільні, спеціалізовані, особливого типу), амбулаторно–поліклінічні заклади.

Методичні рекомендації призначені для психіатрів, неврологів, терапевтів, психотерапевтів та психологів.

Дані методичні рекомендації підготовлені в Україні вперше.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я І СТАНУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Всього за уніфікованим протоколом обстежено 424 жінки з нервово–психічними розладами (із рандомізованої вибірки з когорти осіб, які знаходяться на обліку в Клініко–епідеміологічному реєстрі (КЕР) ДУ «НЦРМ НАМН України»):

а) 101 жінка — УЛНА на ЧАЕС з нервово–психічними розладами та дозою опромінення 36–1800 мЗв, середня доза ($M \pm SD$) — $305,7 \pm 427,3$ мЗв; вік на момент обстеження 43–75 років, середній вік ($M \pm SD$) — $59,6 \pm 7,5$ років; серед обстежених жінок були дві жінки — реконвалісценти гострої променевої хвороби з дозами опромінення 1600 мЗв та 1800 мЗв; без них дози опромінення обстежених були в межах 36–637 мЗв, середня доза — $198,5 \pm 169,9$ мЗв;

б) 116 жінок, які були евакуйовані або переселені з радіоактивно забруднених територій з нервово–психічними розладами у віці на момент обстеження 23–62 роки, середній вік — $46,4 \pm 10,3$ роки;

в) 107 жінок, які проживають на радіоактивно забруднених територіях з нервово–психічними розладами у віці на момент обстеження 22–70 років, середній вік — $48,8 \pm 11,5$ років;

г) 100 жінок з нервово–психічними розладами, які не постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС (група порівняння), вік на момент обстеження 28–74 роки, середній вік — $51,2 \pm 11,9$ років.

Для визначення гендерних особливостей структури і характерних клініко–нейрофізіологічних проявів психічних розладів та захворювань нервової системи у жінок, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС були використані результати попередніх обстежень постраждалих–чоловіків:

а) 342 чоловіки — УЛНА на ЧАЕС з нервово–психічними розладами у віці на момент обстеження 40–69 років, середній вік — $53,1 \pm 5,3$ роки;

б) 108 чоловіків, які були евакуйовані або переселені з радіоактивно

забруднених територій з нервово–психічними розладами, вік на момент обстеження 22–64 роки — $41,0 \pm 10,2$ років;

в) 108 чоловіків, які проживають на радіоактивно забруднених територіях з нервово–психічними розладами, вік на момент обстеження 21–66 років — $40,8 \pm 8,8$ років;

г) 127 чоловіків з нервово–психічними розладами, які не постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, вік на момент обстеження 19–62 роки, середній вік — $39,6 \pm 8,9$ років.

Під час неврологічного огляду структура виявленої патології в групах обстеження була однаковою. Найчастіше зустрічався діагноз хронічна цереброваскулярна недостатність (I67), яка була виявлена у 92 (91,1 %) УЛНА на ЧАЕС, 80 (69 %) жінок, які були евакуйовані або переселені з радіоактивно забруднених територій, 77 (72 %) жінок, які проживають на радіоактивно забруднених територіях та у 60 (60 %) жінок групи порівняння. Хронічну цереброваскулярну недостатність частіше діагностували в групі УЛНА на ЧАЕС порівнянно з іншими групами обстежених, $p < 0,05$.

Розлади ВНС були виявлені у 2 (2 %) УЛНА на ЧАЕС, 22 (19 %) евакуйованих, 17 (15,9 %) жителів радіоактивно забруднених територій та у 4 (4 %) жінок групи порівняння. В евакуйованих або переселених та жителів радіоактивно забруднених територій їх діагностували частіше ($p < 0,05$), ніж в УЛНА на ЧАЕС та групі порівняння.

В клінічній картині розладів нервової системи у жінок, які були евакуйовані або проживають на радіоактивно забруднених територіях переважає мікровогнищева неврологічна симптоматика. Натомість в групі порівняння більш вираженим було залучення до патологічного процесу стовбуру мозку ($1,2 \pm 0,7$ бали за шкалою KFS), а в УЛНА на ЧАЕС жіночої статі, крім стовбуру мозку ($1,1 \pm 0,8$ бали), частіше, ніж в інших групах обстеження, була уражена мозочкова система ($1,4 \pm 0,6$ бали), $p < 0,05$.

Як видно з рисунку 1, в групах обстеження переважали психічні розлади внаслідок ураження головного мозку (F06), а також невротичні, пов'язані зі стресом

та соматоформні розлади (F40–48). Серед УЛНА на ЧАЕС, порівняно з іншими групами постраждалих, частіше діагностували органічний розлад особистості (F07.0) — 12 (11,9 %) осіб ($p < 0,05$), порівняно з жителями радіоактивно забруднених територій та групою порівняння серед них було виявлено більше пацієнтів з органічним емоційно лабільним розладом 52 (51,5 %) особи (F06.6) ($p < 0,05$), а також, порівняно з групою порівняння, в УЛНА на ЧАЕС було більше дистимій (F34.1) — 17 (16,8 %) осіб, $p < 0,05$. В свою чергу, порівняно з УЛНА на ЧАЕС, серед евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій було більше інших тривожних розладів (F41) — 13 (11,2 %) осіб, $p < 0,05$.

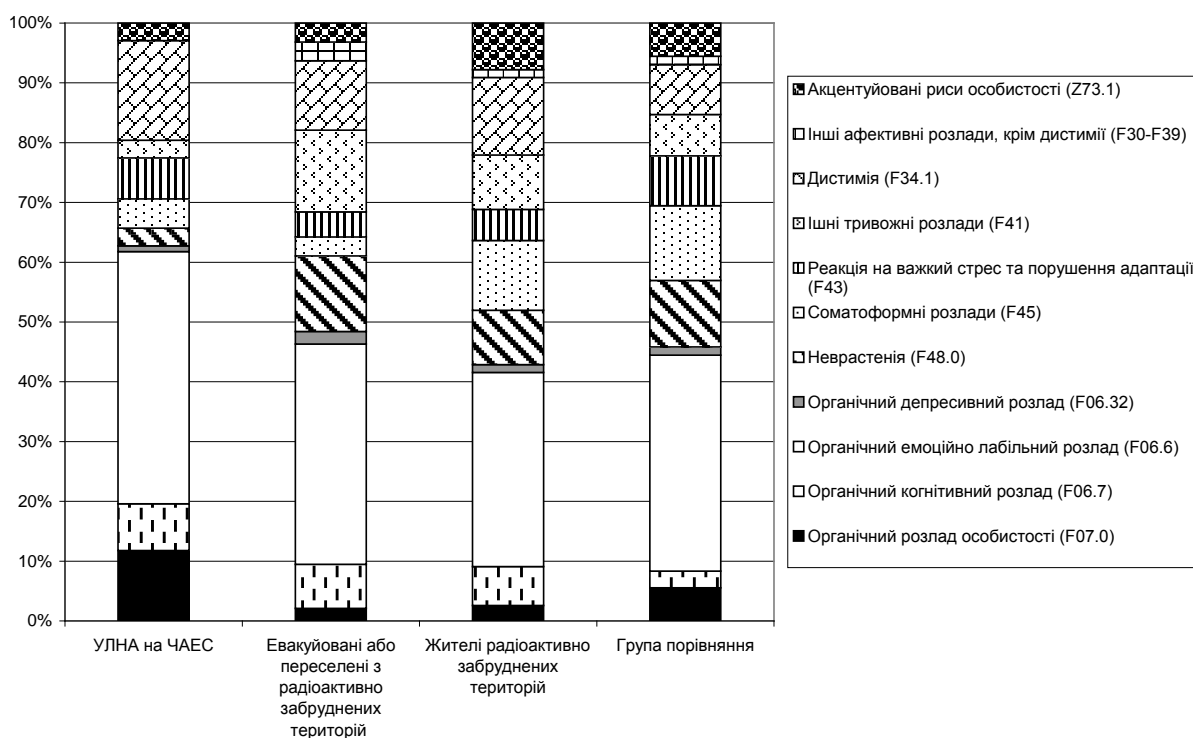


Рисунок 1 — Структура психічних розладів у групах обстеження.

В УЛНА на ЧАЕС порівняно із жителями радіоактивно забруднених територій спостерігався вищий рівень депресії за шкалою SDS ($56,5 \pm 12,7$ бали) та рівень соціальної дисфункції ($9,6 \pm 3,6$ бали). Крім того, ці показники (без статистичної достовірності) були найвищими в УЛНА на ЧАЕС порівняно з усіма групами обстеження. Також, як видно із рисунку 2, у жінок — УЛНА на ЧАЕС та евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій частіше

зустрічались ознаки ПТСР ($p < 0,05$), ніж у жителів радіоактивно забруднених територій та групи порівняння. Причому, цей показник був найнижчим в групі порівняння на відміну від рівню депресії за шкалою SDS, який був найнижчим у жителів радіоактивно забруднених територій.

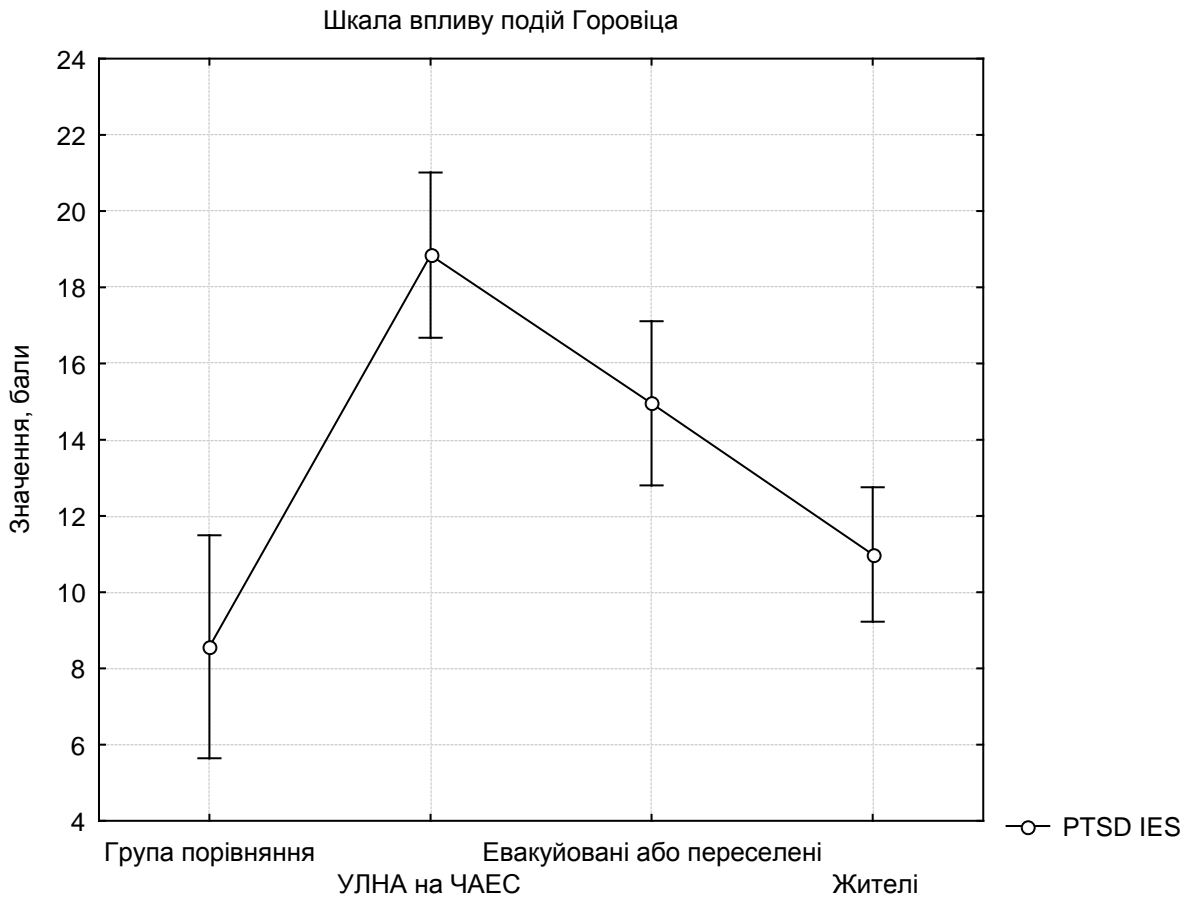


Рисунок 2 — Ознаки ПТСР за результатами самооцінки.

Як видно з рисунку 3, найвищим бал BPRS був в групі УЛНА на ЧАЕС. Крім того, в УЛНА на ЧАЕС він був вищим ($p < 0,05$), ніж у евакуйованих або переселених та жителів радіоактивно забруднених територій. Збільшення балу BPRS в групі УЛНА на ЧАЕС спостерігалось за рахунок соматичної стурбованості, відчуття провини та депресивного настрою. А рівень ворожості був найвищим в групі жителів радіоактивно забруднених територій.

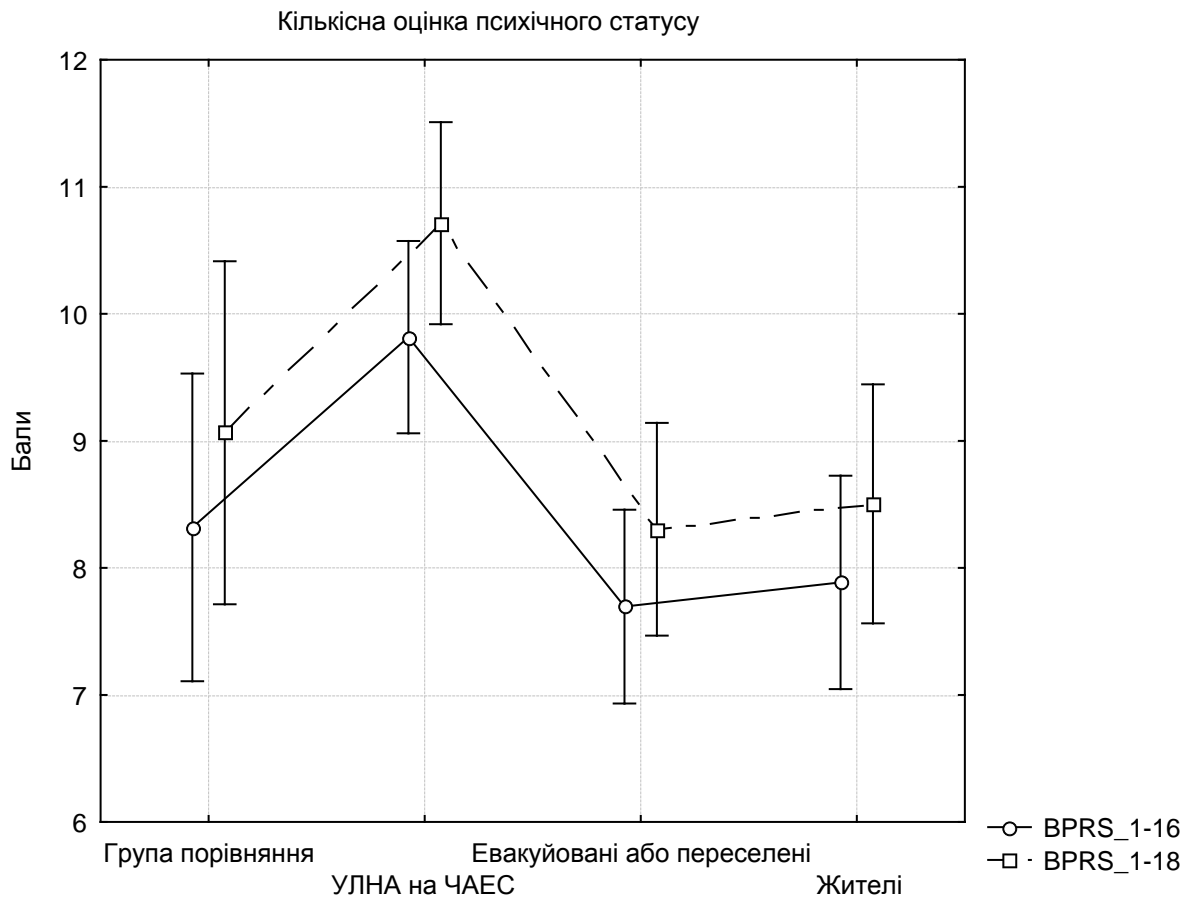


Рисунок 3 — Результати кількісної оцінки психічного статусу за шкалою BPRS.

При експертній оцінці типів ЕЕГ за інтегративними показниками в обстежених переважали гіперсинхронний, плоский поліморфний та дезорганізований типи ЕЕГ, дивись таблицю 1. Адекватність експертної оцінки типів ЕЕГ підтверджується й результатами кЕЕГ. В групі УЛНА на ЧАЕС у порівнянні з евакуйованими або переселеними спостерігалась більша кількість бета-активності в лівому лобному відведенні ($p < 0,05$); менша кількість альфа-активності в обох тім'яних, правому скроневому та лівому потиличному відведеннях ($p < 0,05$); менша спектральна потужність альфа-активності в лівому центральному відведенні ($p < 0,05$) та дельта-активності в правих лобних відведеннях ($p < 0,05$), а також менша сумарна спектральна потужність дельта-активності ($p < 0,05$).

Порівняно з евакуйованими або переселеними та жителями радіоактивно забруднених територій в УЛНА на ЧАЕС спостерігалась більша кількість дельта-активності в правому скроневому відведенні ($p < 0,05$) та дельта- й тета-активностей в лівому потиличному відведенні ($p < 0,05$). При порівнянні УЛНА на ЧАЕС з

евакуйованими або переселеними та групою порівняння, в УЛНА на ЧАЕС виявлено менша спектральна потужність альфа-активності в правих лобному, тім'яному та потиличному відведеннях ($p < 0,05$); менша спектральна-потужність тета-активності в правому тім'яному відведенні ($p < 0,05$). Також в УЛНА на ЧАЕС спостерігалась найменша спектральна потужність дельта-активності в правому тім'яному відведенні, а порівняно із жителями радіоактивно забруднених територій у них була менша середня частота в лівому потиличному відведенні ($p < 0,05$).

Таблиця 2 — Порівняльна характеристика типів ЕЕГ в групах обстеження

Типи ЕЕГ	УЛНА на ЧАЕС (n=101), абс. к-ть (%)	Евакуйовані або переселені (n=116), абс. к-ть (%)	Жителі (n=107), абс. к-ть (%)	Група порівняння (n=100), абс. к-ть (%)
організований	3 (3,0%)	5 (4,3%)	1 (0,9%)	2 (2,0%)
гіперсинхронний	22 (21,8%)	43 (37,1%) [§]	34 (31,8%)	39 (39,0%) [§]
дезорганізований	22 (21,8%)	12 (10,3%)	18 (16,8%)	17 (17,0%)
дезорганізований з пароксизмальною активністю	15 (14,9%)	21 (18,1%) [§]	17 (15,9%)	7 (7,0%)
плоский поліморфний	39 (38,6%)	35 (30,2%)	37 (34,6%)	35 (35,0%)

Примітка: * — вірогідність розбіжностей $p < 0,05$ відносно евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій;

— вірогідність розбіжностей $p < 0,05$ відносно жителів радіоактивно забруднених територій;

§ — вірогідність розбіжностей $p < 0,05$ відносно групи порівняння;

§ — вірогідність розбіжностей $p < 0,05$ відносно УЛНА на ЧАЕС.

Отже, за результатами дослідження в УЛНА на ЧАЕС виявлені порушення роботи фронто–медіальних центрів вищих регуляторних функцій та дифузне ураження кори головного мозку, в евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій — ураження гіпоталамо–діенцефальної ділянки головного мозку, а у жителів радіоактивно забруднених територій — дифузне ураження структур мозку без чіткої локалізації.

Для визначення чинників ризику розвитку нервово–психічних розладів у жінок, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС проводились психіатричні інтерв'ю та вивчення наявної під час огляду медичної документації. Було визначено, що більшість жінок, які склали групи дослідження за медичною допомогою поза поліклінікою радіаційного реєстру ДУ «НЦРМ НАМН України» не звертаються. Але, незважаючи на це, вони пред'являли велику кількість скарг на своє соматичне та психічне здоров'я «синдром втраченого здоров'я». При цьому обстежені жінки не сподівались на отримання медичної допомоги та дуже скептично ставились до призначеного їм лікування. Основною причиною з якої вони відмовлялись виконувати призначення була відсутність коштів та сподівань на те, що призначене лікування допоможе. Але з анамнезу ставало зрозумілим, що раніше вони так само відмовлялись від виконання призначеного лікування. Тобто, вони не мають негативного досвіду від виконання призначень лікарів. Отже, це може бути свідченням розвитку у жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи так званого «синдрому втраченого здоров'я» у поєднанні з «синдромом сталого соціального виключення» (безініціативність, патерналізм, вимоги «вічної ренти від держави» і співчуття від інших).

У той же час, наявна соматична патологія підсилювала психо–емоційний дискомфорт у обстежуваних і вимагала від них регулярного (не рідше, ніж 1 раз на рік) лікування в профільному стаціонарі. Госпіталізація відбувалась незалежно від стану компенсації або декомпенсації існуючої патології, тобто могла бути профілактичною, а проведене лікування, як правило, призводило до незначного покращення самопочуття хворих. Дуже часто після виписки із стаціонару вони не

продовжували підібрану терапію хронічного захворювання, а вимагали додаткових соціальних пільг.

Особливе значення для психо–емоційного стану жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи має стан здоров'я їх найближчих родичів. При наявності члена родини, який потребує підвищеної уваги або особливого догляду в групі евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій спостерігається збільшення рівню занепокоєння своїм майбутнім та майбутнім своєї родини, напруженості, депресії, ворожості, збудженості, тривоги/безсоння, соціальної дисфункції та ПТСР. Натомість в групі жителів радіоактивно забруднених територій у тій самій ситуації збільшується рівень соматичної стурбованості. В УЛНА на ЧАЕС та пацієнтів групи порівняння не виявлено змін психо–емоційного стану при наявності члена родини, який потребує особливої уваги.

Наявність у обстежених онкологічного або тяжкого інвалідизуючого захворювання в анамнезі не вплинуло на психо–емоційний стан жителів радіоактивно забруднених територій. В УЛНА на ЧАЕС з даними захворюваннями в анамнезі спостерігався більший рівень тяжкої депресії, ніж в УЛНА на ЧАЕС без них. Рівень депресії при цьому не залежав від ступеня втрати працездатності. А в евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій з онкологічною патологією або важкими інвалідизуючими захворюваннями в анамнезі спостерігався більший рівень соматичної стурбованості, напруженості, депресії, ворожості, збудженості та ПТСР.

Найбільш вразливими до дії соціальних та медичних наслідків аварії на ЧАЕС виявились жінки, які були евакуйовані або переселені з радіоактивно забруднених територій. Відхилення від спокійного, розміреного ритму життя викликає у них збільшення рівня соматичної стурбованості, відчуття занепокоєння за майбутнє своє та своїх родин, напруженість, депресію, ворожість, збудженість, тривогу/безсоння, соціальну дисфункцію та появу ознак ПТСР. Це свідчить про наявність у них дуже низького рівню адаптації до нових умов проживання та про миттєвий розвиток дезадаптації при зміні цих умов.

При визначенні впливу іонізуючого випромінювання на результати психо–

неврологічного обстеження був виявлений кореляційний зв'язок між дозою опромінення та шкалою неврологічного дефіциту пірамідної функціональної системи ($r=0,4$, $p<0,05$), сумарним балом шкали BPRS ($r=0,4$, $p<0,05$) здебільшого за рахунок притупленого або неадекватного афекту ($r=0,7$, $p<0,05$).

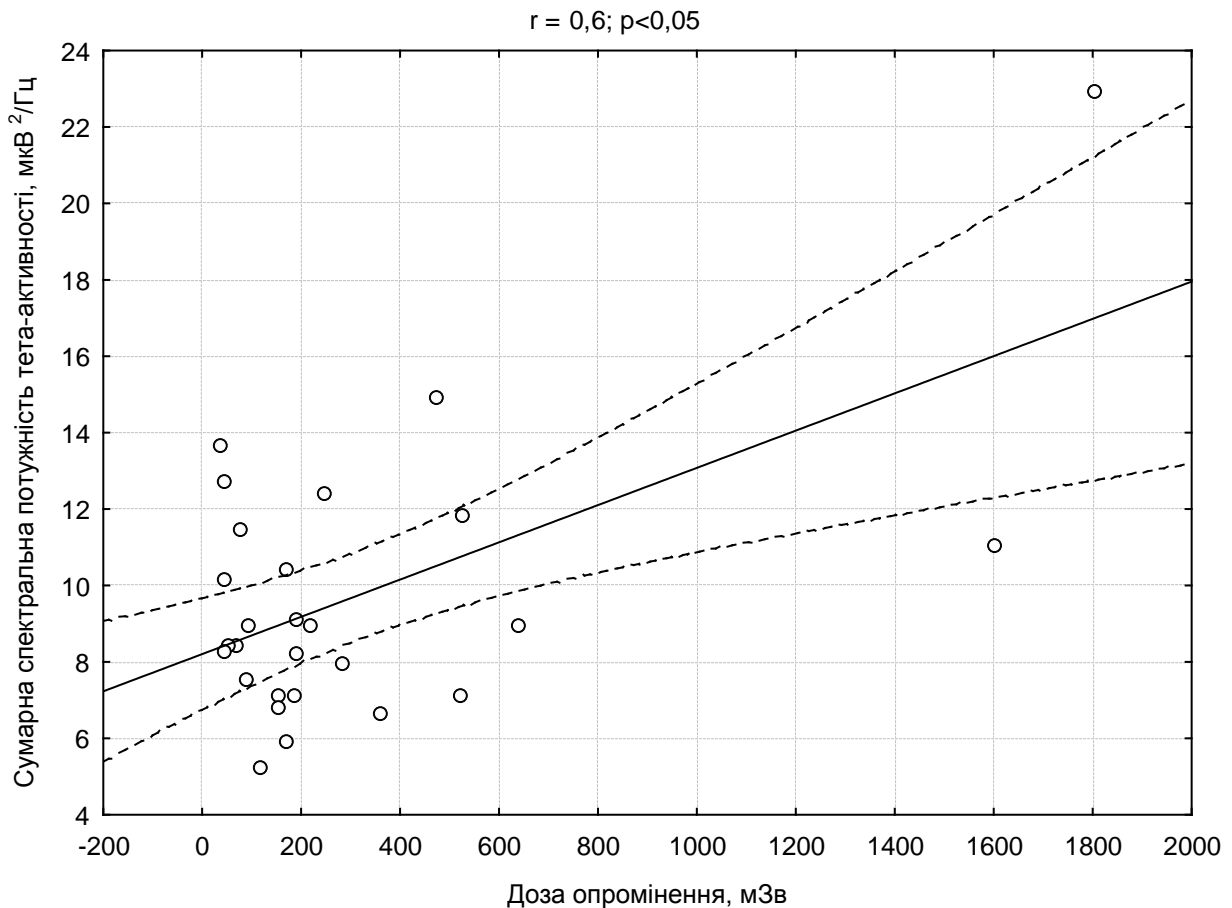


Рисунок 4 — Вплив дози опромінення на сумарну спектральну потужність тета-активності.

При визначенні впливу іонізуючого випромінювання на результати нейрофізіологічного дослідження був виявлений прямий кореляційний зв'язок між дозою опромінення та сумарною спектральною потужністю тета-активності, дивись рисунок 4, за рахунок дифузного збільшення спектральної потужності тета-активності. Це може свідчити про ірритативний вплив іонізуючого випромінювання на підкірково-діенцефальні структури мозку. При цьому із віком спектральна потужність тета-активності зменшується ($r=-0,1$, $p<0,05$).

Отже, нервово-психічні розлади у жінок, які постраждали внаслідок аварії на

ЧАЕС є поліетиологічними внаслідок впливу іонізуючого випромінювання, гострого і хронічного стресу, соціально–економічних чинників та віку. Але, якщо в розвитку розладів психіки та поведінки в УЛНА на ЧАЕС більшу роль відіграє радіаційний фактор, то в евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій — це вплив гострого і хронічного стресу. У розвитку нервово–психічних розладів УЛНА на ЧАЕС та евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій також приймають участь наявна цереброваскулярна патологія, онкологічні захворювання в анамнезі та соматична патологія. Необхідно відзначити роль психологічного стресу внаслідок Чорнобильської катастрофи, зміни місця проживання, стану здоров'я найближчих родичів, вплив яких особливо значущий у розвитку невротоподібних симптомів в групі евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій.

Гендерних особливостей структури захворювань нервової системи не виявлено. В свою чергу, гендерними особливостями неврологічного статусу у жінок являється більша вразливість у них мозочкової системи. В структурі розладів психіки і поведінки у жінок частіше, ніж у чоловіків зустрічались афективні (F30–39), невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40–48). А патопсихологічною особливістю цих розладів було переважання соматичної стурбованості, відчуття занепокоєння своїм майбутнім та майбутнім своєї родини, відчуття провини, депресія, підозрілість, соціальна дисфункція, наявність ознак ПТСР (у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС) та збільшений рівень дратівливості.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ НЕРВОВО– ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК РАДІАЦІЙНОЇ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Заходи щодо поліпшення психічного здоров'я і стану нервової системи жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи мають бути індивідуальними та спрямованими на наявні патогенетичні чинники.

Зважаючи на переважання в структурі захворювань нервової системи в усіх групах обстеження цереброваскулярної недостатності (I67), а в структурі розладів психіки та поведінки — психічних розладів внаслідок ураження головного мозку (F06), для поліпшення психічного здоров'я і стану нервової системи жінок, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС в стадії де- та субкомпенсації слід призначати ноотропні, нейропротекторні, вазоактивні й метаболічні препарати.

Зважаючи на більшу вразливість мозочкової системи у жінок, слід особливу увагу звернути на покращення координації рухів і до вище зазначеного лікування додати лікувальну фізкультуру з загальнооздоровчими вправами, тренуваннями функції рівноваги та вправами з рухами очних яблук. Крім того, збільшення фізичної активності зменшує кількість психопатологічних симптомів у хворих з ПТСР.

Найбільш вразливими до дії стресогенних чинників жінки є під час гормональних перебудов, а саме в період статевого дозрівання та клімактеричному віці. Зважаючи на середній вік обстежених нами пацієнтів, не можна виключити вплив гормональних змін (а саме — клімаксу) на виникнення у них депресії, тривоги, соматичної стурбованості та відчуття провини. Тому, при призначенні лікування таким жінкам необхідно враховувати не тільки різний генез виявленої у них психопатології, її взаємозв'язок та вплив на симптоми клімаксу, але й побічний ефект антидепресантів та інших психотропних засобів.

Призначення антидепресантів повинно відбуватись з урахуванням «латералізації» нейропсихіатричного синдрому (домінантно–кортикальний, недомінантно–лімбічний). Препаратами вибору повинні бути ті, які мають мінімум побічної дії, дуже добре переносяться та починають діяти швидко. При амбулаторному лікуванні особливе значення має відсутність сонливості та вираженої седації. Отже, перевагу слід надавати антидепресантам класу селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну. Для лікування когнітивних розладів, які виникли в пізній постменопаузальний період слід використовувати препарати Гінкго білоби.

Тобто, для жінок, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС з діагностованим у них органічним розладом особистості (F07.0) або психічними розладами внаслідок ураження головного мозку (F06) в якості судинної терапії більш виправданим є призначення препаратів Гінкго білоби. При наявності депресивних проявів,

антидепресантами першочергового вибору повинні бути антидепресанти класу селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну. А при виявленні негативної та продуктивної психопатологічної симптоматики у постраждалих з органічним розладом особистості (F07.0) доцільним є призначення атипичного антипсихотика рїсполепт в дозі 2 мг на добу протягом 21 дня.

При наявності пароксизмальних станів необхідно використовувати вегетотропні та препарати з антипароксизмальною активністю: малі дози нейролептиків (сонапакс, етаперазин) та антипароксизмальні засоби (депакін, фїнлепсин). Для вирішення питання про необхідність замісної гормональної терапії необхідна консультація гінеколога–ендокринолога, оскільки при відсутності адекватної терапії постменопаузального синдрому на пізніх його стадіях значно погіршуються когнітивні функції головного мозку.

Важливу роль для лікування розладів психіки та поведінки відіграє психотерапія. Для жінок з психічними розладами внаслідок ураження головного мозку (F06) та органічним розладом особистості (F07.0) доцільним є проведення когнітивної психотерапії. Вона дозволить усвідомити постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи наявність у них розладів на рівні особистості та подолати такі психо–емоційні проблеми, як безініціативність, патерналізм, вимоги «вічної ренти від держави» і співчуття від інших. Корекцію емоційно–афективних порушень необхідно проводити за допомогою раціонально–емотивної психотерапії та психофізичного тренування. Крім того, постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС з органічним розладом особистості (F07.0) показано проведення відновлювального інтелектуального навчання для покращення емоційно–вольової складової інтелектуальної діяльності.

Іншими гормональними змінами в організмі жінки, які можуть викликати зміни її психо–емоційного стану є зміни під час передменструального синдрому (ПМС), який проявляється предменструальним дисфорічним розладом за DSM–III–R. Для лікування жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи з ознаками ПМС (циклічність виникнення таких психопатологічних порушень, як емоційна лабільність, дратівливість, збудливість, депресія, тривога, погіршення пам'яті, втомлюваність, слабкість) необхідне призначення антидепресантів класу

селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, ведення щоденнику стресу та психофізичне тренування. Для вирішення питання про призначення оральних контрацептивів, як гормональної терапії, необхідна консультація гінеколога.

Отже, однією з особливостей лікування постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС жіночої статі є постійна взаємодія лікаря–психіатра з лікарем–ендокринологом, гінекологом та гінекологом–ендокринологом.

При проведенні патопсихологічного тестування в УЛНА на ЧАЕС був виявлений вищий рівень депресії та соціальної дисфункції. Кількісна оцінка психічного статусу продемонструвала підвищену соматичну стурбованість, відчуття провини та депресію у цього контингенту постраждалих. Також в УЛНА на ЧАЕС та евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій було більше ознак ПТСР. В свою чергу, депресія, соціальна дисфункція, соматична стурбованість, відчуття провини й можуть бути проявами ПТСР. Тому, лікування УЛНА на ЧАЕС та евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій слід починати саме з лікування цього психічного розладу.

Оскільки результати досліджень ефективності лікарських засобів при ПТСР виявились неоднозначними, вибір терапії заснований на принципах лікування інших тривожних розладів. Препаратами вибору при ПТСР являються антидепресанти класу селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну. При неефективності препаратів групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну призначають антидепресанти інших груп: трициклічні, гетероциклічні, селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну, інгібітори моноаміноксидази. Застосування бензодіазепінів найбільш виправдане при швидкому купіюванні інтенсивної тривоги. Довгострокове їх призначення не бажане, оскільки у багатьох хворих на ПТСР є схильність до залежності від психотропних засобів.

У теперішній час ми маємо справу з віддаленим етапом ПТСР. Організація психіатричної допомоги на віддаленому етапі ПТСР ускладнена, тому що внаслідок його клінічних особливостей хворі уникають звертатись за допомогою в медичні установи. В якості прикладу альтернативного вирішення проблеми можна використовувати досвід роботи реабілітаційних центрів, які створені в США. По–

перше в такі центри можна звернутись анонімно, по-друге в них можна звернутись за будь-якою допомогою, по-третє їх можна відвідувати стільки, скільки необхідно для реабілітації. В нашій країні роль таких центрів могли б відігравати центри медико-психологічної реабілітації.

Також, важливою у лікуванні ПТСР є психотерапія. Причому, такий вид психотерапії як когнітивно-біхевіоральна, виправданий лише після стресогенної ситуації для профілактики розвитку ПТСР та на його гострому етапі. Крім того, на гострому етапі ПТСР, як допоміжний метод терапії можна використовувати гіпноз. На віддаленому етапі більш доцільним є проведення психодинамічної терапії, групової та сімейної терапій, десенсибілізації рухами очей та психосоціальної реабілітації. Психотерапія повинна позбавити постраждалих від негативних емоцій та поведінки, яка направлена на уникання всього, що може нагадувати пережитий стрес або послабити ці симптоми. Метод терапії обирається в залежності від спрямованості психотерапевтичних втручань.

Так психодинамічна психотерапія направлена на те, щоб знов залучити нормальні механізми адаптації, звертаючись до несвідомого й роблячи його свідомим. А групова психотерапія — на зменшення відчуття ізоляції, відчуження та байдужості при намаганні упоратись з травмою. Вона допомагає хворим будувати відношення з іншими, дозволяє упоратись з такими емоціями як відчуття провини, ворожості та страху.

Існує два погляди на застосування сімейної терапії. Згідно першого — травма та її наслідки впливають на благополуччя родини та взаємовідносини осіб, які пережили травмуючу подію. В такому випадку увагу треба приділяти зниженню дистресу у взаємовідносинах, які були порушені ПТСР, а не симптомам конкретної людини. Інший спосіб застосування сімейної психотерапії заснований на визначенні та розробці ролі партнера та членів родини як помічників у зниженні рівню ПТСР у постраждалих, оскільки супруг або член родини являється найважливішим джерелом соціальної підтримки для пацієнта.

Десенсибілізації та переробка за допомогою рухів очима сприяє редукції таких симптомів, як «flashforwards» (проекція страху й небезпеки на майбутнє), які досить часто виявляються у постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Крім того,

вправи з рухами очей застосовуються для покращення функції рівноваги мозочкової системи, яка також приймає участь в підтримці когнітивних функцій та психо-емоційного стану людини.

Підхід до соціально-реабілітуючої психотерапії має бути проблемно-орієнтованим. При плануванні лікування хворих з ПТСР необхідно розглядати такі моделі психосоціальної реабілітації: здоров'я пацієнта та психологічна просвіта; розвиток навичок самостійного життя та незалежності; розвиток навичок сімейних взаємовідносин; розвиток соціальних навичок; професійна реабілітація (працевлаштування підвищує самооцінку хворих); створення індивідуалізованої програми надання пацієнту комплексної соціально-психологічної та психіатричної допомоги. Але застосування моделей психосоціальної реабілітації більш доцільне на заключних фазах лікування.

Незважаючи на існуючі роботи з вивчення ПТСР, не існує способу лікування, який гарантував би позитивний результат. Тому, для лікування постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС з ознаками ПТСР рекомендовано поєднання декількох психотерапевтичних способів із викладених вище (в залежності від наявних коморбідних розладів психіки та поведінки) з фармакотерапією (в залежності від наявних коморбідних нервово-психічних та соматичних розладів), лікувальною фізкультурою та фізіотерапією.

Подібні дані були отримані й при лікуванні неврастеній. Окрім фармакотерапії, використання сполучення рефлексотерапії та психотерапії виправдане при наявності соматовегетативних проявів та тривожного компоненту. В лікуванні астеничних симптомів в сполученні з тривогою та депресією слід використовувати поєднання психофармакотерапії, психотерапії та фітотерапії. Використання психотерапії в якості монотерапії не продемонструвало достатньої ефективності. З вище наведених психотерапевтичних втручань, доцільне використання когнітивної та психофізичного тренування.

Не останнє місце серед розладів психіки та поведінки у жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи займають соматоформні розлади (F45). Вважається, що майже 92 % хворих на соматоформні розлади мають коморбідний розлад психіки та поведінки. В такому випадку проводиться лікування виявленого

коморбідного розладу. В інших випадках рекомендовано поєднання фармакотерапії, психотерапії та акупунктури. Також в лікуванні соматоформних розладів доведена ефективність такого методу, як тілесно–орієнтована психотерапія, яка дозволяє визначити справжні причини захворювання, шляхом переміщення несвідомого на свідомий рівень і, зрештою, подолати його.

Зважаючи на найбільшу вразливість до дії соціальних факторів та медичних наслідків аварії на ЧАЕС жінок, які були евакуйовані або переселені з радіоактивно забруднених територій, для цього контингенту постраждалих в обов'язковому порядку, навіть при перебуванні в соматичному стаціонарі або в санаторії, необхідно ввести в курс лікування методи профілактики дістресу. Причому, деяким з цих методів пацієнта можна навчити для самостійного їх використання вдома. Методами профілактики дістресу являються психофізичне тренування, протистресова «переробка» дня, надання першої допомоги при гострому стресі та аутоаналіз особистого стресу.

Протистресова «переробка» дня — це десятихвилинна релаксація, яка проводиться при поверненні додому після робочого дня. Вона дозволяє зняти напругу робочого дня і, таким чином, зберегти спокій у родині. А методом, який виправдав себе як найкращий аутоаналіз особистого стресу являється щоденник стресів. Аналіз записів в щоденнику допомагає просто й швидко виявити ситуації, які спричиняють виникнення стресу і подолати його.

Отже, для поліпшення психічного здоров'я та стану нервової системи жінок, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи недостатньо використовувати тільки медикаментозне лікування або соціальну реабілітацію. Необхідне використання комплексу сучасних фармакотерапевтичних засобів, психотерапевтичних технік та різних форм соціальної реабілітації хворих.

Зважаючи на отримані результати, можна запропонувати заходи з профілактики рецидивів нервово–психічних розладів у жінок, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС та розвитку нервово–психічних розладів у жінок, які можуть постраждати внаслідок надзвичайних радіаційних ситуацій. Вони складаються з первинної, вторинної та третинної профілактики.

Первинна профілактика (запобігання дії на організм хворобоутворюючих причин) у жінок–постраждалих полягає у:

а) забороні на залучення жінок до участі у ліквідації наслідків надзвичайних радіаційних ситуацій;

б) забезпеченні радіаційної безпеки згідно діючим міжнародним та державним гігієнічним нормативам (для працюючих в зоні відчуження та з джерелами іонізуючих випромінювань);

в) забезпеченні екологічної безпеки згідно діючим міжнародним та державним гігієнічним нормативам;

г) не допусканні розлучення сімей (матерів із дітьми) на шляхах можливої евакуації;

д) удосконаленні принципів соціального захисту постраждалих (профілактика так званих соціально–стресових розладів) з забезпеченням «гарантованого майбутнього» не шляхом інвалідизації та «віктимізації», а стимуляції трудової активності та поліпшення соціального функціонування.

Вторинна профілактика (запобігання розвитку захворювання шляхом ранньої діагностики та лікування) у постраждалих полягає у:

а) щорічній нейропсихіатричній диспансеризації із залученням суміжних спеціалістів (ендокринологів, гінекологів, гінекологів–ендокринологів);

б) використанні сучасних інформативних діагностичних технологій для ранньої діагностики нервово–психічних розладів (комп'ютерна електроенцефалографія, методи нейровізуалізації та ін.);

г) своєчасне та ефективне терапевтичне втручання на початкових етапах нервово–психічного захворювання.

Третинна профілактика (превентивне лікування та втручання, спрямовані на запобігання рецидивів, різних форм дефекту та соціальної дезадаптації) у постраждалих полягає у створенні та ефективній роботі системи реабілітації постраждалих з нервово–психічними розладами.

ВИСНОВКИ

Дані методичні рекомендації розроблені на основі вивчення нервово-психічних розладів в осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Використання запропонованих заходів призведе до одужання хворих з депресивними, невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами, дозволить стабілізувати психо-емоційний стан осіб з хронічними розладами психіки та поведінки й захворюваннями нервової системи, попередить розвиток інвалідизації хворих, дозволить зберегти їх соціальне функціонування та подолати відчуття безнадійності і песимістичності у членів їх родин.

Це, в свою чергу, попередить розвиток рецидивів, різних форм дефектів та соціальної дезадаптації й зменшить економічний тягар медико-соціальних наслідків аварії на ЧАЕС.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Удосконалення діагностики та реєстрації нервово-психічних розладів та цереброваскулярної патології у постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС / Логановський К.М., Бузунов В.О., Чупровська Н.Ю. та ін. // Методичні рекомендації. — К.: МОЗ, АМН, Укрмедпатентінформ, 2010. — 40 с.
2. Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції / За ред. О.Ф. Возіанова, В.Г. Бебешка, Д.А. Базики. — Київ: ДІА, 2007. — 800 с.
3. Особливості діагностики когнітивних розладів у постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, їх профілактика, лікування та шляхи реабілітації / Логановський К.М., Антипчук К.Ю., Логановська Т.К. та ін. // Методичні рекомендації. — К.: МОЗ, АМН, Укрмедпатентінформ, 2010. — 24 с.
4. Обухов, С. Г. Психиатрия / под ред. Ю. А. Александровского. — М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. — 352 с.
5. Медицинская реабилитация / под ред. В. М. Боголюбова. Книга II — Изд. 3-е, испр. и доп. — М.: Издательство БИНОМ, 2010. — 424 с.
6. Тювина, Н. А. Особенности фармакотерапии у женщин / Н. А. Тювина, Г. И. Дрынов, Н. Ф. Ульянова // Медицинская помощь. — 2008. — № 4. — С. 38–41.
7. Особенности лечения депрессивных расстройств у женщин / Н. А. Тювина // Психиатр. и психофармакотер. — 2008. — 10 (3). — С. 12–16.
8. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства // за ред. Э.Б. Фoa, Т.М. Кина, М.Дж. Фридмана — Кигито–Центр, 2005. — 467 с.