

ДИНАМІКА АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ РАДІОЕКОЛОГІЧНОЇ КАТАСТРОФИ

М. М. Матяш

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ключові слова: віддаленні наслідки закритої черепно-мозкової травми, астения, депресія, КВЧ-терапія.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є одним з найбільш важких та не вирішених завдань охорони здоров'я та має велике соціальне значення внаслідок своєї розповсюженості та тяжкості медичних та соціальних наслідків.

У 47–90% випадків після перенесеної ЧМТ розвиваються віддалені наслідки, які негативно впливають на стан життєдіяльності потерпілих та призводять до інвалідності. В останні роки розроблена класифікація гострого та віддаленого періоду, періодизація ЧМТ. Незважаючи на численні роботи, присвячені ЧМТ, лікарі зазнають труднощів при діагностиці, оцінці тяжкості, лікуванні, реабілітації, медико-соціальної експертизі ЧМТ як у гострому, так і у віддаленому періодах.

Мета роботи: пошук нових, ефективніших методів терапії астеничних станів у хворих з віддаленими наслідками закритої черепно-мозкової травми (ВНЗЧМТ), що зазнали впливу чинників радіоекологічної катастрофи, дослідження ефективності лікування, що включає застосування психофармакологічних засобів, психотерапії та електромагнітного випромінювання надвисокої частоти (НВЧ).

Матеріали та методи дослідження

В основу роботи покладені результати дослідження у хворих з віддаленими наслідками закритої ЧМТ, що зазнали впливу чинників радіоекологічної катастрофи, які лікувалися в неврологічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні. Усі хворі були мешканцями території радіоекологічного контролю північних районів Київської області і мали статус постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС категорії 3 та 4.

В основну групу увійшли 55 хворих віком від 18 до 58 років (середній вік 32 роки) з астенією (табл. 1). Тривалість астенії від 1 міс до 7 років (у середньому 1 рік 2 міс).

Давність перенесеної закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) коливалася від 6 міс. до 8 років, у середньому $(2,80 \pm 0,55)$ року, що відповідає періоду відновлення та стабілізації функцій нервової системи, формуванню наслідків травми — від 3–4 міс. до 2 3 років, а також віддалених (залишкових) наслідків ЧМТ — більше 2 років (табл. 2).

Усі стани, що спостерігалися, характеризувались афективно-невротичним рівнем розладів. Крім астенічних явищ, на тому чи іншому етапі відзначались obsesivno-fobichni, senestopatichni, depersonalizatsiyni симптоми. Відповідно до традиційно прийнятої систематики, у наших випадках можна було виділити такі типи депресивних станів: тривожна депресія з фобічними та сенестоіпохондричними розладами,

Таблиця 1. Розподіл хворих з віддаленими наслідками закритої черепно-мозкової травми і астенічними розладами за віком і статтю

Вік, років	Кількість хворих, абс., (%)		
	чоловіки	жінки	всього
До 30	4 (19,1)	12 (19,5)	16 (18,4)
30–44	10 (47,6)	28 (45,1)	38 (46,3)
44–53	7 (33,3)	21 (35,4)	28 (35,3)
Всього	21 (100)	61 (100)	82 (100)

Таблиця 2. Розподіл хворих з ВНЗЧМТ і астенічними розладами за давністю ЗЧМТ і тривалістю астенічних розладів

Термін	Кількість хворих, абс. (%)	
	ЗЧМТ	депресія
6 міс.—1 рік	10 (12,0)	7 (8,5)
1–3 роки	35 (42,2)	38 (46,3)
3–7 років	30 (36,8)	34 (41,6)
понад 7 років	7 (9,0)	3 (3,6)
Всього	82 (100)	82 (100)

астенодинамічна депресія, анестетична депресія, істеро-депресія, “класична” тужлива депресія.

Найчастіше астеничний симптомокомплекс у хворих з ВНЗЧМТ, що зазнали впливу чинників радіоекологічної катастрофи, поєднувався з депресивними розладами.

Діагностику депресії проводили за встановленими суворими клінічними критеріями. В МКХ-10 у 5-му підрозділі “Психічні розлади в загальній медичній практиці” виділені десять діагностичних критеріїв. Основними з них є перші два: знижений або печальний настрій та втрата інтересів і відчуття задоволення. Інші симптоми додаткові. Для верифікації депресії в клінічній симптоматиці хворого провідне місце повинні займати два основні прояви депресії, які тривають не менше двох тижнів і поєднані не менше ніж з двома додатковими симптомами.

Були виділені такі типологічні варіанти невротичної депресії: астеничний (19 хворих), тривожний (19) і змішаний (17).

У контрольній групі було 27 хворих віком від 18 до 52 років (середній вік 34 роки) з невротичною депресією. Тривалість невротичної депресії — 1 рік 2 міс. Типологічні варіанти невротичної депресії у цій групі були: астеничний (9 випадків), тривожним (9), змішаний (9). У контрольній групі хворі одержували тільки психофармако- і психотерапію. За основними показниками (вік, тривалість невротичної депресії, а також її типологічні варіанти) основна і контрольна групи були споріднені.

До початку лікування разом із клініко-лабораторними та параклінічними обстеженнями хворі були консультовані терапевтом, невропатологом і гінекологом. Усім їм проводили також електро- та реоенцефалографічне дослідження.

У результаті обстежень протипоказань до НВЧ-терапії виявлено не було.

Методика НВЧ-терапії проводилася відповідно до таких правил:

1. Підбір точок акупунктури (ТА) здійснювали з урахуванням типологічного варіанта невротичної депресії:

а) при астеничних депресіях використовували ТА *P7, P9, IG6, IGH, V13*;

б) при тривожних — *VG20, MC6, E36, RP6, C7, V15, GI4, GI11, VB20, VB21, VB38*;

в) при змішаних — *VB20, MC6, F3, R3, F2, V23, VC4, VC6, VG4, E36*.

2. Щоденний акупунктурний рецепт складали на основі правил традиційної східної медицини з урахуванням даних електропунктометричної діагностики.

3. Час і тривалість впливу надвисоких частот електромагнітного випромінювання визначалися необхідністю тонізації (3–5 хв.) або седатії (10–20 хв.) ТА. На сеанс використовували 3–6 точок. Деякі точки використовували повторно через 1–2 сеанси.

4. Оцінку отриманого ефекту здійснювали на основі аналізу суб'єктивних і об'єктивних симптомів і верифікували за допомогою даних електропунктометричної діагностики.

Призначенню НВЧ-терапії в усіх хворих основної групи передувало лікування транквілізаторами (гідазепам, феназепам), антидепресантами (стімултон, амітриптилін, меліпрамін), ноотропами (ноотропіл, пірацетам) і в деяких випадках нейролептиками (еглоніл, соннапакс, флюанксол). Перераховані препарати поєднувалися з психотерапією, що проводилася протягом 2–3 тиж.

Результати дослідження

Під впливом психофармакотерапії у хворих трохи поліпшувався стан, зменшувалася тривога, поліпшувалося засинання, згладжувалися істеричні й іпохондричні прояви, тимчасом як астеничні й апатичні явища, а також зниження настрою редукувалися незначно. Депресивні та субдепресивні прояви продовжували визначати клінічну картину захворювання.

Крім зниженого настрою, хворих продовжували турбувати деяка млявість, слабкість, апатія, що з'явилася, скутість, почуття несвободи. Висловлювалися побоювання, що стан знову погіршиться, перспективи на майбутнє оцінювалися як сумнівні, деякі (зі змішаною депресією) заявляли, що видужати неможливо. В цілому результати лікування можна було розцінити як недостатні, що і визначало необхідність призначення НВЧ-терапії.

Перед застосуванням НВЧ-терапії хворим роз'яснювали суть нового виду лікування та характер його дії на організм.

НВЧ-терапію проводили в денний час 2–3 рази на тиждень. Курс лікування складався з 3–15 сеансів (у середньому 7,3), тривалість кожного сеансу була від 30 до 60 хв. Яких-небудь неприємних відчуттів і побічних явищ при проведенні цієї терапії не відзначалося.

Ефективність лікування оцінювали з урахуванням усього комплексу лікувальних впливів, тобто фармако-, психо- та НВЧ-терапії, за 4-бальною шкалою на основі заповнених на кожного хворого карт. У цих картах був перелік симптомів і їхнє кількісне вираження від 0 до 4 балів. Аналогічний підхід в оцінці результатів фармако- та психотерапії був і в групі порівняння.

При невротичній астенічній депресії позитивний результат після введення в комплексне лікування НВЧ-терапії відзначався хворими вже після 1–2-го сеансу, а після 3-го поліпшення було досить вираженим. Серед перших симптомів, що піддавалися редукції, були депресивні й астенічні. Підвищення настрою після 3 сеансів було значним, нерідко зі зникненням навіть проявів депресії. До цього часу (7 10-й день лікування) зменшувалися, а іноді редукувалися цілком слабкість, млявість, стомлюваність, підвищувалася рухова активність, знижувався ступінь виснаження мислення, психічної стомлюваності, цілком відновлювався сон. Хворі рідше, ніж до лікування, висловлювалися про нездатність працювати і налагодити стосунки в родині, у них з'являлася надія на поліпшення стану, менше виявлялася схильність до надмірного самоаналізу. Крім того, хворі часто відзначали зникнення почуття “внутрішньої несвободи”, “пригніченості”, пасивності. Після 4–5 сеансів настрої стабілізувалися, реакція на психотравмуючу ситуацію ставала адекватною, цілком нормалізувалася рухова й ідеаторна активність, астенія не виявлялася навіть при психічному навантаженні. Поряд з цим відновлювалися правильні установки на майбутнє. Уявлялася впевненість у можливості та готовність продовжувати роботу за спеціальністю чи господарювати, чи поліпшити або змінити стосунки в родині, з навколишніми. У наступні сеанси це поліпшення стану закріплювалося, разом із цим купірувалися й вегетативно-судинні розлади.

При невротичній тривожній і змішаній депресії в перший тиждень НВЧ-терапії (після 2–3 сеансів), також відзначалося зменшення виразності депресивного афекту, астенічних проявів, моторних та ідеаторних порушень. У той же час тривожний компонент синдрому, ідеї малоцінності з впевненістю в безперспективності існування і не-ефективності лікування, сенестопатичні, сенестоалгічні, істеричні й іпохондричні прояви починали редукуватися трохи пізніше, і після 5 сеансів залишалися ще помітними. Це ж відзначалося і при змішаних станах, коли, наприклад, симптоми тужливості поєднувалися з апатією. У процесі подальшої терапії (6–10 сеансів, залишкові астенічні, апатичні прояви і почуття тужливості зникали, зменшувалася тривога до рівня особистісних (тривожно-недовірливих) особливостей, майже цілком редукувалися сенестопатичні, алгічні прояви, з'являлася впевненість у майбутньому, не висловлювалися побоювання за здоров'я. Істеричні порушення виступали тільки у формі невиражених поведінкових реакцій. До 10-го сеансу редукувалися, а в деяких випадках зникали вегетативно-судинні порушення.

Ступінь досягнутого поліпшення стану хворих був вищим при астенічному, ніж при тривожному та змішаному варіантах невротичної депресії, що було пов'язано не тільки з відносно ранньою редукцією менш широкого кола психопатологічних розладів, але й з меншою стійкістю їх супровідних вегетативно-судинних порушень, спектр яких при астенічній депресії був вужчим, а виразність — меншою, ніж при інших депресіях.

Узагальнення кількісних оцінок за окремими симптомами та варіантами станів дозволило встановити такі показники ефективності терапії в основній групі хворих: у 27 (50,9%) випадках — одужання (повна компенсація), у 22 (41,5%) — значне поліпшення, у 4 (7,6%) — поліпшення. У контрольній групі відповідно були відзначені: у 1 (3,7%) випадку — одужання, у 13 (48,2%) — значне поліпшення, у 11 (40,7%) — поліпшення, у 1 (3,7%) — незначне поліпшення і у 1 (3,7%) — змін не було. Ці дані свідчать про перевагу комбінації психофармако- і психотерапії з НВЧ-терапією над традиційним лікуванням за допомогою тільки психофармако- і психотерапії за показником кількості випадків одужання.

В основній групі найбільш високий результат одужання (повна компенсація) був отриманий у 12 (66,7%) з 18 хворих з астенічним варіантом невротичної депресії, у 10 (55,5%) з 18 із тривожним, у 5 (29,4%) з 17 хворих зі змішаним варіантом. Співвідношення хворих зі значним поліпшенням — відповідно 27,7; 38,9 і 58,8%. Статистична обробка за критерієм перевірки рівності біноміальних ймовірностей у 2 чи більше експериментах показала, що розбіжності статистично вірогідні ($p < 0,05$).

Висновки

1. У хворих з віддаленими наслідками закритої черпно-мозкової травми, які зазнали впливу чинників радіоекологічної катастрофи, завдяки НВЧ-терапії досягається антиастенічний, антидепресивний та помірний стимулювальний ефекти.

2. Застосування при невротичних депресіях НВЧ-терапії в поєднанні з психофармако- і психотерапією справляє виражений лікувальний ефект — одужання визначене в 50,9% випадків у порівнянні з 3,7% для контрольної групи.

3. Поряд з афективними й іншими психопатологічними проявами, НВЧ-терапія досить швидко виліковує і вегетативно-судинні порушення.

4. Терапевтична динаміка невротичної депресії при використанні НВЧ-терапії характеризується етапністю, що зумовлюється кількістю сеансів: перший етап — 2–3 сеанси; другий — 4–5; третій — 6–10 сеансів. Остаточна ефективність терапії залежить не тільки від особливостей проведення НВЧ-терапії (акупунктурний рецепт), але і від кількості сеансів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Герашенко, С. И.* Основы лечебного применения электромагнитных полей микроволнового диапазона / С. И. Герашенко. К.: Радуга. 1997. 223 с.
2. *Доброхотова, Т. А.* Исходы черепно-мозговой травмы / Т. А. Доброхотова // Нейротравматология: справочник: Под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. М.: Вазар-Ферро. — 1994. — С. 84–86.
3. *Карвасарский, Б. Д.* Неврозы / Б. Д. Карвасарский, М. — 1990. — 448 с.
4. *Карлов, В. А.* Терапия нервных болезней: Рук. для врачей / В. А. Карлов. — М: Шаг. 1996. — 653 с.
5. *Ковалев, А. А.* Механизм первичного влияния на кору головного мозга человека проявлений трансформации в его организме внешнего низкоэнергетического КВЧ-излучения / А. А. Ковалев, С. В. Пресняков // Миллиметровые волны в биологии и медицине. 1999. — № 2(14). — С. 25–36.
6. *Лихтерман, Л. Б.* Периодизация течения черепно-мозговой травмы / Л. Б. Лихтерман // Нейротравматология: справочник: пол. ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М: Вазар-Ферро. 1994. — С. 140–141.
7. *Матяш, М. Н.* КВЧ-пунктура: низкоинтенсивная стимуляция точек акупунктуры электромагнитным излучением миллиметрового диапазона / М. Н. Матяш, Н. В. Чухраев, Г. Е. Шимков. — К., 2001. — 152 с.
8. *Попов, В. Д.* Современные аспекты квантовой терапии в клинической медицине / В. Д. Попов. — К., 1996, — 133 с.
9. *Ситько, С. П.* Введение к квантовую медицину / С. П. Ситько, Л. Н. Мкртчян. — К.: Паттерн. 1994. — 145 с.
10. *Табеева, Д. М.* Руководство по иглорефлексотерапии / Д. М. Табеева. — М.: Медицина, 1980. — 560 с.
11. *Тышкевич, Т. Г.* Использование миллиметровых волн в нейрохирургии под электрофизиологическим контролем / Т. Г. Тышкевич, В. П. Берснев, Т. С. Степанова // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. — 1998. — № 1. — С. 30–33.
12. *Bioresonance and mulliresonance therapy (BRT)* / Ed. H. Brugemann. Brussels: Editions Haug International, 1993. — 355 p.
13. *Gandhi, O. P.* Some basic properties of biological tissues for potential biomedical applications of millimeter waves / O. P. Gandhi // J. Microwave Power. — 1983. — Vol. 18. — P. 295–304.
14. *Radio frequency radiation of millimeter wave length: potential occupational safety issues relating to surface heating* / K. L. Ryan, J. A. D'Andrea, J. R. Jauchem, P. A. Mason // Health Physics. 2000. — Vol. 78. — P. 170–181.
15. *Voll, R.* Topographische Lage der Messpunkte der Elektro-akupunktur / R. Voll. — Uelzen: ML-Verlag, 1977–1980. — Bd. 1. — 195 p.; Bd. 2. — 157 p.; Bd. 3. — 159 p.; Bd. 4. — 157 p.

**ДИНАМИКА АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, КОТОРЫЕ ПОДВЕРГЛИСЬ
ВЛИЯНИЮ ФАКТОРОВ РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ**

М. Н. Матяш

*Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П. Л. Шупика, г. Киев*

Сверхвысокие частоты электромагнитного излучения (СВЧ-терапия) применяли для лечения астенических состояний у больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ), которые подверглись влиянию факторов радиоэкологической катастрофы, сочетания с психотерапией и фармакотерапией. Лечили 82 больных с отдаленными последствиями ОПЗЧМТ, которые испытали влияние факторов радиоэкологической катастрофы, с астеническими состояниями (61 женщина и 21 мужчина): 55 больных основная группа и 27 — контрольная. В основной группе больным СВЧ-терапия проводилась в комплексе с психофармакологическим лечением и психотерапией, а в контрольной СВЧ-терапия не проводилась. Выздоровление в основной группе отмечалось в 50,9% случаев, значительное улучшение — в 41,5%, улучшение — в 7,6%. В контрольной группе выздоровления отмечалось 3,7 случаев, значительное улучшение — в 48,1%, улучшение — в 40,7%, в 7,5% изменения в состоянии не состоялись.

Ключевые слова: отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы, астения, депрессия, КВЧ-терапия.

**DYNAMICS OF ASTENIC SYNDROME FOR PATIENTS
WITH THE REMOTE CONSEQUENCES OF THE CLOSED
CRANIOCEREBRAL TRAUMA, WHO UNDERGOWN INFLUENCE
OF RADIOECOLOGICAL CATASTROPHE FACTORS**

M. N. Mathyash

National Medical Academy of Postgraduate Education named by P. L. Shupik, Kyiv

Ultra high frequency electromagnetic radiation (UHFER-therapy) combined with psychotherapy and pharmacotherapy was used for the treatment of asthenic states in patients with remote consequences of closed head injury (CHI), who were being influenced by factors of radioecological catastrophe. In total 82 patients were studied (61 women and 21 men): 55 patients composed the study group and 27 — control. Recovery in the study group was noted in 50.9% of cases, significant improvement — in 41.5% improvement — in 7.6%. In the control group without UHFER-therapy recovery was noted in 3.7% cases, significant improvement — in 48.1% improvement — in 40.7%, in 7.5% there were no change in the patients' state.

Key words: long-term consequences of closed head injury, fatigue, depression, short-wave therapy.