

ступеню важкості у фазі затухаючого загострення. Оцінка проводилась за допомогою визначення кількості серцевих скорочень та вибором дихальних проб з заданими ритмом дихання. Вибір дихальних проб був обумовлений їхньою чутливістю до змін симпато-вагусного балансу: у сторону симпатикотонії (при диханні 6 раз у хвилину) або парасимпатикотонії (при диханні 12 раз у хвилину).

Проведення функціональних проб з заданим режимом дихання дозволяє виявити адаптаційні та резервні можливості вегетативної нервової системи у регуляції серцевого ритму. Вибір дихальних тестів був обумовлений їхньою здатністю до змін симпато-вагусного балансу: у сторону симпатикотонії (при диханні 6 разів на хвилину), а при парасимпатикотонії (при диханні 12 разів на хвилину). Проведення функціональних проб з заданим режимом дихання дозволяє виявити адаптаційні та резервні можливості вегетативної нервової системи в регуляції серцевого ритму.

Серед хворих АД виявлено більша частина нормотоників в порівнянні з симпатотоніками та ваготоніками (48,2; 37 та 14,8%). Серед хворих на бронхіальну астму більшу частину склали симпатотоніки (46,8%), а ваготоніків та нормотоніків значно менше (29,3 та 23,9%). У групі здорових осіб більша частина нормотоніків та симпатотоніків (40,5 і 45%), менше ваготоніків (14,5%).

При проведенні функціональних проб з диханням 6 раз у хвилину в усіх обстежуваних хворих відмічається посилення симпатичного ланцюга вегетативної нервової системи та зменшення вагусної активності. При пробі з диханням 12 разів у хвилину динаміка носила зворотній характер (зменшення симпатичної активності та збільшення парасимпатичної). Дані результати показали кількість закономірностей у регуляції вегетативної нервової системи в групах обстежених. При пробі з диханням 6 разів у хвилину в усіх групах обстежених збільшилась міцність коливань, однак звертає на себе увагу той факт, що реакція у хворих та здорових різна. У хворих АД відмічається приріст тону симпатичного спектру, який пов'язаний з диханням і характеризується вагусною активністю, причому у хворих на АД десь у 5 разів менше, ніж у здорових і у 2 рази менше, ніж у хворих на бронхіальну астму, що дозволяє припустити недостатність симпатичного компонента у регуляції серцевого ритму у хворих на atopічний дерматит. Така гіперергична реакція зі сторони парасимпатичної нервової системи може бути відображенням функціональної неадекватності симпатичної нервової системи.

**Висновки.** За показниками варіабельності серцевого ритму виявлена гетерогенність хворих на АД: 48,2%, яких можливо віднести до нормотоніків, 37% - до симпатотоніків, 14,8% - до ваготоніків, при проведенні функціональних проб виявлена недостатність симпатичної ланки вегетативної нервової системи, хворі на АД потребують оцінки стану вегетативної нервової системи, результати чого обґрунтовують індивідуалізацію лікування.

### **КОНЦЕПЦІЯ З. ФРЕЙДА ПРИМЕНИТЕЛЬНО К НЕВРОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ**

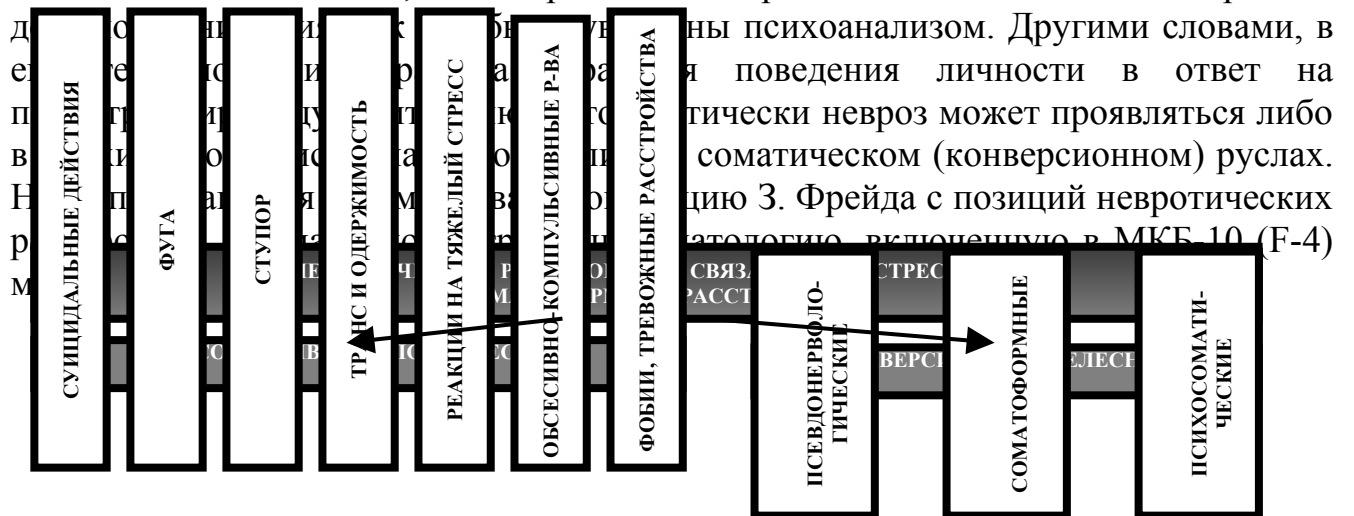
Скоробрега В. З., Стоянов А.Н.

Історично достовірно відомо, що З.Фрейдом запропоновані терміни «істерична дисоціація» та «істерична конверсія». Пропонується розглядати «невротичні розлади, пов'язані зі стрессом і соматоформні розлади» - (МКХ-10) в вигляді двох форм реакцій на стрес: дисоціативної, включаючої психічні розлади і конверсійної, включаючої тіленсні розлади. Запропонована шкала реакції на стрес згідно з принципом маятника, відображуюча ступінь тяжкості психогенних порушень. Ключові слова: конверсія; дисоціація; істеричні, невротичні розлади.

Введенная в действие Международная синдромальная Классификация Болезней (МКБ) 10-го пересмотра разрушила некоторые канонизированные представления отечественной неврологии. Из привычной классификации неврозов истерия исключена как нозологическая форма и предпочтение отдано термину «диссоциативный (конверсионный)», который объединил расстройства, ранее считавшиеся истерическими. Возникла ситуация, когда архаичный термин стал настолько привычным, хотя и не совсем понятным, однако ученые его принимают как должное, обходя «подводные камни» научного объяснения, и по-прежнему используют в клинической практике. Нововведение неоднозначно воспринято в широких научных кругах. Многочисленные публикации

последнего десятилетия демонстрируют разноречивые, иногда, полярные мнения авторов по указанной проблеме: от отождествления терминов [1,8,9] до сохранения приверженности к прежней клинико-нозологической терминологии [2,5]. Существуют мнения об использовании терминов «истерия», «истерический» для оценки личностного расстройства [6]. В свое время З. Фрейдом термины «диссоциация» и «конверсия» предложены применительно истерии: «истерическая диссоциация», «истерическая конверсия». На наш взгляд, З.Фрейдом был открыт закон невротического реагирования в виде 2-х форм: психической и телесной, на который сам автор и его последователи не обратили

д... е... п... в... Н... р... м... ны психоанализом. Другими словами, в... я поведения личности в ответ на... тически невроз может проявляться либо... соматическом (конверсионном) руслах... цию З. Фрейда с позиций невротических... атология, включенную в МКБ 10 (F-4)



ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ  
ДИАБЕТ  
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА  
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ДР.

Рис.1 Шкала реакции на стресс

Таким образом, шкала реакции на стресс отражает тяжесть нарушений в зависимости от «колебания маятника». На примере конверсионных расстройств отклонения от нулевой точки («здоровье») в виде псевдоневрологических проявлений расцениваются как более легкие (отсюда и выражение: «по типу условий приятности»).

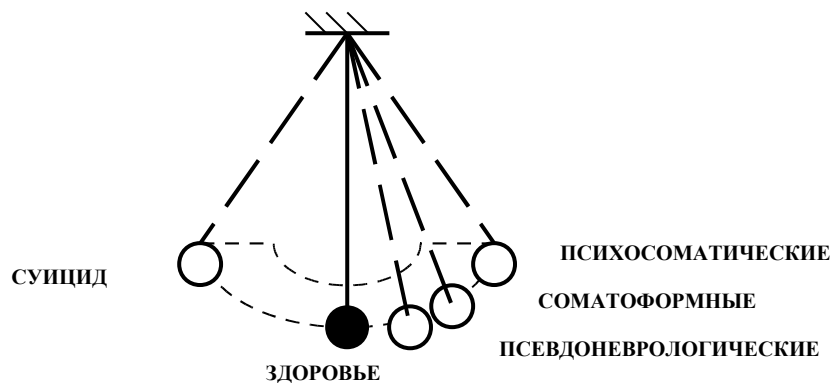


Рис. 2 Шкала реакции на стресс (принцип маятника)

Крайнее отклонение – психосоматические заболевания. Соматоформные расстройства занимают среднее положение, так как вызывают озабоченность здоровьем, но редко трансформируются в тяжелую соматическую патологию.

### Использованная литература.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.: ил.
2. Гарбузов В.И. Неврозы и психотерапия. – СПб.: «СОТИС», 2001. – 248 с.
3. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинев: Штинца, 1988. – 166 с.
4. Клиническая психология. /Под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб: Питер, 2007, - 1312 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
5. Михайлов Б.В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема. //Doctor. – 2002, № 6 - С. 9-12.
6. Руководство по неврологии по Адемсу и Виктору. Морис Виктор, Алан Х. Роппер. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 680 с.: ил.
7. Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. – 224с.
8. Смулевич А.Б. Пограничные психические расстройства. //Руководство по психиатрии под редакцией А.С. Тиганова.–М.:Медицина, 1999,Т.2.-С. 527-606.

9. Соматичні, соматоформні розлади та стресс. Навчальний посібник для лікарів-психіатрів, інтернів, лікарів загальносоматичної практики та сімейних лікарів. За редакцією д.м.н., професора Л.М. Юрєвої, Д., 2005.
10. Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формированию клинического диагноза болезней нервной системы. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 520 с.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ АКТОВЕГИН И КСЕФОКАМ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ**

Статинова Е.А., Момот Н.В., Антонова Л.Н., Фоминова Н.В., Прокопенко Е.Б.  
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

**Цель работы** – выработать комбинированную терапию вертебрального болевого синдрома у больных работоспособного возраста для уменьшения длительности пребывания на больничном листе. **Материал и методы исследования.** Проанализированы результаты лечения 50 больных (25 женщин и 25 мужчин в возрасте от 28 до 45 лет) с дискогенными радикулопатиями – 52%, рефлекторными болевыми синдромами позвоночника – 25%, травматическим болевым синдромом – 23%. Все пациенты были разделены на две однородные группы. Первой группе был назначен ксефокам в дозе 16 мг в сутки и актовегин по 200 мг (5 мл) внутримышечно в течение 10 дней. Второй группе был применен вольтарен 75 мг (3 мл) внутримышечно в течение 10 дней. Всем больным проводилось неврологическое, общеклиническое и биохимическое обследования, УЗИ внутренних органов, АКТ или МРТ поясничного отдела позвоночника. Одновременно обе группы получали стандартную комплексную терапию, физиотерапию, массаж, ЛФК, ИРТ.

**Результаты.** При использовании комбинации актовегина и ксефокама полное купирование болевого синдрома наблюдалось у 86% больных первой группы, по сравнению с 70% – второй группы. Благодаря сочетанному положительному влиянию ксефокама и актовегина реабилитация больных первой группы сократилась на 18% по сравнению со второй группой, длительность пребывания на больничном листе уменьшилась на  $5,2 \pm 1,3$  дней.

**Выводы.** Комплексное применение ксефокама и актовегина при вертебральных болевых синдромах усиливает анальгетический эффект, позволяет быстро купировать болевой синдром, пролонгирует эффект от лечения, ускоряет процесс реабилитации.

## **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Статинова Е.А., Селезнева С.В., Фоминова Н.В., Антонова Л.Н.