

“МЕДИЦИНА ТРАНСПОРТА – 2015”

Министерство здравоохранения Украины

ГП Украинский научно-исследовательский
институт медицины транспорта МЗ Украины

ГП Украинский медицинский центр безопасности дорожного
движения и информационных технологий МЗ Украины

Материалы III Международного конгресса

“МЕДИЦИНА ТРАНСПОРТА – 2015”

15 – 17 СЕНТЯБРЯ 2015 ГОДА

ОДЕССА 2015

“МЕДИЦИНА ТРАНСПОРТА – 2015”

ББК 51.245.2
УДК 616-057:656

Организаторы – основатели конгресса:

Министерство здравоохранения Украины
ГП Украинский НИИ медицины транспорта МЗ Украины
ГП Украинский медицинский центр безопасности дорожного движения и
информационных технологий МЗ Украины

Главный редактор Гоженко А.И.

Заместитель главного редактора Шафран Л.М.
Черный Ю.О.

Редакционная коллегия

Бадюк Н.С.
Белобров Е.П.
Евстафьев В.Н.
Лебедева Т.Л.
Панов Б.В.
Петренко Н.Ф.
Псядло Э.М.

Ответственный секретарь Квасневская Н.Ф.

Адрес редакции:

ул. Канатная 92, 65039, г.Одесса, Украина
Телефон: +38(048)722-12-92
e-mail: medtrans2@rambler.ru
natali_nimtr@rambler.ru
веб-сайт: www.medtrans.com.ua

Сборник материалов III Международного конгресса “**Медицина транспорта – 2015**” (15 – 17 сентября 2015 года). – Одесса: УкрНИИ медицины транспорта, 2015.- 248 с.

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ХВОРИХ НА
ПОСТТРАВМАТИЧНУ ЕПІЛЕПСІЮ**

**PECULIARITIES OF PSYCHO EMOTIONAL STATUS IN THE PATIENTS
WITH POSTTRAUMATIC EPILEPSY**

**Стоянов О.М., Муратова Т.М., *Бакуменко І.К., Вастьянов Р.С.
Павлішина Н.М., Стамова О.С., Гіль О.Л**

*Одеський національний медичний університет,
Одеська обласна клінічна лікарня

Протягом тривалого часу травматичну депресію трактували як емоційну реакцію на перенесене пошкодження. Пізніше було встановлено, що у формуванні депресивної симптоматики беруть участь соціальні, особистісні, біологічні чинники. Крім цього, наслідки травми можуть мати органічну природу в зацікавлених для патогенезу емоційних розладів структурах мозку. У цьому зв'язку необхідно враховувати локалізацію поразки. Частота і виразність депресивних і тривожних нашарувань часто пов'язана з передніми відділами мозку.

Необхідно враховувати, що окремі симптоми депресії можуть бути частиною самого епілептичного пароксизму, а також індукуватися протисудомними препаратами або провокуватися скасуванням останніх. Описаний феномен «насильницької нормалізації» як поява або загострення інтеріктальних психопатологічних розладів при купірування епілептичних нападів.

Обстежено 56 пацієнтів (середній вік склав $34,3 \pm 5,7$ років). Тривалість захворювання у середньому $6,4 \pm 2,6$ років. Тривожні симптоми, за даними госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), зареєстровані у 49 пацієнтів (87,5%). Депресивні переживання - у 50 хворих (89,3%). При цьому перераховані емоційні дисфункції поєднувалися між собою, виникали паралельно або незалежно один від одного. В цілому у чоловіків тривожні і депресивні розлади виникали дещо частіше (34 - 94,4%; 33 - 91,7% відповідно), ніж у жінок (15 - 75,0%; 17 - 85,0% відповідно), можливо це пов'язано з втратою можливості працювати, віком пацієнтів, небажанням звертатися до фахівців, уявлення про свою неспроможність, непотрібність.

Виражені депресивні переживання, що перевищують 11 балів за шкалою HADS, відзначалися у 29 (51,8%) пацієнтів. Співвідношення жінок склало - 16 (55,2%) до чоловіків - 13 (44,8%). Т.ч. тяжкість депресивних переживань, не зважаючи на переважання психоемоційних нашарувань у чоловіків в загалі, мала тенденцію зміщення в бік жіночого контингенту.

Тривожна симптоматика, що знаходиться в діапазоні клінічно значущої тривоги (більше 11 балів за шкалою HADS) зареєстровані у 31 (55,4%) пацієнта. Гендерний розподіл тяжкості тривожних симптомів також було на користь жінок - 19 (61,3%), кількість чоловіків склало - 12 (38,7%), $P < 0,05$. Відсутність достовірно виражених симптомів тривоги («норма») зареєстровано

“МЕДИЦИНА ТРАНСПОРТА – 2015”

у 7 пацієнтів; субклінічно виражена тривога - у 18 осіб; клінічно значуща - 31 пацієнта. У випадках субклінічно значущою і клінічно вираженої депресії - 21 і 29 пацієнтів відповідно. Відсутність симптоматики - у 6 хворих. Клінічно значуща депресивна симптоматика превалювала при тривалості ПТЕ більше чотирьох років: в середньому 6,7 років, причому у чоловічого контингенту в більш пізньому розвитку ПТЕ - 7,1 років, а у жінок цей термін скорочувався і склав 6,4 років.

Аналогічні тенденції були в відношенні тривожних переживань при ПТЕ, які виникали частіше, проте розвиток клінічно значущих симптомів відбувався довше - 8,0 років. При цьому у жінок тривога наростала швидше через 6,2 року, у чоловіків значно ($P < 0,05$) пізніше - 10,7 років.

Депресивні переживання легко виникали при симпатикотонії (52,0%). Вихідний тонуc ВНС при тривожних симптомах зареєстровано високий відсоток симпатикотонії - 63,3%.

Зустрічаємість ВК (з усіх випадків пароксизмального перебігу СВД) на тлі депресивних переживань у чоловіків склала 71,5%. При цьому на тлі субклінічної симптоматики - 57,1%; при клінічно значущої депресії - 14,3%. Ці дані вказують про коморбідності депресивних переживань і вегетативної дисфункції що властиво для ПТЕ. При наявності у жінок ці показники були вищими - 88,9%. На тлі субклінічної депресії 22,2%; вираженої депресії - 66,7%. Аналогічні дослідження на тлі тривожних симптомів можна трактувати як так само необхідний емоційний фон для розвитку ВК в 81,2% всіх випадків пароксизмального перебігу СВД. Субклінічна тривога склала у чоловіків 85,7%; у жінок 77,8%. При цьому повністю були відсутні вегетативні пароксизми у чоловіків з клінічно значущою тривоною, а у жінок ВК розвивалися досить часто (77,8%).

Отримані дані уточнюють значення і клінічні рамки ведучих синдромів, що в подальшому дозволить розробити більш ефективне лікування, підвищити якість життя з урахуванням виявлених особливостей симптоматики ПТЕ. Крім цього можлива розробка конкретних протипоказань до призначення ряду лікарських засобів які впливають або підсилюють негативні емоційні розлади, психовегетативні дисфункції.

Висновки:

1. У 87,5 % пацієнтів зареєстрована наявність тривожних, в 89,3 % депресивних переживань. У 55,4 % пацієнтів тривожні, а у 51,8 % депресивні симптоми були клінічно значущі.

2. Тяжкість депресивних переживань мала тенденцію до зсуву в бік жіночого контингенту ($P < 0,05$).

3. Клінічно значуща тривога та депресія корелювала з тривалістю перебігу посттравматичної епілепсії.

4. Психоемоційна симптоматика частіше супроводжувалася симпатичним напрямком вегетативного тонуcу.

5. Проведені дослідження вимагають подальшого вивчення можливостей використання ряду проти судомних засобів щодо надання останніми

нормотімічного, тімостабілізуючого ефектів, впливу на розвиток афективних психовегетативних неврозоподібних синдромів.

Ключові слова: посттравматична епілепсія, депресивна симптоматика, емоційні розлади.

Key words: posttraumatic epilepsy, depressive symptom, emotional disorder.

УДК 57.03

**СТРАТЕГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОПРОТЕКТОРОВ И
АДАПТОГЕНОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕДСТВИЙ
ОБЛУЧЕНИЯ АВИАПАССАЖИРОВ ВТОРИЧНЫМИ
КОСМИЧЕСКИМИ ЛУЧАМИ**

**USE OF RADIOPROTECTIVES AND ADAPTOGENES FOR
PRPHYLAXIS OF AIRTRANSPORT PASSENGERS IRRADIATION
BY SECONDARY COSMIC RAYS**

Сыроешкин А.В., Морозова М.А., Плетенева Т.В.

*Кафедра фармацевтической и токсикологической химии Медицинского
института, Российский университет дружбы народов (РУДН)*

Радиационная нагрузка при авиаперелетах превышает фоновую наземную в 30-100 раз в зависимости от маршрута авиалайнера [1]. При солнечных вспышках, сопровождающихся солнечными протонными событиями, и иных гелиогеофизических событиях мощность дозы облучения вторичными космическими лучами (ВКЛ) может превышать фоновую в 100 000 раз.

Дозы облучения ВКЛ на борту самолетов не вызывают массового поражения, но носят вероятностный характер в соответствии с современной безпороговой гипотезой воздействия радиации на живые организмы. Это означает, что никакие государства – участники МАГАТЭ, не будут предпринимать или требовать предпринимать специальных мер защиты авиапассажиров. Для каждого пассажира 100-1000-кратное увеличение радиационной нагрузки означает увеличение рисков возникновения новых заболеваний, в первую очередь иммунных и онкологических, перехода хронических заболеваний в активную форму, а также возрастание рисков нарушения развития плода и рисков бесплодия.

Мониторинг ухудшения здоровья авиапассажиров (диагноз и прогноз) может проводиться при организации специальной программы оперативного контроля здоровья, например, при комбинировании данных проекта Radose [www.radose.com].

Для каждого авиапассажира риск ухудшения здоровья (включая катаракту, бесплодия, рак) является индивидуальным побудительным стимулом для предотвращения последствий облучения путем приема радиопротекторов.