одіюють людині косметичні незручності та у більшості випадків викликають тяжку психічну травму. Проблема патологічного впливу косметичних дефектів та деформацій ділянки голови та шиї на психічне здоров'я, якість життя, адаптацію в суспільстві неодноразово з'ясовувались, але питання створення системи комплексної психотерапевтичної допомоги залишається не до кінця з'ясованим.

Метою нашого дослідження є оптимізація комплексної системи психотерапії невротичних розладів у хворих з дефектами та деформаціями голови та шиї, які готуються до реконструктивних оперативних втручань, з урахуванням клініко-патогенетичних механізмів формування зазначеної патології та виявити відмінності в реагуванні на хворобу в залежності від статі.

Основою даного дослідження є результати обстеження осіб, які готуються до реконструктивних втручань. 160 хворих були обстежені за допомогою клінічного та психодіагностичного методів. Перший етап обстеження відбувався протягом лікування у клініці, а другий був проведений через 3 місяці після оперативного втручання. Використовувались наступні методики: комплексне клініко-психопатологічне обстеження та шкала HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P.). У залежності від статі було виявлено як спільні стереотипні механізми реагування, так і певні відмінності особистісного реагування на стресову ситуацію. Виявлені наступні відмінності перебігу реактивного стану в залежності від статі: у жінок переважали астено-депресивний, тривожно-депресивний, істеричний та астенообсесивний синдроми, клінічна картина у чоловіків складалась переважно з іпохондричного, тривожного компоненту, що важливо для проведення психотерапевтичної допомоги.

На підставі наведених даних можна зробити висновок про значні відмінності розвитку реактивного стану у чоловіків та жінок. У жінок з дефектами та деформаціями ділянки голови та шиї він має поступовий характер, у чоловіків більш глибокий та гострий початок реактивного стану з вираженим психопатоподібним компонентом, що дає змогу врахувати періоди психологічної компенсації та декомпенсації, диференційовано сформувати адекватну систему психопрофілактичної та психотерапевтичної роботи з даним контингентом пацієнтів.

ЕНЦЕФАЛІТИ, ВИКЛИКАНІ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙН-БАРР ТА ЙОГО АСОЦІАЦІЄЮ З ІНШИМИ ГЕРПЕС-ВІРУСАМИ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА СТАНУ ГЕМОСТАЗУ

Виконавці: Гладка В.М., Пурденко Т.Й., Кривчун А.М.

Науковий керівник: проф. Литвиненко Н.В.

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Протягом останніх років у світі, в тому числі в Україні, спостерігається невпинне зростання частоти уражень нервової системи вірусної етіології. Сповіщається про ураження вірусом Епштейна-Барр нервової системи. На основі результатів клінічних, серологічних та молекулярно-генетичних досліджень показано, що у хворих на розсіяний склероз рівень інфікованості вірусом Епштейн-Барр сягає 90%. За даними літератури вищевказаний вірус є кофактором, що обумовлює ініціацію демієлінізуючого процесу внаслідок стимуляції синтезу аутоантитіл до нервової тканини.

Було проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів із енцефалітами та менінгоенцефалітами, спричиненими вірусом Епштейн-Барр (ВЕБ) – 1 група, та ВЕБ в поєднанні з вірусом простого герпесу 1,2 типу (ВПГ1/2), цитомегаловірусом (ЦМВ) – 2 група. В першій групі було 14 хворих, в другій – 8. Етіологічний діагноз підтверджувався знаходженням у ліквері чи крові фрагментів ДНК зазначених вірусів, а також проведенням імуноферментного аналізу з визначенням титру Ig M та IgG в крові хворих.

У всіх пацієнтів в обох групах захворювання мало гострий або підгострий перебіг. Вік хворих становив 28±3 роки. У 91% хворих мало місце підвищення температури тіла, у 84% - ураження пірамідного тракту (з них у 40% з розвитком геміпарезу), у 56% - окорухові порушення, у 21% – парестезії. Вегетативні розлади спостерігались в 100% випадків (у 14% з розвитком діенцефального синдрому), у одного хворого мала місце картина стійкого симпатогангліоніта з вираженими больовими проявами. Головні болі мали місце у 100% пацієнтів. Достовірно більш тяжкий перебіг мали асоційовані форми інфекції (ВЕБ+ВПГ чи ВЕБ+ЦМВ) з розвитком летального кінця у 14% хворих. При МРТ-обстеженні головного мозку у 50% пацієнтів мав місце демієлінізуючий процес. З урахуванням того, що для герпетичної інфекції (ВПГ 1/2) характерні розлади з боку згортання крові, доцільно було провести дослідження показників системи гемостазу при ВЕБ-енцефалітах.

При аналізі показників системи гемостазу у хворих ВЕБ мали місце подовження часу рекальцифікації, подовження АПТЧ - активованого парціального тромбопластинового часу (розвиток гіпокоагуляції) та скорочення часу агрегації тромбоцитів (активація тромбоцитарної ланки гемостазу). Поряд із цим спостерігалось збільшення концентрації фібриногену в сироватці крові. Вищевказані зміни свідчать про розвиток перехідної стадії ДВЗ-синдрому у хворих герпес-вірусними ВЕБ-енцефалітами.