

замісну терапію (ТТГ > 4,0 мМО/л). Середній вік пацієнток — $45,5 \pm 2,2$ року, тривалість перебігу гіпотиреозу — $2,9 \pm 0,8$ року.

Результати. При проведенні цифрової проби по таблицях Шульте найкращий час зафіксовано в 1-й групі — $48,0 \pm 3,4$ секунди, без помилок. У 2-й групі середній час виконання завдання становив $56,1 \pm 2,3$ секунди, з вираженими змінами у 41,6 % обстежених (по помилках у рахунку 8,3 % і в кольорі 12,5 %). У 3-й групі прогресивно збільшується час ($58,8 \pm 2,2$ секунди) і знижується якість виконання завдання з появою грубих порушень тесту (помилки в рахунку 19,3 % і помилки в кольорі 25,8 %; $p = 0,05$). У цій же групі визначається явна залежність між рівнем ТТГ і часом цифрової проби ($r = 0,60$; $p = 0,0003$).

Роботи з вивчення уваги мають суперечливий характер. Відзначено, що когнітивні розлади у хворих із набутою недостатністю щитоподібної залози тісно пов'язані не тільки зі зниженим умістом тиреоїдних гормонів, але і з розвитком цих порушень через негативний вплив на метаболічні процеси в мозку вторинних патогенних факторів, які провокують розвиток ішемії й гіпоксії головного мозку.

Емоційно-особистісні порушення за госпітальною шкалою тривоги й депресії більш виражені через депресивні розлади: клінічно вираженої депресії — 41,2 %, субклінічної депресії — 38,4 %. Клінічно виражена тривога виявлена лише у 16,0 % хворих.

При визначенні рівня депресії за опитувальником Бека в 1-й групі виявлено легку депресію у 50 %, у 2-й групі — наявність депресії у 66,6 % (16,5 % — тяжка, 25 % — помірна депресія), у 3-й групі — у 77,5 % обстежуваних (19,5 % — тяжка, 29 % — помірна депресія).

У групі некомпенсованого гіпотиреозу є тенденція до збільшення балів депресії за опитувальником Бека в міру збільшення ТТГ ($r = 0,31$; $p = 0,08$) і зниження рівня вільного T_4 ($r = -0,39$; $p = 0,03$).

Використання шкали Гамільтона у наших пацієнтів виявило симптоми тривоги у 55,5 % обстежених, виражений тривожний стан — у 20,6 % пацієнтів. У групі пацієнтів з еутиреозом виражений тривожний стан зазначався частіше (33,3 %), ніж у пацієнтів 3-ї групи (20,8 %; $p = 0,026$). За методикою Спілбергера — Ханіна тривожний стан визначали в усіх обстежених. У 2-й групі, незважаючи на компенсацію гіпотиреозу, зафіксований високий рівень і реактивної, й особистісної тривоги.

Висновки. Пацієнти, які приймають левотироксин, але не досягли компенсації гіпотиреозу, характеризуються вираженими депресивними розладами, глибина яких корелює з рівнем тиреотропного гормону й вільного тироксину. Терапевтичний ефект застосування комплексу левотироксину натрію й антидепресанту у хворих із компенсованим гіпотиреозом проявився зменшенням числа скарг, поліпшенням вегетативних, психоемоційних проявів і функції уваги.

УДК 616.43/45-07-08-084

Юрценюк О.С.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Структура психічних розладів при цукровому діабеті

Останніми роками відзначається патоморфоз психічних розладів при різних соматичних і ендокринних захворюваннях. Поряд з відомими факторами явищами астенії, депресії, дисфорії, нервової анорексії у структурі психічних порушень при цукровому діабеті (ЦД) усе частіше стали відзначатися тривожні розлади різного ступеня вираженості. В основі розвитку психічних розладів при ЦД лежить низка факторів соматогенного та психогенного характеру. Психічні розлади при ЦД залежно від контингенту обстежених хворих виникають у 1,3–100 % випадків. Поширеність даних розладів серед осіб похилого віку досягає практично 100 %.

Метою дослідження було вивчення структури психічних розладів при ЦД.

Матеріали та методи. Обстежені 22 хворі на ЦД 2-го типу віком від 43 до 78 років (середній вік — 60,5 року). У всіх хворих спостерігалися психічні

розлади різного ступеня вираженості. Для терапії неврозоподібних розладів і деменції у хворих на ЦД застосовували комбінацію препаратів інстенон, актовегін і гліцисед. Середня тривалість комбінованого курсу лікування становила 4 тижні. Основними методами дослідження були клініко-психопатологічні, клініко-анамнестичні, експериментально-психологічні. Використовувалися: шкала депресії Гамільтона, шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера — Ханіна, шкала GBS, шкала кількісної оцінки ступеня вираженості порушень психічних функцій І.Ф. Рошиної і Г.А. Жарікова, шкала загального клінічного враження.

Результати. У всіх обстежених хворих були виявлені ознаки астеничного синдрому, який проявлявся підвищеною фізичною та психічною втомлюваністю, виснажливістю, зниженням працездатності, загальною слабкістю, млявістю, розладами сну. Ас-

тенія супроводжувалася також вегетативними порушеннями: тахікардією, гіпергідрозом, коливаннями артеріального тиску, відчуттям спраги, голоду. При коливаннях рівня глюкози в крові та декомпенсації ЦД у хворих зростали емоційна лабільність, плаксивість, дисфорії, підвищена подразливість і збудливість. При цьому відзначалися афективні розлади, що виникали пароксизмально, у вигляді відчуття страху, тривоги, побоювання за своє майбутнє, на тлі зниженого настрою, з явищами слабкодухості. Астенія у 7 хворих супроводжувалася різким зниженням настрою. У цих хворих діагностувалися астенодепресивні розлади легкого й помірного ступеня вираженості. Характерною особливістю даних розладів була відсутність добових коливань настрою, рухової та асоціативної загальмованості, ідей самозвинувачення й самоприниження, а також суїцидальних тенденцій. Поєднання депресії і ЦД часто призводило до зростання ступеня тяжкості обох захворювань — збільшення частоти загострень депресії й кількості ускладнень ЦД. При депресивних розладах у хворих на ЦД похилого віку поглиблювалися інтелектуально-мнестичні порушення. У 9 пацієнтів була виявлена надмірна фіксація на своєму хворобливому стані, перебільшена стурбованість своїм здоров'ям. Серед даної групи у 4 хворих відзначалися сенестопатії у вигляді відчуття поколювання, викручування, свербіння, оніміння у різних ділянках тіла. Ці хворобливі відчуття мали лабільний характер і не залежали від рівня цукру в крові. Виявлення на фоні астенії у 3 хворих нав'язливих думок і страхів дозволило діагностувати у них обсесивно-фобічні розлади. Пацієнти страждали від нав'язливих страхів гіпоглікемічних реакцій, страхів виникнення ускладнень ЦД — ампутації ніг, сліпоти, кардіофобії.

У процесі розвитку захворювання на ЦД також відбувалося формування або загострення премор-

бідних психопатичних або невротичних рис характеру. Типовим було збільшення рівня тривожності, наростання експлозивності з елементами дисфорії. В осіб старших вікових груп виявлялися риси психоорганічного синдрому з інертністю мислення, в'язкістю, докладністю, виснаженістю. Взагалі, за даними сучасних досліджень, майже у 89,0 % хворих виявляються пограничні психічні розлади у вигляді неврозоподібних порушень і патологічного розвитку особистості.

Позитивна динаміка клінічної симптоматики в процесі лікування препаратами інстенон, актовегін і гліцисед відзначена в усіх хворих. Значне покращення психічного стану спостерігалось у 16 хворих. При цьому відбувалася повна редукція астенодепресивного синдрому, нормалізація лабораторних і гемодинамічних показників, редукція вегетативних розладів. У хворих покращувалися пам'ять, увага, знижувалася виснажливність, емоційна лабільність, покращувався настрій, значно зменшувалась кількість дисфорій, тривога. У 6 хворих відзначалося помірне покращення психічного стану. У пацієнтів цієї групи зберігалися психічні розлади невеликої інтенсивності — емоційна лабільність, субдепресивні розлади, вегетативна дисфункція. Експериментально-психологічні дослідження засвідчили покращення когнітивних функцій: поліпшення психомоторного темпу, здатності до концентрації уваги, зменшення втомлюваності при виконанні розумової роботи. У пацієнтів зменшилися виснажливність, важкість переключення, покращилися показники шкали з безпосереднього запам'ятовування п'яти слів.

Висновки. Запропонована методика спрямована на різні ланки патогенезу гіпоксії й ішемії, на компенсацію метаболічних порушень та редукцію астенодепресивних і когнітивних розладів при цукровому діабеті.

УДК 616.832-005-085.83:547.9

Яремчук О.Б.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Вплив голкорексфлексотерапії на стан показників окиснювальної та антиоксидантної систем у крові хворих на діабетичну енцефалопатію

Роль вільнорадикальних окиснювальних процесів у розвитку патології у даний час загальноприйнятою в усьому світі. Відомо, що найсприятливіші умови для розвитку вільнорадикальної патології існують у головному мозку. Найбільш високий уміст ліпідів і води, максимальне споживання кисню, наявність розвинутої системи біологічних мембран роблять головний мозок особливо чутливим до окиснювального ушкодження. Провідна роль продуктів ліпопероксидації — активних форм кисню

(АФК), радикалів і пероксидів — у патогенезі ішемії загальновізнана й обґрунтовує застосування в лікуванні інгібіторів пероксидного окиснення ліпідів, антирадикальних і антиоксидантних засобів. Голкорексфлексотерапія (ГРТ) є безпечним, економічно привабливим методом лікування. Зважаючи на дані про позитивний вплив ГРТ на стан окиснювальних процесів, доцільне вивчення антиоксидантної дії ГРТ у хворих на діабетичну енцефалопатію (ДЕ).