

163,38+2,01%. При высоком уровне ААТ к (GluR1) эпилептических припадков у больных этой группы зарегистрировано не было. Значительное повышение уровня ААТ к GluR1 субъединице AMPA рецепторов глутамата у больных со злокачественными глиомами отражает запуск механизмов некроза клеточных структур перифокальной зоны, реализуемых через глутамат-кальциевый каскад [5,10], который по темпу развития опережает потенциальную ирритацию мозговых структур с клиническими проявлениями в виде эпилептических припадков.

Литература

1. Гранстрем О.К., Дамбинова С.А. Роль глутаматных рецепторов в механизмах формирования эпилепсии // *Нейрохимия*. 2001. Т. 18. № 1. С. 19–29.
2. Дамбинова С.А. *Нейрорецепторы глутамата*. Л.: Наука, 1989. 279 с.
3. Лихтерман Л.Б. *Клиническая диагностика опухолей больших полушарий головного мозга*. М.: Медицина, 1976. 187 с.
4. Дамбинова С.А. Пат. 2112243 Российская Федерация, МПК G01N33/53, C12Q1/04, A61K39/00. Набор "ПА-тест" для диагностики неврологических заболеваний. № 95120299/13; заявл. 29.11.1995; опубл. 27.05.1998, Бюл. № 6.
5. Basic neurochemistry: molecular, cellular and medical aspects. Eds. by Siegel G.J. et al. 5th ed. N. Y.: Raven press, 1994. P. 867–884.
6. Carson B., Brem H. *Neurological Surgery* // *JAMA*. 1990. Vol. 263. N 19. P. 2658–3659.
7. WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System (2007) // Louis D.N., Ohgaki H., Wistler O.D. [et al.]. Geneva: WHO Press, 2007.
8. National survey of patterns of care for brain-tumor patients / Mahaley M.S. Mettlin C., Natarajan N. [et al.] // *Journal of Neurosurgery*. 1989. Vol. 71 (6). P. 826–836.
9. Matsumoto H., Ajmone-Marsan C. Cortical cellular phenomena in experimental epilepsy: interictal manifestations // *Experimental Neurology*. 1964. № 9. P. 286–304.
10. Olney J.W. New mechanisms of excitatory transmitter neurotoxicity // *Journal Neural Transmission. Supplementa-Springer*. 1994. Vol. 43. P. 47–51.
11. Said S.I. Glutamate receptors and asthmatic airway disease // *Trends in Pharmacological Science*. 1999. Vol. 20. N 4. P. 132–135.
12. Sontheimer H. Glutamate and tumor-associated epilepsy // *Oncotarget*. 2011. № 2. P. 823–824.

13. Glutamate release promotes growth of malignant gliomas / Takano T., Lin J.H., Arcuino G. [et al.] // *Nature Medicine*. 2001. № 7(9). P.1010–1015.

References

1. Granstrem OK, Dambinova SA. Rol' glutamatnykh retseptorov v mekhanizmaxh formirovaniya epilepsii. *Neurokhimiya*. 2001;18(1):19-29. Russian.
2. Dambinova SA. *Neuroretseptory glutamata*. L.: Nauka; 1989. Russian.
3. Likhtherman LB. *Klinicheskaya diagnostika opukholey bol'shikh polushariy golovnogo mozga*. Moscow: Meditsina; 1976. Russian.
4. Dambinova SA, inventors; Nabor "PA-test" dlya diagnostiki nevrologicheskikh zabolevaniy. Russian Federation patent RU 2112243. 1998. Russian.
5. Basic neurochemistry: molecular, cellular and medical aspects. Eds. by Siegel G.J. et al. 5th ed. N. Y.: Raven press; 1994.
6. Carson B, Brem H. *Neurological Surgery*. *JAMA*. 1990;263(19):2658-3659.
7. Louis DN, Ohgaki H, Wistler OD, et al. WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System (2007). Geneva: WHO Press; 2007.
8. Mahaley MS, Mettlin C, Natarajan N, et al. National survey of patterns of care for brain-tumor patients. *Journal of Neurosurgery*. 1989;71(6):826-36.
9. Matsumoto H, Ajmone-Marsan C. Cortical cellular phenomena in experimental epilepsy: interictal manifestations. *Experimental Neurology*. 1964;9:286-304.
10. Olney JW. New mechanisms of excitatory transmitter neurotoxicity. *Journal Neural Transmission. Supplementa-Springer*. 1994;43:47-51.
11. Said SI. Glutamate receptors and asthmatic airway disease. *Trends in Pharmacological Science*. 1999;20(4):132-5.
12. Sontheimer H. Glutamate and tumor-associated epilepsy. *Oncotarget*. 2011;2:823-4.
13. Takano T, Lin JH, Arcuino G, et al. Glutamate release promotes growth of malignant gliomas. *Nature Medicine*. 2001;7(9):1010-5.

УДК: 616.891-06:778.5

DOI: 10.12737/5910

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МИННО-ВЗРЫВНОГО РАНЕНИЯ, КАК ФАКТОР ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

С.М. КАРПОВ, Э.М. БАХАДОВА, А.Э. АПАГУНИ, А.Д. КАЛОЕВ

Ставропольский государственный медицинский университет, ул.Мира,310, г. Ставрополь, Россия, 355017

Аннотация. Проведено клиническое и нейрофизиологическое обследование 78 пострадавших после перенесенной минно-взрывного ранения (МВР), среди которых было 75 мужчин и 3 женщины. 1-ю группу составили больные с МВР в сочетании с черепно-мозговой травмой легкой степени и сопутствующими осложнениями – 51 (65,4%) пациент. 2-ю группу больные с МВР с периферическим поражением (ампутацией конечности) – 27 (34,6%) пациентов. Основное число больных приходится на возраст 30–40 лет (69,2%). Исследование выявило неврологические изменения, которые характеризовались проявлением общемозгового синдрома, церебральной симптоматики, эписиндрома, синдрома вегетативной дистонии и их сочетанием. Среднее количество сопутствующих симптомов вегетативной дисфункции у больных 1-й и 2-й групп было

достоверно ($p < 0,05$) выше относительно контрольной группы. Важно отметить, что при изучении состояния вегетативной нервной системы выявленные нами надсегментарные расстройства отличались полисистемностью и высокой степенью выраженности вегетативной дисфункции, с достоверным ($p < 0,05$) отличием от показателей контрольной группы.

Были выявлены нарушения в психоневрологической сфере и срыв механизмов адаптации в виде повышения уровня астении и тревоги. Наиболее выраженными, данные изменения были отмечены у больных с минно-взрывным ранением и черепно-мозговой травмой. Выявленная дисфункция вегетативной нервной системы в большинстве случаев приводила к повышению риска дезадаптации, что дополнительно усиливало проявления психопатологических нарушений.

Ключевые слова: минно-взрывное ранение, тревожность, депрессия, астения.

LONG-TERM CONSEQUENCES OF MINE EXPLOSIVE WOUNDS AS A FACTOR FOR NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS

S.M.KARPOV, E.M. BAHADOVA, A.E. APAGUNI, A.D. KALOEV

Stavropol State Medical University, Department of Neurology, Mira str., 310, Stavropol, Russia, 355017

Abstract. The clinical and neuropsychological examination of 78 victims after suffering mine explosive wounds (MEW), which included 75 men and 3 women, was carried out. The 1st group consisted of the patients with MEW in combination with traumatic brain injury mild and accompanying complications – 51 (65,4%) patients; the 2nd group was the patients with MEW with peripheral lesion (limb amputation) – 27 (34,6%) patients. The basic number of patients were age 30-40 years (69,2%). The study identified the neurological changes that showed by the manifestation of brain syndrome, cerebral symptomatic, epilepsy syndromes, vegetative dystonia syndrome and its combinations. Average number of associated symptoms of vegetative dysfunction in the patients of the 1st and 2nd groups were significantly ($p < 0,05$) higher relative to the control group. The authors note that the study of the vegetative nervous system identified supra-segmental disorders differed by poly-consistency and a high degree of expressiveness of vegetative dysfunction, with a significant ($p < 0,05$) difference from the parameters of the control group. Disorders in the mental sphere and the failure of adaptation mechanisms in the form of increase of the level of fear and anxiety were identified. The most pronounced changes were observed in patients with MEW and brain injury. Identified dysfunction of the autonomic nervous system in most cases led to an increased risk of desadaptation, which further intensified manifestations of psychopathological disorders.

Key words: mine-explosive wound, anxiety, depression, asthenia.

Введение. За последнее десятилетие рядом авторов [2,3,5,7,8] было справедливо отмечено значительное увеличение психоневрологических нарушений у больных, перенесших минно-взрывное ранение (МВР). В этой связи у больных с МВР в отдаленном периоде часто отмечаются трудности социальной и трудовой адаптации [6,9,10], проявляющиеся нарушением гармоничности межличностных отношений и социального статуса. Данные обстоятельства нередко приводят больных к депрессивным состояниям, астенизации, лабильности настроения [1,4,11]. В этой связи существует потребность к проблеме ранней диагностики психоневрологических нарушений, которые возникают у больных в отдаленном периоде после перенесенного минно-взрывного ранения.

Цель исследования – изучить психоневрологическое состояние в отдаленном периоде у больных, перенесших минно-взрывное ранение.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами проведено клиническое и нейрофизиологическое обследование 78 пострадавших после перенесенного МВР, среди которых было 75 мужчин и 3 женщины в возрасте от 30 до 48 лет (средний возраст больных $37,4 \pm 3,2$ лет). Всем больным проводилось клинико-неврологическое обследование по стандартной методике, которое включало использование шкалы «Системы оценок степени нарушений движения, тонуса, чувствительности и навыков»), и шкалы, для двигательного-рефлекторной и чувствительной сфер. Возраст пострадавших и характер МВР представлен в табл. 1.

Больные были распределены на две группы, где 1 группу составили 51 (65,4%) пациент с МВР в сочетании с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) легкой степени и сопутствующими осложнениями. 2 группу составили больные с МВР с периферическим поражением (ампутацией конечности) – 27 (34,6%) пациентов. Основное число больных

приходится на возраст 30-40 лет (69,2%). В контрольную группу, сходную по возрасту, вошли 25 здоровых испытуемых.

Таблица 1

Возраст пострадавших и характер перенесенного МВР

Характер МВТ	Число пострадавших	Возраст			
		30-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	Старше 45
МВТ с черепно-мозговой травмой. 1-я группа	51 (65,4%)	18 (23,1%)	20 (25,6%)	10 (12,8%)	3 (3,8%)
МВТ с периферическим поражением (с ампутацией). 2-я группа	27 (34,6%)	4 (5,1%)	12 (15,3%)	11 (14,1%)	0 (0%)
Всего	78 (100,0%)	22 (28,2%)	32 (41,1%)	21 (26,9%)	3 (3,8%)

Были изучены возможные скрытые уровни тревоги, депрессии, астении у больных, перенесших МВР. В этой связи нами использовалась шкала Гамильтона и Бека. Использование шкалы (MFI-20) давало возможность выявить у больных субъективную оценку астении. Подсчет баллов велся по 5 шкалам: общая астения, физическая астения, пониженная активность, снижение мотивации, психическая астения. Для определения реактивной и личностной тревожности, использовалась шкала Спилбергера, адаптированная на русский язык Ханиным Ю.Л. (1976 г).

Статистическая обработка проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, с использованием достоверности по Стьюденту [12], критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным не менее $p < 0,05$. Использовалась программа «SPSS 21».

Результаты и их обсуждение. Объективное клинико-неврологическое обследование позволило выявить органическую неврологическую симптоматику у больных

обеих групп в виде общемозгового синдрома, церебральной микросимптоматики, эписиндрома, вегетативной дистонии и их сочетание.

Общемозговой синдром в 1 группе был установлен в 27 (52,9%) случаях, во 2 группе у 11 (40,7%) пострадавших. Данный синдром преимущественно характеризовался жалобами на головную боль, чувством утренней тошноты, на высоте головной боли – периодическая рвота, общей слабостью, быстрой эмоциональной и физической истощаемостью, снижение памяти и внимания, а так же снижение круга интересов.

Синдром рассеянной церебральной микросимптоматики в 1 группе был диагностирован в 47 (92,2%) случаях, во 2 группе у 6 (22,2%) пострадавших. В структуре данного синдрома наблюдались глазодвигательные нарушения, недостаточность иннервации VII и VIII пар черепных нервов, а также вестибулярные и стаатоатактические расстройства. Учитывая давность МВР, данные симптомы нами были расценены, как стойкие клинические проявления.

Эписиндром в 1 группе был установлен в 5 (9,8%) случаях, во 2 группе у 2 (7,4%) больных. Было отмечено, что проявления данного синдрома возникли спустя не более 3 месяцев, после перенесенного МВР и характеризовались генерализованными эпилептиками от 1 до 3 минут. Все больные находились на диспансерном учете у эпилептолога и получали противосудорожную терапию.

Синдром вегетативной дисфункции преимущественно проявлялся в виде дистальной акрогипотермии, акроцианозом, дистальным гипергидрозом, ощущением сердцебиения, общего жара, парестезий в конечностях, которые проявлялись у больных 1 группы в 44 (86,3%) случаях, во 2 группе в 24 (88,8%) случаях. При этом количество признаков вегетативной дисфункции на одного больного составило в среднем $3,7 \pm 1,4$. Среднее количество сопутствующих симптомов вегетативной дисфункции у больных 1 и 2 групп было достоверно ($p < 0,05$) выше относительно контрольной группы. Важно отметить, что при изучении состояния вегетативной нервной системы выявленные нами надсегментарные расстройства отличались полисистемностью и высокой степенью выраженности вегетативной дисфункции, с достоверным ($p < 0,05$) отличием от показателей контрольной группы. Следует отметить, что в большинстве случаев у больных обеих групп нами были выявлены диссомнические нарушения, которые носили различный характер по степени и качеству сна.

Другим аспектом МВР в отдаленном периоде для больных явилось проявление тревоги/тревожности. Так субъективное проявление депрессии было выявлено у 29 (50,9%) больных 1 группы, и в 22 (81,5%) случаях 2 группы. В 76,9% больные обеих групп испытывали чувство беспокойства, тревожности, а в ряде случаев чувство страха, угнетения и другой психоневротической симптоматики.

В ходе исследование нами были выявлены ряд закономерностей с проявлением функциональной астении непсихотического характера. Среди обследованных больных были выявлены основные клинические проявления в виде рассеянности, снижения настроения, плохой концентрации внимания, быстрой истощаемости при выполнении ряда заданий, связанные с умственной нагрузкой, вялость и общая слабость. Следует отметить, что данные проявления были отмечены преимущественно у больных 1 группы.

Нами была проведена оценка уровня и степени депрессии у больных с последствием МВР с

использованием шкалы Бека. Результаты исследования дали возможность оценить степень возможных депрессивных проявлений. Полученные данные указывали на повышение уровня состояния депрессии у больных обеих групп относительно контрольной группы. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели депрессии у больных в отдаленном периоде МВР и лиц контрольной группы (шкала Бека)

Уровень депрессии	Обследованные пациенты				Группа контроля	
	1 группа (n=48)	%%	2 группа (n=25)	%%	(n=25)	%%
Норма	4	8,3	3	12	21	84
Мягкая	19	39,6	11	44	3	12
Умеренная	15	31,3	7	28	1	4
Сильная	10	20,8	4	16	-	-
Максимальная	-	-	-	-	-	-

Результаты исследования указывают, что степень депрессии по Шкале Бека носила сильный характер в 20,8% случаев в 1 группе, и в 16% во 2 группе. В 70% случаях в обеих группах депрессивные изменения носили умеренный и мягкий характер без четкого проявления в какой либо из групп относительно контрольной группы.

Использование шкалы Спилбергера позволило выявить повышение уровня личностной и реактивной тревоги. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели уровня личностной тревожности у больных с МВР в отдаленном периоде и контрольной группы

Уровень личностной тревоги	Обследованные пациенты				Группа контроля	
	1 группа (n=48)	%%	2 группа (n=25)	%%	(n=25)	%%
норма	5	10,3	3	12	20	80
низкая	9	18,8	11	44	4	16
умеренная	5	52,1	7	28	1	4
высокая	9	18,8	4	16	0	0

Из представленной таблицы видно, что наиболее значимые изменения уровня личностной тревоги были выявлены у больных с МВР 1 группы относительно второй и контрольной групп. Так умеренный уровень тревоги в 1 группе был выявлен в 52,1% случаев, во 2 группе этот показатель равнялся 28% (контрольная группа 16%). Необходимо отметить, что у 18% больных 1 группы был выявлен высокий уровень тревожности, во 2 группе он составил 16% (контроль 4%).

Другим критерием психического и физического состояния больных с последствием МВР может считаться наличие астении. Нами было проведено исследование по шкале субъективной оценки астении (MFI-20), где учитывалась общая астения (ОА); пониженная активность (ПА); снижение мотивации (СМ); физическая астения (ФА); психическая астения (ПА). Результаты исследования позволили выявить разную степень астении у больных. Показатели представлены в табл. 4.

По шкале ОА общий счет у больных 1 группы варьировал от 29 до 59 баллов (средний $45,9 \pm 2,89$). Во 2 группе средний балл у составил $36,4 \pm 2,71$. Результаты по другим шкалам позволили отметить следующую закономерность, где нами отмечен высокий процент больных с последствиями МВР 1 группы с разной степенью астенизации по всем шкалам. Следует отметить, что во 2 группе было выяв-

лено большое количество больных с признаками психической астении (84%), что может быть объяснено неостреобованностью больных в социальной среде и малой занятостью в трудовой деятельности.

Таблица 4

Показатели субъективной оценки астении по шкале (MFI-20) у больных разных групп с отдаленными последствиями МВР и контрольной группы

Исследуемые показатели	Обследованные пациенты				Группа контроля	
	1 группа (n=48)	%	2 группа (n=25)	%	(n=25)	%
общая астения	43	89,6	19	76	5	20
пониженная активность	41	85,4	13	52	3	12
снижение мотивации	45	93,6	17	68	1	4
физическая астения	37	77,1	11	44	2	8
психическая астения	46	95,8	21	84	6	24

Заключение. Таким образом, проведенное исследование выявило неврологические изменения, которые характеризовались проявлением общемозгового синдрома, церебральной микросимптоматики, эписиндрома, синдрома вегетативной дистонии и их сочетанием. Результаты исследования выявили нарушения в психоневрологической сферы и срыв механизмов адаптации в виде повышения уровня астении и тревоги у больных в отдаленном периоде после МВР. Наиболее выраженными данные изменения были отмечены у больных с сочетанным минно-взрывным ранением с ЧМТ. Выявленная дисфункция вегетативной нервной системы в большинстве случаев приводила к повышению риска дезадаптации, что дополнительно может усиливать проявления психопатологических нарушений.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Рук-во для врачей. -4е изд. Перераб. Доп. М. ГЭОТАР – Медиа, 2007. 720 с.
2. Бахадова Э.М., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Апагуни В.В., Хатуаева А.А., Карпов С.М. Особенности черепно-мозговой травмы при минно-взрывном травматизме (обзорная статья) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. №11. С. 72–75.
3. Белякин С.А., Егоров В.И., Лукьяненко А.В. Общие принципы лечения минновзрывных ранений ЛОР-органов // Военно-медицинский журнал. 2011. Т. 332. № 11. С. 20–23.
4. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 208 с.
5. Войновский Е.А., Ковалев А.С., Войновский А.Е., Пильников С.А., Ильин В.А., Мензул В.А., Баркалев М.А. Предварительная ампутация конечностей при минно-взрывной травме // Медицина катастроф. 2012. № 1. С. 38–41.
6. Назарова Е.О., Карпов С.М., Апагуни А.Э. Психоневрологический статус у пациентов с сочетанной травмой (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 1. С. 83–85.
7. Ославский А.И., Маслакова Н.Д., Киселевский Г.В., Машенко А.И., Борушко Ю.Б., Новицкий А.А., Флеров А.О., Чутай А.А. Минно-взрывное ранение челюстно-лицевой области // Медицинский журнал. 2010. № 3 (33). С. 154–156.
8. Сенчукова Т.Н., Гнездицкий В.В. Использование

компьютерной электроэнцефалографии при обследовании пострадавших от минно-взрывных ранений // Военно-медицинский журнал. 2007. Т. 328. № 8. С. 49–54.

9. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Шарипов Е.М. Новые подходы для оценки мозговой дисфункции при черепно-лицевой травме // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18. № 4. С. 127–129.

10. Христофорандо Д.Ю., Шарипов Е.М., Карпов С.М. Оценка мозговой дисфункции при черепно-лицевой травме // Фундаментальные исследования. 2011. № 11-1. С. 158–160.

11. Чутко Л.С. Тревожные расстройства в общеврачебной практике. Рук-во для врачей. СПб.: ЭЛБИ – СПб, 2010. 192 с.

12. Хадарцев А.А., Яшин А.А., Еськов В.М., Агарков Н.М., Кобринский Б.А., Фролов М.В., Чухраев А.М., Гондарев С.Н., Хромушин В.А., Каменев Л.И., Валентинов Б.Г., Агаркова Д.И. Информационные технологии в медицине. Монография. Тула: ТулГУ, 2006. 272 с.

References

1. Aleksandrovtsev YuA. Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva. Ruk-vo dlya vrachey. 4e izd. Pererab. Dop. Moscow: GEOTAR – Media; 2007. Russian.
2. Bakhadova EM, Karpov SM, Apaguni AE, Apaguni VV, Khatuaeva AA, Karpov SM. Osobennosti cherepno-mozgovoy travmy pri minno-vzryvnom travmatizme (obzornaya stat'ya). Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. 2013;11:72-5. Russian.
3. Belyakin SA, Egorov VI, Luk'yanenko AV. Obshchie printsipy lecheniya minnovzryvnykh raneniy LOR-organov. Voенno-meditsinskiy zhurnal. 2011;332(11):20-3. Russian.
4. Veyn AM, Voznesenskaya TG, Golubev VL, Dyukova GM. Depressiya v neurologicheskoy praktike. Moscow: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo»; 2007. Russian.
5. Voynovskiy EA, Kovalev AS, Voynovskiy AE, Pil'nikov SA, Il'in VA, Menzul VA, Barkalev MA. Predvaritel'naya amputatsiya konechnostey pri minno-vzryvnoy travme. Meditsina katastrof. 2012;1:38-41. Russian.
6. Nazarova EO, Karpov SM, Apaguni AE. Psikhonevrologicheskiy status u patsientov s sochetannoy travmoy (obzornaya stat'ya). Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya. 2014;1:83-5. Russian.
7. Oslavskiy AI, Maslakova ND, Kiselevskiy GV, Mashchenko AI, Borushko YuB, Novitskiy AA, Flerov AO, Chugay AA. Minno-vzryvnoe ranenie chelyustno-litsevoy oblasti. Meditsinskiy zhurnal. 2010;3(33):154-6. Russian.
8. Senchukova TN, Gnezditskiy VV. Ispol'zovanie komp'yuternoy elektroentsefalografii pri obsledovanii postradavshikh ot minno-vzryvnykh raneniy. Voенno-meditsinskiy zhurnal. 2007;328(8):49-54. Russian.
9. Khristoforando DYU, Karpov SM, Sharipov EM. Novye podkhody dlya otsenki mozgovoy disfunktsii pri cherepno-litsevoy travme. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2011;18(4):127-9. Russian.
10. Khristoforando DYU, Sharipov EM, Karpov SM. Otsenka mozgovoy disfunktsii pri cherepno-litsevoy travme. Fundamental'nye issledovaniya. 2011;11-1:158-60. Russian.
11. Chutko LS. Trevozhnye rasstroystva v obshchevrachebnoy praktike. Ruk-vo dla vrachey. SPb.: ELBI – SPb; 2010. Russian.
12. Khadartsev AA, Yashin AA, Es'kov VM, Agarkov NM, Kobrinskiy BA, Frolov MV, Chukhraev AM,

Gondarev SN, Khromushin VA, Kamenev LI, Valentinov BG, Agarkova DI. Informatsionnye tekhnologii v

meditsine. Monografiya. Tula: TulGU; 2006. Russian.

УДК: 616.832-004.2

DOI: 10.12737/5911

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА

Ж.И. МОЛЧАНОВА

ГБОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»,
ул. Мира, д. 40, г. Ханты-Мансийск, Россия, 628012, e-mail: hmgmi2006@mail.ru

Аннотация. Рассеянный склероз является самым распространенным демиелинизирующим заболеванием центральной нервной системы. В последнее время наблюдается увеличение частоты его случаев во многих странах, в том числе и в России. Среди основных причин этого – не только улучшение диагностики и повышение качества эпидемиологических исследований, но и реальный рост заболеваемости. Ранняя инвалидизация больных, быстрое прогрессирование обуславливают медико-социальную значимость этой проблемы. Нейропсихологические нарушения, часто встречающиеся при рассеянном склерозе, являются одной из важных составляющих в формировании клинической картины заболевания. Комплексное неврологическое, нейропсихологическое и исследование качества жизни проведены 43 пациентам с достоверным диагнозом рассеянного склероза, проживающим в северном регионе. Целью работы являлась попытка оценить клиническое значение нейропсихологических нарушений при этом заболевании, влияние эмоционально-когнитивной и мотивационной сфер, особенностей отношения к болезни на качество жизни пациентов с рассеянным склерозом. В данном исследовании для определения уровня качества жизни был использован опросник SF-36. При исследовании выявляются значимые различия физических, ролевых и социальных компонентов качества жизни в зависимости от наличия когнитивных нарушений у пациентов.

Ключевые слова: рассеянный склероз, качество жизни, когнитивные нарушения.

THE QUALITY OF LIFE IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS LIVING IN THE NORTH REGION, DEPENDING ON COGNITIVE STATUS

ZH.I. MOLCHANOVA

Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Str. Mira, 40, Khanty-Mansiysk, Russia, 628012, e-mail: hmgmi2006@mail.ru

Abstract. Multiple sclerosis is the most frequent disease of the central nervous system. An increase in multiple sclerosis frequency was registered in several countries including Russia. This may be associated with better multiple sclerosis diagnosis and treatment, better data collection and real increase in multiple sclerosis incidence. Early disability and its rapid progression emphasize the medico-social importance of multiple sclerosis. Neuropsychological disturbances are often observed in multiple sclerosis, being one of the important components in the formation of clinical disease. 43 patients living in the North region with definite multiple sclerosis and mild or moderate disability were tested with expended neuropsychological, neurological and study of quality of life. The purpose of the study was to analyze the role of cognitive, emotional and personal peculiarities at multiple sclerosis on quality of life. To assess quality of life the authors used SF-36. The results of this study of quality of life revealed significant differences in the physical, role and social components depending on the cognitive peculiarities.

Key words: multiple sclerosis, quality of life, cognitive peculiarities.

Введение. ВОЗ определяет *качество жизни* (КЖ) как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [2]. В 2004 г. Президент России впервые определил КЖ как целевой критерий социально-экономического развития России [6]. Ханты-Мансийский автономный округ – Югра один из немногих субъектов Российской Федерации, где законодательно закреплены механизмы и направления государственной политики качества жизни населения, посредством принятия Закона «О качестве жизни населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» [3]. Для больных с хроническими заболеваниями, не поддающимися излечению, качество жизни – основной показатель благополучия.

На трудоспособность и КЖ больных *рассеянным склерозом* (РС), помимо двигательных, чувствительных, мозжечковых и других очаговых неврологических нарушений, су-

щественно влияют изменения высших психических функций, на которые обращал внимание в своих лекциях еще Шарко (1875), и которые в некоторых случаях могут быть первым и/или доминирующим симптомом заболевания [1].

Таким образом, представляет несомненный интерес изучение клинических особенностей РС, в том числе высших психических функций, оценка качества жизни пациентов, страдающих РС и разработка на этой основе системы мероприятий, направленных на оптимальную личностно-средовую адаптацию больного.

Целью настоящей работы было изучение параметров КЖ у пациентов, страдающих РС, проживающих в северном регионе. Выявление особенностей КЖ у больных РС в сравнении со здоровыми респондентами, а также в отдельных группах пациентов в зависимости от наличия когнитивных нарушений.

Объекты и методы исследования. Исследование проводилось в 2010-2013 гг. в Ханты-Мансийском окружном