

15. Стійкість до впливу культури проявляється у співіснуванні з культурою та опором її впливу. Така людина здатна вибирати і засвоювати з культури те, що вважає добрим і відкидати те, що погане.

Система цінностей людей-актуалізаторів принципово відрізняється від системи, притаманної звичайній людині. Учениця А.Маслоу, Е.Шостром вважала актуалізатором Ісуса Христа позбавленого жодних людських недоліків. Серед американської популяції кількість самоактуалізованих особистостей становить, за даними А.Маслоу, 1 %. Найяскравішим представника-ми він називав А.Лінкольна і Т.Джефферсона. Серед тих, хто наближається до цього типу – А.Ейнштейн, А. Швейцер, Б.Спіноза; вірогідні представники, досліджені іншими авторами: Й.Гете, Шолом-Алейхем, Дж.Вашінгтон, Й.Гайдн, К.Піссаро, П.Кропоткін, У.Уйтмен та ін.

Нами було проведено соціологічне дослідження серед студентів груп СО-21, СО-22, СО-23 НУ «Львівська політехніка», яке охопило п'ятдесят респондентів. Проведене опитування стосувалося вивчення проблеми маніпуляції і самоактуалізації у житті сучасної людини. Переважаюча більшість опитаних, а точніше 90 % погодилися з твердженням, що людина-маніпулятор – це людина, яка з допомогою різноманітних прийомів і маневрів використовує і контролює інших людей з метою досягнення власних цілей. 66% респондентів визнали, що інколи маніпулюють іншими людьми, а 70 % не знають чи змогли б віднести себе до людей – актуалізаторів. 56 % опитаних не мають ані найменшого уявлення про визначення людини-актуалізатора, а 32% погоджуються з визначенням «людина-актуалізатор – це людина, яка прагне розкрити свій внутрішній потенціал, не приховує своїх почуттів, ставиться до інших людей як до особистостей, тобто суб'єктів». 20 % респондентів вважають себе актуалізаторами. Щодо причин маніпуляцій – 60% вважають що основна – маніпулювання зумовлене тим, що ми живемо у світі, де для того, щоб досягнути певних вершин необхідно маніпулювати іншими, 40% – прагнення тримати все і всіх під контролем, 30% – люди прагнуть визначеності і гарантованості у житті.

Отже, нас усіх оточує павутина людських маніпуляцій, яка примушує нас рухатися у наперед визначеному напрямку, приховувати свої істинні почуття, відмовлятися від повноти і прекрасності життя, робити інших людей об'єктами і самими ставати маріонетками у спектаклі, створеному іншими людьми. Особистості, яка прагне стати на шлях самовдосконалення, духовного розвитку, морального зростання, пошуку свободи, тобто само актуалізації, перш за все потрібно виявляти маніпуляції в собі і в інших, прийняти себе такими, якими є насправді, навчитися чесно і відкрито виявляти свої почуття, бачити в інших людях їхні особистості і індивідуальності. Нажаль самоактуалізаційні особистості – надзвичайна рідкість в сучасному світі. Але все залежить лише від нас. Наше життя і наше майбутнє залежить від нашого вибору – маніпуляції чи самоактуалізації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кашапов Р. Р. Курс практической психологии, или как научиться работать и добиваться успеха. – Москва: АСТ-ПРЕСС, 2006. – 443 с.
2. Фромм Э. Иметь или быть? – М.: Прогресс, 1986. – 237 с.
3. Цигульська Т. Ф. Навчальний посібник Загальна та прикладна психологія. Як допомогти собі та іншим. Курс лекцій. – Київ: видавництво «Наукова думка», 2000. – 190 с.
4. Шостром Э. Анти – Карнеги, или Человек-манипулятор. – Минск: Полифакт, 1992. – 128 с.
5. Maslow A. Toward a Psychology of Being. – N.Y.: Van Nostrand Reinhold, 1968. – 240 p.
6. Rogers C. On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin, 1961. – 420 p.

Н.В. МАЛЯРСЬКА, В.С. ВАСИЛЬКЕНКО

ОКРЕМІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ

В даній роботі описані клінічні прояви розсіяного склерозу, які зустрічаються не більше як у 10% випадків у хворих; проте вони вимагають особливої уваги при проведенні диференційної діагностики і оцінки ефективності лікування.

В представленной работе описаны клинические проявления рассеянного склероза, которые встречаются не более 10% случаев; но они заслуживают особенного внимания при проведении дифференциальной диагностики и оценки эффективности лечения.

In the article it is described clinical manifestations in multiple sclerosis that happen in no more than 10% of patients and require special attention while making differential diagnosis and assessing treatment's effectiveness.

Історія вивчення цієї патології починається з другої половини XIX століття, але і до сьогоднішнього часу цікавить широке коло науковців, лікарів різних спеціальностей. Дослідження проблеми розсіяного склерозу (РС) домінує серед демієлінізуючих захворювань центральної нервової системи. На даний час етіології та патогенезу РС присвячені десятки тисяч досліджень в різних країнах світу. Протягом останніх 50 років тільки в Європі опубліковані результати більше 200 епідеміологічних досліджень. В 1993 році, у зв'язку з ростом поширеності РС у всьому світі, було запропоновано змінити межі зон розповсюдження демієлінізуючої патології: для зони високого ризику - більше 50 випадків на 100 000 населення, зони середнього ризику – від 10 до 50 випадків та зони низького ризику – менше 10 випадків на 100 тис. населення.

На території України зареєстровано більше 10 тисяч хворих РС. Львівська область займає перше місце в Україні за загальною кількістю хворих (1427), а це становить 51,5 хворих на 100 тис. населення.

Особливе значення має своєчасна постановка діагнозу. Всім відомі труднощі, які виникають на час його встановлення, зокрема на ранніх етапах захворювання. Типові форми РС, на сьогоднішній день, не викликають значних утруднень при діагностиці, клінічна симптоматика та ядерно магнітний резонанс (ЯМР), який дає вичерпну інформацію про вогнища демієлінізації, у вигляді сигналу зниженої інтенсивності на T_1 та підвищеної інтенсивності на T_2 зображеннях чотирьох вогнищ демієлінізації або трьох в типових місцях, дозволяють з високою вірогідністю встановити діагноз розсіяного склерозу

Ми хочемо привернути увагу на деякі симптоми РС, які зустрічаються не більше ніж у 10% випадках. Складні топіко-структурні особливості, варіабельність та динамічність розвитку, різна інтенсивність демієлінізації аксонів та блок проведення нервового імпульсу в певних структурах мозку – все це створює основу для різноманіття проявів РС, формує різні співвідношення його клінічних компонентів, ступінь гостроти перебігу та кінцевий результат. Спільність основних клінічних змін, які включають в себе характерний тип імунохімічних та структурних порушень, визначає певну нозологічну природу захворювання та його клінічні рамки.

Симптоми ураження периферійної нервової системи на думку багатьох авторів є аргументом проти діагнозу розсіяний склероз. Причиною можуть бути вогнища демієлінізації у спинному мозку внаслідок первинного чи вторинного втягнення в патологічний процес самих корінців і сірої речовини спинного мозку. Клінічно це проявляється полінейропатичним синдромом моторного та сенсорного характерів, в поодиноких випадках – розвитком множинних невропатій. Одна з гіпотез виникнення цього синдрому опирається на переключення аутоімунних реакцій з компонентами центральної нервової системи на мієлін периферійної нервової системи (ПНС). Мієлін ПНС складається шванівськими клітинами. За своїми антигенними структурами він різниться від структури мієліну ЦНС протеоліпідним протеїном і збільшеною кількістю основного білка – мієліну. Антибіла, які виявляються до мієліноасоційованого глікопротеїну можуть служити причиною деяких форм демієлінізуючих полінейропатій. У 15-20% хворих з хронічними демієлінізуючими полінейропатіями при ЯМР виявляють демієлінізацію в перивентрикулярному просторі. При ранньому початку полі- чи мононейропатій доцільно більш ретельніше виключати інші причини цієї патології, не пов'язані з РС.

Виражені нейропсихічні порушення, що характерні для хворих з довготривалим розвитком РС. У деяких молодих людей (віком 20 років) може проявитися дебютом виражена деменція, пов'язана з ураженням лобової частки чи corpus callosum. Через виражену «лобову» симптоматику деякі автори визначили цей комплекс порушень як виражену субкортикальну деменцію. В 5-7% випадків початок чи загострення РС може проявитися вираженими психічними змінами: гострими психозами, галюцинаторно-деліріозним станом. При обстеженні хворого із загостренням ЯМР, вогнища демієлінізації розміщуються навколо темпорального рогу, в гіпокампі, тім'яних та мозочкових частках.

Гостра трансверсивна мієлопатія у 2-10% проявляється клінікою гострого поперекового синдрому спинного мозку з розвитком повного чи неповного синдрому Броун-Секара. Для цієї форми патології характерні й пізній початок, переважно з розвитком симптомів ураження спинного мозку і червоного нерва. При ЯМР спостерігається менша вираженість вогнищевих процесів у

перивентрикулярному просторі, в стовбурі мозку і мозочку, ніж при класичній формі захворювання. Існують дослідження, які підтверджують генетичні особливості цієї форми, у людей, в яких є алелі групи за системою гістосумісності людини (HLA) другого класу. Диференціальний діагноз слід проводити з розсіяним оптикомієлітом Девідса, постінфекційним та поствакцинальним мієлітами, мієлопатіями, які обов'язково супроводжуються пошкодженнями периферійної нервової системи.

Пароксизмальні стани реєструються в 5-7-17% випадків, а епілептичні напади мають місце в 1-2% хворих РС. Найбільш часто пароксизми провокуються фізичною активністю, психоемоційною напругою, переохолодженням, зоровим перенапруженням. Для РС характерні приступи підвищеного тонуусу і дизартрії, які рідко виявляються у хворих з іншою етіологією захворювання. Зустрічаються унілатеральні больові тонічні спазми у 2-5% хворих до 30 разів в день, при дослідженні ЯМР – вогнища розміщуються в контрлатеральних ніжках мозку, у внутрішній капсулі. Геміфаціальні спазми і лицеві міоклонії без паралічу мимічної мускулатури можуть виникати у хворих з великими вогнищами у стовбурі головного мозку, можливо внаслідок вторинного подразнення мотонейронів ядра лицевого нерва. Гострі епізоди дизартрій по 10-15 з частотою до 300 разів на добу супроводжуються підсиленням атаксії, пароксизмальними чутливими порушеннями та тонічними нападами. Ці напади є патогномонічними для РС і не мають відношення до епілепсії, тому що не мають змін на ЕЕГ. Однак найбільш ефективним засобом терапії є карбомазепін, що використовується при лікуванні епілепсії. Зустрічаються описи дебюту РС з гострої втрати слуху, гострі напади гикавки та зівоти. Найбільш яскравим проявом сенсорних пароксизмів при РС є синдром Лермітта, який зустрічається в 5-10% хворих і проявляється «прострілами», відчуттям поколювання, «проходженням струму» по спині від голови до ніг при розгинанні шії.

Виразений аферентний парез руки спостерігається у 2-5% випадків, особливо на ранній стадії захворювання, що має необхідність у проведенні диференційного діагнозу з вторинним корінцевим синдромом на шийному рівні. У хворих не змінюється почерк, але вони скаржаться, що не розпізнають дрібних предметів в кишенях (втрата глибокої чутливості). Ці клінічні прояви пов'язані з розвитком вогнищ в задніх канатиках спинного мозку з ураженням шляхів глибокої чутливості і розвитком аферентного парезу.

Вегетативні розлади супроводжують, як правило, тривалий процес демієлінізації, але можуть бути і на фоні дебюту. Найчастіше спостерігаються вестибуло-кохлеарні пароксизми та симпатико-адреналові кризи. Описані випадки порушення функції внутрішніх органів: набряк легень, приступи брадикардії, гострої дихальної недостатності, приступи артеріальної гіпотонії. Більшість хронічних вегетативних розладів корелює з наявністю вогнищ в стовбурі мозку, в білій речовині гіпоталамічної ділянки, особливо навколо III шлуночка. Вогнища в стовбурі мозку можуть бути причиною центрального синдрому Горнера, який виявляється у 2-3% хворих РС.

Біль при РС є досить частою скаргою у хворих, але її походження важко пов'язати з патоморфологією основної хвороби. В окремих випадках біль може проявлятися при вогнищах демієлінізації в таламусі, а також ушкодженні провідників глибокої чутливості. У 5-10% хворих можна виділити тригемінальну невралгію, пароксизмальні зміни тонуусу м'язів, синдром Лермітта та біль, пов'язаний з іншими супутніми захворюваннями. Близько в 1% хворих спостерігають невралгію трійчастого нерва, 40% хворих скаржаться на біль хронічного характеру через спазми кінцівок, порушення чутливості за типом дизестезій, хронічний біль голови судинного генезу та порушення циркуляції ліквору, біль в спині та кінцівках корінцевого походження.

Хоча ці клінічні прояви супроводжують перебіг РС і зустрічаються лише у 10% хворих, але вони потребують додаткової уваги як клініцистів так і науковців для проведення диференціальної діагностики, а також оцінки ефективності лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. – М., 1997. – с.217-226.
2. Гусев Е.И., Дубровская М.К., Аристов Р.А., Демина Т.Л., Санадзе Г.Г. Поражение периферической нервной системы при рассеянном склерозе. // Материалы областной научно-практической конференции по заболеваниям периферической нервной системы. – Кострома. – 1998. – С.7-9.
3. Коркина М.В., Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф. Психические нарушения при рассеянном склерозе. – Москва, Изд.УНД – 1986.
4. Мозолевский Ю.В. Воспалительные демиелинизирующие полинейропатии. // VII Всероссийский съезд неврологов (тезисы докладов - 10-12 октября 1995г.) – Нижний Новгород. – 1995: 129.

5. Хонджариан О.А., Завалишин И.А., Невская О.М. Рассеянный склероз. – Москва. – Медицина. – 1987.
6. Cumminos J.Z., Petry S., Dian Z et al. Organic personality disorder in dementia syndromes: an inventory approach. J.Neuropsych. Clin. Neurosci – 1990, 2: 261-267.
7. Fukazawa T., Hamada T., Tashiro K. et al. Acute transverse myelopathy in multiple sclerosis. J.Neurol. Sci. 1990, 100: 217-222.
8. Gentiloni N., Schiattino D., Della-Corte F. et al. Neurogenic pulmonary edema: presenting symptoms in multiple sclerosis. J.Neurol. Scr., 1992, 13: 435-438.
9. Kiza J., Harada M., Yamaguchi Y. et al. Hyperprolactinemia in multiple sclerosis. J.Neurol. Sci. 1991, 102: 61-66.
10. Zauer K. Multiple sclerosis in the Old World: the new old map. In: Fririnhafer W., Zauer K. (eds) Multiple Darmstadt: Zeuchtturm – Verlag ZTV Press, 1994:14-27.
11. Morarin M.A., Wilkins D.E., Patel S. Multiple sclerosis and serial computerised tomography. Arch.Neurol. 1980, 37:189-190.
12. Rose M.R., Ball J.A., Thompson P.D. Magnetic resonance. Imaging in tonic spasms of multiple sclerosis. J.Neurol. 1993, 241:115-117.
13. Stenager E.N., Stenager E., Koch-Henrikson N. et al. Suicide and multiple sclerosis: An epidemiological investigation. J.Neurol. Neurosurg Psychiatry. 1992, 55:542-545.
14. Wietholter H. Therapy der Immunoneuropathien. Aktuelles aus Diagnostik und Therapie in Neurologie. – Ганновер, ФРГ, 10-14 сентября, 1996.
15. Weir A.I., Hansen S., Ballantyne J.P. Motor unit potential abnormalities in multiple sclerosis. Further evidence for a peripheral nervous system defect. J.Neurol. Neurosurg Psychiatry 1980, 43:999-1004.

**Ю.М. ПАНИШКО, В.І. КОВЦУН,
Р.С. КОЗІЙ, В.В. ТАРАСОВ**

ДО ПИТАННЯ ПРО ІСТОРІЮ РОЗВИТКУ ГІДРОТЕРАПІЇ

Стаття розглядає деякі аспекти історії розвитку гідротерапії.

Статья рассматривает некоторые аспекты истории развития гидротерапии.

The article examines some aspects of history of development of hydrotherapy.

Перші відомі наuzzi великі рабовласницькі держави утворилися в басейні річок Нілу, Тигру, Євфрату, Хуанхе, Гангу. Розвиток культури і медицини, зокрема у перших великих рабовласницьких державах мав свою специфіку залежно від соціальних умов і географічних особливостей.

Лікувальні властивості багатьох природних факторів відомі з сивої давнини, елементарні споруди для водолікування в місцях джерел мінеральної води були аналогами бальнеологічних центрів. Інформація про лікувальні властивості води швидко розповсюджувалася за межі джерела мінеральної води і сприяла потужному паломництву багатьох хворих людей.

До числа найбільш старовинних матеріальних свідчень лікування мінеральними водами належать залишки споруд біля джерел вуглекислих вод в околицях швейцарського курорту Санкт-Відрі.

При розкопках у північно-західній Індії стародавнього міста Махенджо-Даро виявлено, що вже за 3000 років до н.е. була каналізація з трубами до 2 м в діаметрі, басейни при будинках (!)

Згадки про застосування води як лікувального засобу знаходимо в індійському епосі Рігведі (1500 р. до н.е.). Аюрведа (“Знання життя”) – літературна пам’ятка та джерело вивчення медицини була написана протягом IX-III ст. до н.е. Поряд із дієтологією, застосуванням біля 800 лікарських рослин, продуктів тваринного походження, мінералів описано значення води для лікування хворих людей.

Китайський народ на противагу іншим стародавнім народам зберіг численні писемні пам’ятки своєї культури, зокрема з розвитку медицини. Медичний кодекс “Нуці-Кінг” датовано 2657 р. до н.е. Універсальні засоби китайської медицини були дуже різноманітними. В працях давньокитайських лікарів містяться повідомлення про використання мінеральних вод для лікування хворих людей.