



межовими розладами) Чернівецької обласної психіатричної лікарні. Хворих із ПТСР поділили на дві групи, по 20 чоловіків у кожній. У I-у групу ввійшли військовослужбовці із ПТСР без органічних уражень головного мозку. У II-у групу віднесені військовослужбовці із ПТСР та ЗЧМТ в анамнезі (частіше - контузії).

Для рішення завдань проводили клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне і експериментально-психологічне дослідження всіх хворих з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. Результати інтерв'ю оброблялись за допомогою алгоритму стандартизованої статистичної програми SPSS for Windows, версія 9. Використовували такі психодіагностичні методики: САН (самопочуття, активність, настрій), оцінки показників особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером, опитувальник депресивності Бека. Обробку даних здійснювали за методом варіаційної статистики з використанням критерію t Стьюдента.

Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР дав змогу виокремити декілька його варіантів: астеничний - у 22 (55%) пацієнтів, тривожно-фобічний - у 14 (35%) хворих, істероформний - у 6 (15%) хворих, депресивний - у 23 (57,5%) хворих, дисфоричний - у 10 (25%) хворих, іпохондричний у 7 (17,5%) хворих, соматоформний - у 6 хворих (15 %) та змішаний - у 3 (7,5) % хворих на ПТСР. У I-ій групі військовослужбовців із ПТСР визначали такі психопатологічні синдроми: астеничний - у 9 (45%), тривожно-фобічний - у 5 (25%), істероформний - у 2 (10%), депресивний - у 9 (45%), дисфоричний - у 4 (20%), іпохондричний - у 3 (15%), соматоформний - у 3 (15%) та змішаний - у 1 (5%) хворих. У II-ій групі військовослужбовців із ПТСР та ЗЧМТ в анамнезі (частіше - контузії) визначали такі психопатологічні синдроми: астеничний - у 13 (65%), тривожно-фобічний - у 9 (45%), істероформний - у 4 (20%), депресивний - у 17 (70%) дисфоричний - у 6 (30%), іпохондричний - у 4 (20%), соматоформний - у 3 (15%) та змішаний - у 2 (10%) хворих.

Практично всі пацієнти мали розлади вегетативної регуляції. Крім того, їх постійно турбували порушення сну, що проявлялися у вигляді проблем із засинанням або ж характерні жажливі, тривожні сновидіння під час глибокого сну. На тлі порушення сну, відчаю, безвиході, песимістичної оцінки ситуації у 45-70% пацієнтів розвивалася депресія.

Депресія при ПТСР після ЗЧМТ переважно поєднувалась із тривогою, страхом залишатися на самоті із собою, страхом смерті. Скарги на почуття тривоги супроводжувалися відчуттям серцебиття, нестачі повітря, несистематичними запамороченнями, епізодичним головним болем напруження, відчуттям дискомфорту в ділянці серця. Окрім депресії, у багатьох хворих виявлена тривожність. Реактивна тривожність становила 42,3 бала, а особистісна тривожність - 51,2 бала. Рівень тривожності, депресії і загальної психопатологічної симптоматики у II-ій групі бійців по всіх шкалах виявився вищим, ніж у I-ій групі.

Система лікувально-реабілітаційних заходів для хворих на ПТСР містила психофармакотерапію, психотерапію і психологічну корекцію. Психофармакотерапія і групова психотерапія були найбільш вдалим терапевтичним підходом для лікування пацієнтів із ПТСР. Застосування психотерапії у складі комплексної психофармакотерапії дало можливість знижувати дози інших психотропних засобів, що сприяє не тільки оптимізації лікування, а також запобіганню виникнення небажаних ефектів.

У клінічній картині ПТСР на тлі перенесеної ЗЧМТ зростає частота психопатологічних проявів депресивного синдрому на 25%, астеничного і тривожно-фобічного на 20%, дисфоричного - на 10%. Комплексне застосування медикаментозних та психотерапевтичних заходів в системі надання медико-психологічної допомоги учасникам АТО дозволяє оптимізувати лікування, глибоко вивчити і виявити в обстежуваних психічні травми, що отримані в умовах бойової обстановки, і провести їх корекцію.

Дослідження свідчать про актуальність проблеми та показують перспективи для подальшого вивчення ПТСР, найбільш важливими в них є пошук доказів клінічних корелятив між симптоматикою ПТСР, оцінкою когнітивних функцій і морфо-функціонального стану мозку.

Кривецька І.І.

ПАРОКСИЗМАЛЬНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка

Вищій державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Пароксизмальні стани зустрічаються приблизно у 16% хворих на розсіяний склероз у вигляді епілептичних та неепілептичних синдромів, які нерідко викликають утруднення в діагностичному процесі на початку розвитку захворювання.

Метою нашого дослідження було вивчити клінічні особливості тонічних спазмів у хворих на розсіяний склероз та співставити їх з вогнищами ураження на МРТ. В дослідження були включені 26 хворих з встановленим РС, серед них 14 жінок та 12 чоловіків. Середній вік хворих склав $36 \pm 1,2$ роки. Середня тривалість захворювання до моменту обстеження склала $34,4 \pm 5,2$ міс. Всім пацієнтам проводилось МРТ дослідження головного мозку (на апараті з потужністю поля 1,0 Тесла) за стандартною програмою T1, T2 режими та зважених за протонною щільністю та з контрастуванням магнєвіємом.

Тонічні спазми клінічно проявлялися як короточасні тонічні скорочення м'язів кінцівок і супроводжувалися вираженим болем. У п'ятьох хворих чоловічої статі та трьох жінок тонічні спазми були дебютним симптомом РС. Їхньою особливістю, на відміну від описаних в літературі, було розгинання руки в ліктьовому та згинання в променево – зап'ястковому суглобах, розгинання ноги в кульшовому та колінному



суглобах. Спазм стартував з ноги і розповсюджувався на руку. Тривалість пароксизму складала від декількох секунд до декількох хвилин. У решти хворих (7 чоловіків та 11 жінок) тонічні спазми виникли на третьому році хвороби і у чотирьох з них супроводжувалися втягненням м'язової мускулатури. Цікавим був той факт, що тонічні спазми в трьох пацієнтів з вперше встановленим РС провокувалися звуком мобільного телефону, у п'ятьох дотиком холодного предмету до ноги, у решти виникали спонтанно.

При аналізі МРТ було встановлено, що у всіх хворих з дебютом РС у вигляді тонічних спазмів були активні вогнища демієлізації в головному мозку, які локалізувалися перивентрикулярно в ділянці заднього стегна внутрішньої капсули поблизу сочевицеподібного ядра і тільки у семи хворих з геміспазмом були субтенторіальні вогнища демієлізації в ділянці варолієвого моста. Пульс терапія, що застосовувалася у хворих з загостренням РС, повністю компенсувала тонічні спазми. У частини хворих в період ремісії ефективною була терапія антипароксизмальними засобами і у шістьох хворих підібрати ефективне лікування не вдалося.

Кричун І.І.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТО-СУДИННИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОЇ ДИСКОГЕННОЇ ЛЮМБАЛГІЇ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Вегето-судинні порушення які виникають в процесі розвитку любых захворювань людини впливають на їх перебіг і повинні враховуватись при лікуванні. На сьогодні є мало вивченими надсегментарні вегетативні порушення при неврологічних проявах остеохондрозу поперекового відділу хребта. Тому ми поставили собі за мету вивчити клінічні особливості синдрому вегето-судинної дистонії (ВСД) у хворих із загостренням хронічної дискогенної люмбалгії.

Обстежено 32 хворих чоловічої статі (середній вік – $25,53 \pm 7,1$) на хронічну люмбалгію внаслідок кили диску LIV-LV у фазі загострення. Вивчені показники порівняні з аналогічними показниками у 10 здорових осіб аналогічного віку. Для дослідження вегетативних порушень були використані опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін та схема дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень (Вейн О.М., 2000). Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою програми "BioStat" та програми Excel з пакету програм Microsoft Office 2007 з використанням кутового Фішера.

За результатами клініко-неврологічного обстеження у 26 хворих ВСД був діагностований гіперонічний тип ВСД та у 6 – гіпотонічний. У хворих з діагностованим гіпертонічним типом ВСД статистично вірогідно порівняно з контролем за критерієм Фішера переважали наступні ознаки: схильність до поблідіння обличчя у 53%, оніміння чи похолодіння пальців кистей і ступнів 61,8%, гіпервентиляційний синдром 50%, лабільність АТ та пульсу, наявність підвищеної тривожності, астенія. Часто відмічались запаморочення, головний біль давлючого характеру в скронях, який проходив після прийому спазмолітиків.

Таким чином, у хворих на неврологічні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта частіше зустрічаються вегето-судинні порушення за гіпертонічним типом, що можна пояснити активацією симпатичної нервової системи на тлі больового синдрому. Тому в комплексному лікуванні таких хворих слід використовувати вегетокоректори.

Пашковський В.М.

ВЕРТЕБРОГЕННІ БОЛЬОВІ СИНДРОМИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема больового синдрому у хворих на розсіяний склероз (РС) на сьогодні набуває все більшої актуальності. Роботи останніх років свідчать про те, що не менше 2/3 пацієнтів із РС (від 50 до 80 %) в тій чи іншій мірі страждають від болю, при цьому не менше 40 % з них характеризують його як постійний. Хворі на РС при наявності больового синдрому більш інвалідизовані і соціально дезадаптовані, ніж хворі з аналогічним неврологічним дефектом, але без больового синдрому.

Вертеброгенні больові синдроми (ВБС) при РС формуються під впливом декількох факторів, серед яких найчастіше є вогнища демієлізації, дистрофічні зміни хребта та остеопороз. При РС ВБС має свої особливості. Це - ранній початок, довготривалий біль без чітких періодів погіршення і покращення, м'язово-тонічні порушення помірно виражені і спостерігаються в усіх відділах хребта, корінцеві розлади не тяжкі, досить часто супроводжуються симптомом Лермітта, на рентгенограмах - дистрофічні зміни незначні, що не відповідає тривалості та інтенсивності больового синдрому, а також неспецифічність стандартної, комплексної терапії. При МРТ-дослідженні є можливість виявляти вогнища демієлізації на рівні протрузій міжхребетних дисків.

З огляду на наявність ВБС у хворих на РС ця тема є актуальною і вважаємо за доцільне вивчити особливості клінічних проявів ВБС, особливо на початку захворювання.

Метою роботи було вивчення клінічних особливостей ВБС та їх характер у хворих на РС, особливо на початку захворювання, для оптимізації лікувально-діагностичних засобів.