



Психоневрологічні розлади при епілепсії є одним з найважливіших компонентів клінічної картини захворювання, що істотно впливають на якість життя і соціальну адаптацію пацієнтів. До них відносяться когнітивні, афективні і поведінкові розлади, серед яких порушенням когнітивної сфери належить провідне місце. До найбільш частих проявів когнітивної дисфункції при епілепсії відносяться порушення пам'яті, уваги і брэдифренія в міжприступному періоді.

Когнітивні розлади, що формуються на тлі епілепсії носять хронічний часто прогресуючий характер, проявляються порушенням низки вищих кіркових функцій, включаючи пам'ять, мислення, орієнтування, розуміння, рахунок, здатність до навчання, мову, мислення при збереженні свідомості. У патогенезі порушень важливу роль відіграють різні фактори: органічні ушкодження структур мозку, нейрональна дисфункція, міжприступна епілептична активність, повторні напади, а також прийом певних протиепілептичних препаратів, які призводять до агравації нападів.

Когнітивні розлади виникають внаслідок атрофічних порушень, які особливо часто розвиваються в гіпокампі - провідному центрі когнітивної сфери в ЦНС і спричиняють зменшення кількості нейронів і розвитку гіпокампального склерозу. На думку деяких авторів, когнітивні порушення при епілепсії в основному пов'язані з розвитком нейродегенеративного процесу, а гіпокампальна атрофія - своєрідний маркер пригнічення когніції. Своєї максимальної виразності когнітивні порушення досягають при епілептичній енцефалопатії, що супроводжується деменцією.

Незважаючи на численні дослідження епілепсії і її наслідків, когнітивні порушення внаслідок даного захворювання вивчені недостатньо, їх наслідки призводять до порушення соціального функціонування, спричиняють зниження рівня якості життя і підвищення частоти інвалідизації пацієнтів.

В результаті запланованого дослідження будуть вивчені клінічні, індивідуально-психологічні, патопсихологічні властивості та якість життя пацієнтів з епілепсією та систематизовано когнітивні розлади недементного рівня, їх взаємозв'язки з клінічними особливостями, формами епілептичної хвороби, соціально-психологічними особливостями та емоційним станом пацієнтів. Планується застосування сучасних методик для визначення рівня уражень та когнітивних тренінгів з метою зменшення когнітивного дефіциту пацієнтів, що страждають на когнітивні порушення недементного рівня внаслідок епілепсії. Практична значущість результатів дослідження, полягає у поліпшенні якості надання спеціалізованої медичної допомоги, зокрема, раннього виявлення, профілактики та лікування когнітивних розладів у пацієнтів, що страждають на епілепсію.

Впровадження науково обгрунтованого та розробленого в ході роботи комплексу психотерапевтичних та психокорекційних заходів, дозволить підвищити якість лікування хворих на епілепсію з когнітивними розладами, досягти покращення соціального функціонування та якості їх життя.

Герасим'юк І.Г.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

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

Психічні розлади в учасників бойових дій, що виникли під час військових дій є однією із головних внутрішніх перешкод для повернення до цивільного життя. На вже наявні, пов'язані з війною ПТСР, нашаровуються нові розлади, обумовлені стресами, пов'язаними з соціально-психологічною дезадаптацією.

Метою дослідження було дослідити поширеність виникнення психічних та поведінкових розладів демобілізованих військовослужбовців Чернівецької області.

Для дослідження психічного стану військовослужбовців, учасників бойових дій в зоні АТО, було опрацьовано дані пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні ЧОПЛ протягом 2017 року.

Серед отриманих результатів найбільшу питому вагу становили хворі з невротичними, пов'язаними зі стресом і соматоформними розладами, - 43,9%; друге місце посіли органічні, включно з симптоматичними, психічні розлади - 26,2%; третє - неспихотичні психічні розлади органічного походження - 23,7%. Усі інші види розладів психіки мали значно меншу питому вагу, але саме їх наявність у вивченому контингенті хворих потребує подальшого пильного розгляду у зв'язку з характером і глибиною порушень. Так, питома вага хворих на шизофренію та гострих і транзиторних маячних розладів становило по 0,5%. Частка хворих на афективні розлади сягала 1%. Невеликою виявилась питома вага хворих із розладами особистості - 2,0%.

Таким чином, вказана проблема відносно нова для сучасної психіатрії в Україні, викликає інтерес та потребує подальших досліджень.

Жуковський О.О.

ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ 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 розсіяного склерозу (РС) актуальна в Україні, оскільки РС є другою причиною інвалідизації серед захворювань нервової системи. Сучасна особливість перебігу захворювання - це високий ризик швидкого формування стійкого незворотного неврологічного дефіциту та інвалідності уже в дебюті хвороби. У більшості



хворих на розсіяний склероз спостерігаються когнітивні розлади, які зумовлюють порушення соціальної активності та погіршення якості життя.

За звітний період було обстежено 34 хворих на РС віком від 24 до 55 років (у середньому $33,1 \pm 1,4$ роки). Нами виявлено значущі когнітивні порушення, ступінь яких прямо залежить від варіанту перебігу, стадії, тривалості захворювання. Частота когнітивного дефіциту у хворих РС склала 73,5%. Когнітивні порушення спостерігаються у 59% хворих, легкі дементні порушення у 35,0% пацієнтів і в 5,8 % випадків - деменція середнього ступеня. При ремітуючому варіанті перебігу РС частіше розвиваються когнітивні розлади, при вторинно-прогресуючому варіанті перебігу - деменція і когнітивні порушення. Когнітивний дефіцит при РС характеризується порушенням швидкості обробки інформації, короткочасної пам'яті, концентрації уваги, виконавчих функцій, мови, в меншій мірі порушенням зорово-просторових властивостей. Когнітивні порушення при РС носять прогресуючий характер. Прогресування відзначається переважно за рахунок наростання вираженості дізрегуляторних і нейродинамічних розладів, порушень зорово-просторових функцій.

Показники когнітивних викликаних потенціалів об'єктивно відображають стан вищих мозкових функцій при РС. Показники латентного періоду P300 зростають при ремітуючому РС, більшою мірою - при вторинно-прогресуючому РС, прямо залежать від стадії патологічного процесу і відображають уповільнення когнітивних процесів. Рівень когнітивних порушень корелює зі ступенем атрофічного процесу головного мозку, що підкреслює важливу роль дифузного демієлінізуючого і нейродегенеративного пошкодження речовини головного мозку в механізмах розвитку когнітивних розладів при розсіяному склерозі.

Таким чином, у хворих на розсіяний склероз з метою раннього виявлення когнітивних порушень необхідно проводити нейропсихологічне тестування та дослідження когнітивних викликаних потенціалів, які потребують подальшого спостереження і корекції.

Карвацька Н.С.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ СХЕМИ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД НА ТЛІ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЗАЛЕЖНО ВІД КЛІНІЧНОГО ВАРІАНТА РОЗЛАДУ

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

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Питання діагностики, лікування та профілактики посттравматичних стресових розладів (ПТСР), пов'язаних зі стресовими подіями військового часу на тлі перенесеної закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ), залишаються актуальним для нашої країни.

Мета дослідження розробити диференційовані схеми фармакологічного лікування хворих на ПТСР на тлі перенесеної ЗЧМТ залежно від клінічного варіанта розладу з урахуванням стану нервової системи.

Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 50 військовослужбовців, які перенесли ЗЧМТ в ході проведення АТО і в яких внаслідок травматичних подій виникли психопатологічні порушення, що згідно з МКХ-10 відповідають діагнозу "Посттравматичний стресовий розлад" (F 43.1). Середній вік пацієнтів склав $32,67 \pm 4,29$ років, які знаходились на лікуванні в Чернівецькій обласній психіатричній лікарні.

Проводили клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне і експериментально-психологічне дослідження всіх хворих із подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. Використовували такі методики: САН (самопочуття, активність, настрій), оцінки показників особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером, опитувальник депресивності Бека.

Основну роль в комплексному лікуванні хворих із ПТСР на тлі ЗЧМТ відігравала психологічна реабілітація, допоміжна - фармакотерапія для сприяння психотерапії та реабілітації. Дотримання режиму лікування було ключем до успішної фармакотерапії ПТСР в залежності від провідного психопатологічного симптомокомплексу. Максимальну ефективність довели такі антидепресанти із групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, як сертралін від 50 мг до 200 мг на день; пароксетин від 20 до 60 мг на день; флуоксетин від 20 до 60 мг на день; есциталопрам від 10 до 30 мг на день.

Для лікування хворих із астеничним симптомокомплексом використовували антидепресанти, транквілізатори (адаптол, гідазепам, сибазон, феназепам), ноотропи (луцетам, серміон, ноотропіл, аміналон, ноофен), вітаміни групи В,С, магне-В6, в окремих випадках, психостимулятори. При обсесивно-фобічному синдромі ефективними були антидепресанти, транквілізатори, бета-блокатори, гіпнотики, малі дози нейролептиків при резистентній симптоматиці. У хворих із істеричним синдромом використовували антидепресанти, транквілізатори, бета-блокатори, гіпнотики, нейролептики, в окремих випадках - стабілізатори настрою. Бета-блокатори зменшували периферійні прояви надмірного збудження і рівень агресії. Лікування хворих із депресивним синдромом проводили антидепресантами, що впливали на баланс серотонінергічної і норадренергічної нейротрансмісії (венлафаксин від 75 мг до 300 мг на день). Хворим із експлозивним синдромом призначали стабілізатори настрою (топірамат, ламотриджин), і одночасно дозволяли усувати розлади, пов'язані з уживанням алкоголю. У лікуванні хворих із психоорганічним синдромом надавали перевагу такому антидепресанту, як міртазапін від 7,5 мг до 45 мг на день, завдяки чому сексуальна дисфункція була менш виражена, ніж при прийомі СИЗЗС. Празозин використовували для зменшення нічних кошмарів при ПТСР.