



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.



У результаті застосування диференційованої схеми фармакологічного лікування хворих із ПТСР на тлі ЗЧМТ із включенням методів групової психотерапії відзначена позитивна динаміка показників неврологічного та психічного статусу. Перспективи для подальшого вивчення ПТСР полягають у пошуку нових ефективніших психофармакологічних підходів до лікування ПТСР.

Кривецька І.І.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ВТОРИННО-ПРОГРЕСУЮЧИЙ РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ МІТОКСАНТРОНОМ

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

Розсіяний склероз (РС) в Україні посідає друге місце по інвалідизації серед захворювань нервової системи. Згідно уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги хворим на РС, серед препаратів 2 лінії патогенетичної терапії хворим РС з вторинно-прогресуючим (ВП) перебігом рекомендовано препарат групи імуносупресантів - мітоксантрон.

Метою дослідження було порівняти вираженість хронічної втоми у хворих з ВП РС до та після лікування мітоксантроном.

Обстежено 22 хворих на РС (12 жін. і 10 чоловіків) віком 25-52 р. Діагноз ВП РС був встановлений відповідно до критеріїв Mc. Donald (Polman C.H. et al., 2010). Тривалість захворювання становила 5-12 років. Хворих розділено на 2 групи: I - основна - 10 (6 жінок і 4 чоловіків віком 23- 50 р.), які отримували мітоксантрон в дозі 12 мг/м² площі тіла внутрішньовенно 1 раз на 3 місяці; II - контрольна - 12 (7 жін. і 5 чол. віком 30-50 р.), які отримували традиційну терапію. Контроль показників у пацієнтів обох груп здійснювали перед та на 30 день після повторного курсу лікування. Для виявлення втоми використовували шкалу тяжкості втоми (Fatigue Severity Scale - FSS). Для визначення ефективності лікування втоми при РС - модифіковану шкалу впливу втоми (Modified Fatigue Impact Scale - MFIS), яка найчутливіша у визначенні змін вираженості втоми при РС на тлі проведеного лікування (Шевченко Л.А., 2007).

У результаті проведеного обстеження зі застосуванням анкетних шкал бальної оцінки втоми виявлено хронічну втому у 22 хворих (72% - середній, 28% - тяжкий ступінь втоми). В результаті патогенетичного лікування мітоксантроном було відмічено позитивну динаміку балу за шкалою MFIS (втома зменшилася на 30-50%) за рахунок фізичної і когнітивної складової втоми, показники психосоціальної - практично не змінилися. У пацієнтів контрольної групи, що отримували традиційне лікування, виявлено зменшення втоми на 10% від вихідного рівня. Застосування препарату мітоксантрон призвело до зниження вираженості втоми у 58% із обстежених (від тяжкого до середнього ступеня), а у хворих контрольної групи значних змін не встановлено. Отже, застосування мітоксантроном позитивно впливає на зменшення вираженості втоми у хворих на ВП РС.

Кричун І.І.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС 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»*

Спосіб життя сучасної людини приводить до того, що патологія попереково-крижового відділу хребта набуває з кожним роком все більшого медико-соціального значення. При цьому у всьому світі відзначається тенденція до зростання кількості хворих молодого віку, які страждають на вертебрoneврологічні больові синдроми (Бойко А.Н., 2014; Makarand V., 2014). Біль в спині обмежує соціальну, трудову, сексуальну активність людини. Тому актуальним є дослідження психоемоційного стану таких пацієнтів з метою удосконалення його діагностики та корекції. Ми поставили собі за мету вивчити рівні тривоги та депресії у пацієнтів молодого віку з неврологічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта.

Обстежено 85 хворих чоловічої статі на неврологічні прояви остеохондрозу хребта у віці від 19 до 45 років (середній вік склав 34,05±5,7). Для дослідження рівнів тривоги та депресії була використана госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою програми "BioStat" та програми Excel з пакету програм Microsoft Office 2007 з використанням кутового Фішера.

Аналіз показників тривоги та депресії за шкалою HADS показав, що середній рівень тривоги в контрольній групі склав 8,33±1,24 бали, а рівень депресії - 0,8±1,06 бали, в групі хворих на дискогенні радикулопатії рівень тривоги дорівнював в середньому 9,78±1,58 балам, рівень депресії - 4,1±2,13 балам, в групі хворих на рефлекторні люмбалгії рівень тривоги склав 8,01±1,16 бали, рівень депресії - 1,53±1,5 бали. Отримані показники статистично не вірогідно відрізнялись від показників контрольної групи. Разом з тим, виявилось, що рівень тривоги у осіб контрольної групи відповідає субклінічно вираженій тривозі, так само як і в групах обстежених хворих тому, власне, і різниця виявилась статистично не вірогідною. Аналіз виявлено підвищеного рівня тривожності у здорових молодих чоловіків, які склали контрольну групу, не входив в рамки цього дослідження. Проте, рівень депресії як у осіб контрольної групи, так і в групах обстежених хворих виявився досить низьким.