



втому фізичну, пов'язану із навчанням і поїздками додому, та психічну, через підвищену вимогливість до навчання.

Досліджувані у кількості 27% відмітили наявність труднощів у спілкуванні з однолітками, яку вони суб'єктивно характеризували як «мене не сприймають». Досліджувані 2-ої групи на скринінг-тест відповіли наступним чином: у 7% чол. спостерігалася астенізація і тільки у 3% чол. спостерігалися істотні труднощі на рівні міжособистісних відносин. Таким чином, в учнів 1-ого року у 60% чол. спостерігалися непатологічні стани психічної та соціально-психологічної дезадаптації і лише у 10% учнів 2-ого року виявлені субклінічні невротичні стани, пов'язані з розладами адаптації. Серед 40% учнів 1-ого року не виявлено психічної дезадаптації. Переважна більшість учнів 2-ого року, а це 90%, у яких не спостерігалось суб'єктивного почуття дискомфорту при зміні навчального закладу (закінчення школи і вступу до ліцею) та були відсутні труднощі у спілкуванні з однолітками, тобто учні 2-ого року є адаптованими до зміни в їхньому житті, оскільки процеси адаптації вже відбулись на I курсі.

У досліджуваних виявлена непатологічна психічна дезадаптація, а саме субклінічні психогенно-невротичні стани, в основі яких лежать недосконалі форми захисту, що вказує на суб'єктивну невідповідність до дорослого життя.

Яремчук О.Б.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА У ДИНАМІЦІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

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

Хвороба Паркінсона (ХП) є залежним від віку нейродегенеративним захворюванням, яке уражає 1-2% осіб віком понад 60 років. Емоційні та інші психічні порушення при хворобі Паркінсона можна пояснити дефіцитом дофаміну в мезолімбічному шляху. Вважають, що основною функцією цього шляху є участь у контролі настрою і поведінкових реакцій. Нейропсихіатричні зміни при ХП мають серйозний вплив на якість життя пацієнтів, ефективність догляду за ними і перебіг самого захворювання. Психоемоційні порушення призводять до зменшення рівня якості життя та спричиняють чи посилюють залежність від догляду пацієнтів з ХП.

З метою вивчення динаміки психоемоційних розладів в процесі комплексного лікування при ХП проведено обстеження 42 хворих на ХП. Діагноз виставляли згідно МКБ-10 (1995) у відповідності з загальноприйнятими критеріями Британського банку мозку. Середній вік хворих склав $58,3 \pm 13,5$ років, середня тривалість захворювання - $5,6 \pm 3,1$ років. Середня важкість рухової симптоматики за частиною III Уніфікованої рейтингової шкали оцінки ХП (UPDRS) склала $25,9 \pm 8,4$ бали, важкість за шкалою Хен-Яра - $2,05 \pm 0,6$. Непсихотичні психічні розлади та деякі моторні розлади при ХП оцінювались із застосуванням таких методик: Unified Parkinson's Disease Rating Scale розділ 1, 2, 3 (UPDRS, версія 2008); для виявлення й оцінки тяжкості депресії і тривоги Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); особистісну та ситуаційну тривожність визначали за шкалою Спілбергера.

При обстеженні у всіх наших хворих на ХП були виявлені тривожно-депресивні розлади - 63,6%. При проведенні оцінки особливостей немоторних проявів ХП у віковому аспекті, відмічено статистично значуще погіршення у хворих на ХП старше 60 років в порівнянні з молодшими пацієнтами лобових регуляторних функцій за шкалою БТЛД на 12,94%, загальної когнітивної продуктивності за шкалою MMSE - на 12,39%, якості життя за шкалою PDQ-39 - на 16,39%. Слід зазначити, що середнє значення сумарного балу когнітивних функцій у пацієнтів молодше 60-ти років достовірно не відрізнялося від контролю, бал в групі пацієнтів старше 60-ти років відповідав вираженим когнітивним порушенням.

При дослідженні було встановлено, що непсихотичні психічні порушення при ХП достовірно поглиблюються з прогресуванням захворювання. Так, кількість балів становила за БТЛД в I стадії - $16,17 \pm 0,34$, а у хворих 2 стадії - $14,31 \pm 0,26$, $p < 0,05$, за MMSE у хворих I стадії - $28,24 \pm 0,46$ балів, а 2 стадії - $26,48 \pm 0,67$ балів, $p < 0,05$. за розділом 2 шкали UPDRS в I стадії хвороби $10,83 \pm 0,86$ балів, 2 стадії - $13,58 \pm 0,45$ балів, $p < 0,05$ та за розділом 3 шкали UPDRS в I стадії - $19,28 \pm 0,72$ балів, у 2 стадії - $28,74 \pm 0,94$ балів, $p < 0,05$.

Після курсу прийому фенібуту на фоні комплексної терапії у хворих спостерігалось значне покращення психоемоційного стану. Зменшився ступінь депресії (середній бал за шкалою Бека до і після лікування склали $18,65 \pm 2,46$ і $15,28 \pm 2,84$ ($p < 0,05$)). Також зменшилася тривожність, показник ситуаційної тривожності зменшився з $56,68 \pm 2,93$ бали до $49,26 \pm 2,86$ бали після прийому фенібуту. Особистісна тривожність зменшилась з $57,34 \pm 2,48$ бали до $51,34 \pm 2,68$ бали ($p < 0,05$).

Таким чином, у хворих на хворобу Паркінсона із зростанням віку, стадії і тривалості захворювання має місце значне погіршення тривожно-депресивної симптоматики і якості життя. Найгірші показники немоторних проявів спостерігаються при акінетико-ригідній та змішаній формах і швидко прогресуючому перебігу ХП. Включення фенібуту до комплексної терапії хвороби Паркінсона покращує психоемоційний стан пацієнтів, сприяє зменшенню особистісної та ситуаційної тривожності.