



спастичності ми застосовували немедикаментозні методи – стретчинг (розтягування). У випадках помірної та вираженої спастичності свою ефективність показали препарати з впливом на ГАМК-ергічну систему (баклофен) та $\alpha 2$ -адренергічну системи (тизанідин). Ще одним частим проявом РС є центральний невропатичний біль, який зустрічався в 40% випадків. Пацієнти описують його як «пекучий, ниючий, стріляючий глибокий». Типовим прикладом центрального невропатичного болю є невралгія трійчастого нерву. Найефективнішим способом корекції даного типу болю є призначення протиепілептичних препаратів (габапентин, ламотриджин, карбамазепін). Інший варіант болю - м'язово-скелетний, у вигляді болісних тонічних спазмів м'язів внаслідок спастичності або парезу, виявлявся нами у 15% пацієнтів. Цей біль також може бути наслідком нефізіологічного навантаження на суглоби, м'язи, зв'язки, неправильної постави. Дані прояви ефективно нівелювалися під впливом лікування – нестероїдні протизапальні та міорелаксанти, ЛФК, акупунктура.

Таким чином, нами виявлено і проаналізовано найбільш часті специфічні клінічні прояви розсіяного склерозу. Їх корекція суттєво покращує самопочуття та якість життя пацієнтів.

Карвацька Н.С.

**ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ
ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ
ІЗ УРАХУВАННЯМ СТАНУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

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

Згідно сучасних терапевтичних поглядів на лікування хворих із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) на тлі перенесеної закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) крім використання антидепресантів, транквілізаторів, снодійних, нейролептиків в малих дозах, бета-блокаторів, стабілізаторів настрою, ноотропів, вітамінів групи В, С, магне-В6, застосування психотерапії і психологічної реабілітації є необхідним доповненням у лікуванні ПТСР.

З метою дослідження психотерапевтичного ефекту проведеної психологічної реабілітації хворих із ПТСР було піддано аналізу результати клініко-психопатологічного дослідження хворих на ПТСР з оцінкою впливу медичної і психологічної реабілітації в зіставленні з впливами психофармакотерапевтичних засобів.

Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 40 військовослужбовців, які перенесли ЗЧМТ в ході проведення АТО і в яких внаслідок травматичних подій виникли психопатологічні порушення, що згідно з МКХ-10 відповідають діагнозу “ПТСР” (F 43.1). Середній вік пацієнтів склав $32,67 \pm 4,29$ років, які знаходились на лікуванні в Чернівецькій обласній психіатричній лікарні. При дослідженні використовували такі методики: САН (самопочуття, активність, настрої), 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.

Ефект медикаментозної терапії мав меншу спрямованість до прояву в площі впливу на показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером, депресивності, загального самопочуття, активності. Психологічна реабілітація була спрямована на раннє й ефективне лікування, профілактику інвалідності, своєчасне й ефективне повернення хворих до суспільного життя і трудової діяльності та відновлення їх автономності. Застосовували різноманітні форми та методи реабілітації. Це і диференційовані лікувальні режими, праце- та психотерапія, лікувальна фізкультура, культ- і мистецвотерапія (арт-терапія), спеціальні



методи соціальної активізації хворих (самоорганізація, самообслуговування, тренінги, суспільні навички), профорієнтація, індивідуальні й колективні форми патронажу та ін. Реабілітаційні заходи, які були розпочатими якомога раніше (після купірування гострого стану), давали найкращі результати. Під час розробки програми реабілітації враховували індивідуальність, професію й інтереси хворого, особливості перебігу захворювання, клінічний і соціально-трудова прогноз.

Ефект застосування методів індивідуальної і групової психотерапії сприяв значному покращенню емоційного тла і поведінкових реакцій хворих. У результаті комбінованого застосування психотерапевтичного і медикаментозного лікування хворих із ПТСР на тлі ЗЧМТ відзначена позитивна динаміка показників неврологічного та психічного статусу.

Перспективи подальшого вивчення ПТСР полягають у пошуку нових ефективних заходів психопрофілактики і психологічної реабілітації хворих на ПТСР.

Кривецька І.І.

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА ЕТАПІ РАДІОЛОГІЧНО ІЗОЛЬОВАНОГО СИНДРОМУ І МОЖЛИВІ ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕХОДУ В КЛІНІЧНІ ФОРМИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Останнім часом в неврологічну практику введені поняття радіаційно ізольований синдром та клінічно ізольований синдром, які дозволяють чітко визначити клінічний етап демієлінізуючого захворювання нервової системи. Терміном радіологічно ізольований синдром (РІС) описують типове при розсіяному склерозі (РС) МРТ - картину за відсутності будь-якої клінічної симптоматики. Виявлення таких вогнищ на скринінговому МРТ зустрічається досить часто, незалежно від вікової групи. За даними літератури, серед клінічно здорових родичів пацієнтів з РС зміни на МРТ виявляються в 8,8% випадків. За даними літератури в 30-40% випадків спостережень РІС, в наступні 2-5 років з'являється неврологічна симптоматика, що вказує на розвиток розсіяного склерозу.

Метою дослідження було проаналізувати випадки безсимптомних вогнищ на МРТ, оцінити їх відповідність критеріям РІС з подальшим динамічним спостереженням за пацієнтами, яке включало нейрофізіологічне дослідження та неврологічний огляд. В дослідження було залучено 15 пацієнтів, у який на МРТ виявлені вогнища демієлінізації, з них десять жінок і п'ятеро чоловіків. Середній вік пацієнтів $31 \pm 2,34$ років. Всім пацієнтам, після додаткових обстежень, було виключено судинну патологію. Діагностичними критеріями РІС вважаються (Okuda D.T., 2009): овоїдні, з чіткими контурами, однорідні вогнища в білій речовині, включаючи мозолисте тіло, гіперінтенсивні в T2- режимі, розмірами 3 мм і більше, з дотриманням 3-х критеріїв Баркхофа; відсутність лейкоареозу; демієлінізація білої речовин не поєднується з наявністю клінічно явних проявів ураження центральної нервової системи. Повторне МРТ проводилось двічі на рік протягом трьох років (на апараті з потужністю поля 1,5 Тл) за стандартною програмою T1, T2 режимах і зважених за протонною щільністю та T1 з контрастуванням.

Спостереження за хворими виявило появу нових вогнищ на МРТ у семи випадках і лише у чотирьох з них асоціювалася з неврологічними симптомами. При нейрофізіологічному обстеженні у семи пацієнтів були виявлені когнітивні порушення у вигляді зниження концентрації уваги, швидкого виснаження психічних процесів, порушення короткочасної пам'яті. Саме у цих хворих було виявлено найбільшу кількість вогнищ демієлінізації, що може свідчити про зменшення об'єму головного мозку. У чотирьох хворих вогнища накопичували контрастну речовину, що дозволило встановити їм діагноз розсіяний склероз і трьом клінічно ізольований синдром (КІС) у відповідності до критеріїв Mc. Donald, 2017 р.