



етіологічний фактор розвитку судинної патології мозку (інфаркти, транзиторні ішемічні атаки, дисциркуляторні енцефалопатії).

**Жуковський О.О.**

### **СТАН ВИЩИХ МОЗКОВИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ВТОРИННО-ПРОГРЕСУЮЧІЙ ФОРМІ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

РС є другою причиною інвалідизації серед захворювань нервової системи, тому проблема розсіяного склерозу (РС) актуальна в Україні. Сучасна особливість перебігу захворювання – 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 11 хворих на РС віком від 28 до 57 років (у середньому  $33,1 \pm 1,4$  роки), у яких встановлено вторинно-прогресуючий варіант перебігу. Нами виявлено значущі когнітивні порушення, ступінь яких прямо залежить від варіанту перебігу, стадії, тривалості захворювання. Частота когнітивного дефіциту у обстежених хворих РС склала 84,6%. Нами встановлено, що при вторинно-прогресуючому варіанті перебігу переважають деменція і когнітивні порушення, зокрема легкі дементні порушення спостерігаються у 33,0% пацієнтів і в 6 % випадків - деменція середнього ступеня. 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 прогресивний характер. Прогресування відбувається переважно за рахунок наростання 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 вторинно-прогресуючому РС. Також нами встановлено, що ці зміни 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 вторинно-прогресуючому розсіяному склерозі.

Таким чином, у пацієнтів із вторинно-прогресуючим розсіяним склерозом з метою раннього виявлення когнітивних порушень необхідно проводити нейропсихологічне тестування та дослідження когнітивних викликаних потенціалів, які потребують подальшого динамічного спостереження і медикаментозної та немедикаментозної корекції.

**Карвацька Н.С.**

### **ДІАГНОСТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ГІПОТИРЕОЗОМ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

Патологія щитоподібної залози негативно впливає на психічне здоров'я людини на всіх етапах його життя, обумовлюючи появу різноманітних клінічних синдромів, починаючи від слабо виражених порушень і закінчуючи важкими психічними розладами. Значна поширеність гіпотиреозу, поліморфність і неоднозначність психопатологічних проявів при цій ендокринній патології, труднощі виявлення цих розладів, особливо на початкових етапах захворювання й, нарешті, невивченість психічної патології, що формується при мінімальній тиреоїдній дисфункції обумовлює актуальність вивчення цих питань.



Метою роботи було вивчити наявність психічних порушень при вперше виявленому гіпотиреозі. Дослідженню підлягали 40 хворих гіпотиреозом, яким вперше ендокринологом був поставлений діагноз гіпотиреозу. Застосовані клінічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичні і статистичні методи дослідження. У результаті проведених клінічних і психопатологічних досліджень найбільш частими скаргами у хворих гіпотиреозом були підвищена стомлюваність із виснаженням і вкрай нестійким настроєм (у 95 % осіб), нетерплячість (у 90 % осіб), ослаблення самовладання (у 85 % осіб), порушення сну (у 70% осіб). Об'єктивне дослідження психоемоційного стану хворих виявило непосидючість (у 53% осіб). Хворі скаржилися на неспроможність до тривалого розумового і фізичного напруження (у 68% осіб), непереносимість гучних звуків (у 78% осіб), яскравого світла (у 50 % осіб), різких запахів (у 68% осіб). У хворих також спостерігалася дратівлива слабкість, що виражалася підвищеною збудливістю і швидко наступаючим за нею виснаженням, афективну лабільність з переважанням зниження настрою з рисами примхливості і невдоволення, а також сльозливістю. Крім того, у хворих гіпотиреозом істотно зміненим виявлявся емоційний стан. Характерним було зниження настрою і присутні інші характерні ознаки пригніченого стану (у 62 % осіб), з'являлася плаксивість (у 47 % осіб). Пацієнти скаржилися на забудькуватість (у 50 % осіб), стійке зниження працездатності, не пов'язане з надмірними навантаженнями (у 100 % осіб), неухабність і погіршення пам'яті (у 80 % осіб), утруднення концентрації уваги і сприйняття нової інформації (у 82,5 % осіб).

Отже, узагальнення клініко-психопатологічних і психодіагностичних даних досліджень доводить наявність астеничних розладів у хворих гіпотиреозом, що потребує призначення медикаментозної терапії і проведення психокорекційних заходів, які спрямовані на гармонізацію особистісного профілю, вміння будувати неконфліктні стосунки з оточенням, підвищення психосоціальної адаптації.

**Кривецька І.І.**

### **ВПЛИВ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ПРОГРЕСУЮЧИМИ ФОРМАМИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

У більшості хворих на розсіяний склероз спостерігаються тривожно-депресивні стани, які зумовлюють порушення соціальної активності та погіршення якості життя.

Метою нашого дослідження було виявити тривожно-депресивні порушення у хворих з прогресуючим розсіяним склерозом та їх вплив на якість життя цих хворих, оцінити вплив лікування на корекцію показників якості життя.

До дослідження долучено 32 хворих на розсіяний склероз: 5 з первинно прогресуючим та 27 із вторинно прогресуючим. з EDSS  $4,5 \pm 0,5$ , які були поділені на 2 гомогенні за статтю, але не гомогенні за віком групи (середній вік  $34,2 \pm 1,2$  років). Для виявлення порушення емоційної сфери використовувалась анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9), для оцінки депресії – шкала Гамільтона (HDRS), для оцінки якості життя – опитувальник MSQOL-54. Кожному хворому проводилось МРТ дослідження головного мозку (потужність поля 1,5 Тл) за стандартною програмою у T1, T2 режимах. Усі пацієнти отримували базисне лікування, а пацієнти I групи додатково приймали пароксин в дозі 20 мг 1 раз на добу протягом 3 місяців. Термін дослідження 4 місяці.

У переважній більшості хворих (27 пацієнтів) виявлено порушення емоційної сфери у вигляді депресивних станів різного ступеня важкості. За результатами шкали HDRS в 5 пацієнтів була виявлена важка ступінь депресії, в 14-ох середня ступінь і в 13-ох легка ступінь. У всіх хворих якість життя (згідно з опитувальником MSQOL-54) погіршилась у зв'язку з хворобою і її наслідками, що також веде до появи тривожно-депресивних розладів. Тривалість хвороби помітно знижує якість життя. Напевно, це пов'язане з усвідомленням незворотності хвороби і, по мірі збільшення тривалості хвороби, погіршується якість життя у частини хворих, навіть при стабільному EDSS. За результатами опитування, хворі які могли