



соціальний інтелект. На даний час виділяють різні ступені когнітивних порушень, а саме: легкі, помірні, важкі та суб'єктивні когнітивні порушення.

Легкі когнітивні порушення характеризуються зниженням когнітивних здібностей в порівнянні з більш високим преморбідним рівнем індивідуума, при цьому зниження формально залишається в межах середньостатистичної вікової норми або спостерігається незначне відхилення. Зазвичай відображається в скаргах пацієнта, але не звертає на себе уваги оточуючих. Не викликає утруднень в повсякденному житті.

Помірне зниження когнітивних здібностей визначається в порівнянні як з індивідуальною так і з віковою нормою, відображається в скаргах пацієнта, та звертає на себе увагу оточуючих. Однак, не призводить до суттєвих утруднень в повсякденному житті, хоча може заважати найбільш складним видам інтелектуальної активності. На даний час виділяють різні типи помірних когнітивних розладів: амнестичний монофункціональний тип - з вибіркоким порушенням пам'яті при відносному збереженні інших когнітивних функцій; амнестичний мультифункціональний тип, який характеризується поєднанням порушення пам'яті та інших когнітивних порушень; мультифункціональний тип без порушення пам'яті, що характеризується множинними когнітивними порушеннями при відносно збереженій пам'яті; монофункціональний неамнестичний тип характеризується наявністю дефіциту однієї з когнітивних функцій без ураження пам'яті.

Важкі когнітивні порушення проявляються в суттєвих утрудненнях в повсякденному житті: професійній та соціально-побутовій сферах, а при більш виражених розладах – у здатності до самообслуговування. При цьому спостерігається часткова або повна втрата самостійності, ця категорія пацієнтів є залежною від сторонньої допомоги.

Нами вивчались особливості клініко-психопатологічних проявів у пацієнтів, що страждають на епілепсію. У дослідженні приймали участь 100 пацієнтів (35 чоловіків та 65 жінок), що перебували на стаціонарному лікуванні у Чернівецькій обласній психіатричній лікарні. Застосовувались наступні психодіагностичні методики: МОСА-тест, тест Мюнстерберга, шкала якості життя, шкала депресії та тривоги Гамільтона, тест 10 слів Лурія.

В результаті проведеного дослідження встановлено зниження пам'яті та уваги у 88% пацієнтів. 48% обстежуваних виявляли легкі когнітивні зниження, у 24% пацієнтів спостерігались помірні когнітивні розлади, 16% обстежуваних виявили важкі когнітивні порушення.

Пацієнти виявляли стурбованість зниженням пам'яті та працездатності, прагнули отримати допомогу у покращенні когнітивних функцій. На нашу думку, когнітивна реабілітація є перспективним напрямком допомоги пацієнтам, що страждають на епілепсію.

Жуковський О.О.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ОСНОВНИХ СИМПТОМІВ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

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

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Розсіяний склероз (РС) – демієлінізуюча патологія центральної нервової системи у підлітків та осіб середнього віку. Проведено клінічне обстеження 60 хворих на РС з метою виявлення найбільш частих симптомів РС та їх корекція. Одним із найчастіших симптомів є втома – це втрата фізичної та/або розумової активності, яка заважає звичній діяльності хворого. Втома виявляється у 80 % пацієнтів. Для об'єктивізації втоми корисним є використання шкал (FSS, MFIS та інш.). Корекція втоми полягає у застосуванні психотерапії (когнітивно-поведінкова терапія), надзвичайно корисним є активний спосіб життя, дозовані фізичні навантаження (аеробні вправи). Депресія виявлялася приблизно у 50% хворих на РС, причому поява депресії не обов'язково пов'язана із важкістю РС. В якості терапевтичної корекції нами застосовані селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та когнітивно-поведінкова терапія. У понад 60% пацієнтів ми виявляли спастичність, яка проявлялася при ходьбі та оцінювалася за шкалою Ешфорта. При незначних проявах



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 зустрічається 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