



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/м<sup>2</sup> площі тіла внутрішньовенно 1 раз на 3 місяці; II - контрольна - 12 (7 жін. і 5 чоловіків 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 вертеброневрологічні 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.



Таким чином, у хворих на неврологічні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта спостерігаються ознаки підвищеної тривожності, особливо у разі загострення хронічної дискогенної поперекової радикулопатії. Отримані дані свідчать про необхідність проведення у хворих на неврологічні прояви остеохондрозу активної профілактики тривожних розладів.

**Пашковський В.М.**

### **ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ПОМІРНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ**

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

У зв'язку зі зростанням тривалості життя та частки людей похилого віку в популяції соціальна значимість рівня когнітивних здатностей стає дедалі більш актуальною. Загальновідомо, що відсоток когнітивних порушень із віком збільшується. За даними функціональної нейровізуалізації, зі зростанням віку пацієнтів об'єм мозку зменшується. У першу чергу атрофічні зміни спостерігаються в лобних, скроневих та глибинних відділах мозку. Із віком також зменшується вміст основних нейромедіаторів (дофаміну, норадреналіну та ацетилхоліну). Інволютивні зміни в мозковій тканині знижують церебральний резерв, слугують фоном для розвитку патологічного процесу, що може мати дегенеративний, судинний, метаболічний чи будь-який інший характер.

Найбільш поширеною причиною погіршення когнітивних функцій у осіб похилого віку є хронічна цереброваскулярна недостатність. На сьогодні, за даними більшості дослідників, гіпертонічна хвороба (ГХ) є не тільки найчастішим етіологічним чинником розвитку хронічної мозкової судинної недостатності, але й одним із факторів, що сприяє розвитку нейродегенеративного процесу. У хворих на ГХ уже на ранніх стадіях формується неврологічний та нейропсихологічний симптомокомплекс, притаманний гіпертонічній дисциркуляторній енцефалопатії (ГДЕ), що з часом може поглиблюватися.

Тому останніми роками зростає кількість досліджень, спрямованих на пошук оптимальних підходів до лікування когнітивних розладів на додементній стадії (синдромом ПКП). Синдром ПКП, що сформувався у хворих похилого віку на тлі ГДЕ, являє собою достатньо гетерогенний стан. Тому препарати, що використовуються для лікування даної патології, повинні справляти багатопротільний ефект і бути безпечними в застосуванні. Адже проблема безпечності як у нейрофармакологічному, так і в соматичному плані є ключовою під час вибору інструмента фармакотерапії, враховуючи необхідність тривалого лікування когнітивної патології, похилий вік та наявність інших соматичних захворювань у даної категорії хворих.

Враховуючи механізм дії, використання ноотропних лікарських засобів є цілком обґрунтованим при синдромі ПКП. Серед них на особливу увагу заслуговує група піролідонівих похідних, що впливають на основні синаптичні системи, холінергічну, адренергічну, дофамінергічну, ГАМКергічну та глутаматергічну. Механізм нейрохімічних ефектів піролідонівих ноотропів визначається також стимуляцією метаболічних, біоенергетичних і пластичних процесів у головному мозку, у тому числі й посиленням синтезу білка та фосфоліпідів. Препарати даної групи посилюють утилізацію кисню нервовими клітинами, збільшують резистентність мозку до гіпоксії і сприяють виживаності нейронів в умовах порушеного кровотоку. Крім того, вони покращують кровонаповнення мозку та мікроциркуляцію, нормалізують реологічні властивості крові, зменшують агрегацію та адгезію тромбоцитів, спричиняють антиоксидантний, нейротрофічний, транквілізуючий, активуючий, антидепресивний та антиастенічний ефекти.

**Ротар С.С.**

### **ЗМІНИ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ КРИЗИ**

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

На сучасному етапі розвитку науки людина розглядається як біопсихосоціальна система, що існує в складному мінливому суспільстві. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній сфері сучасної цивілізації, що деякі автори називають цивілізаційним впливом або футурошоком. Генетично обумовлена норма реакції має пристосувальний характер, вона може «не встигати» за новими темпами змін оточуючого людину середовища. Саме це є важливим чинником розвитку «хвороб цивілізації», значна частина яких належить до психосоматичних.

На думку П.Анохіна, психосоматичні розлади є способом «компенсації» патологічної зміни біологічної матриці емоції тривоги, що виявляється психічними, вегетативними і соматичними порушеннями. В період кризи конфліктність інтересів і конфліктність соціальних ідентичностей посилюється через загострене почуття відмінності та протиробства групових інтересів, загальної невизначеності. Нормою стає стан маргіальності, що має наслідком руйнації раніше сформованих соціальних зв'язків, соціальну апатію (яка несподівано може перетворитися на бурхливу активність, навіть агресивність), зниження мотивації цілеспрямованої групової діяльності, домінування інстинкту самозбереження як головного принципу поведінки. Життя розуміється як виживання, а виживання висуває перед людиною завдання, абсолютно відмінні від самореалізації особистісного