

Шульте та батарея лобної дисфункції (Frontal Assessment Battery – FAB). Також інструментальні дослідження – ультразвукова доплерографія (УЗДГ) брахіоцефальних артерій (БЦА) та МРТ головного мозку.

Результати. За ходом дослідження при застосуванні УЗДГ БЦА у 12 хворих було зафіксовано наявність атеросклеротичної бляшки в БЦА. Дослідження показало взаємозв'язок між когнітивною дисфункцією та наявністю атеросклеротичної бляшки в БЦА. У хворих без бляшки середній показник тесту МоСА складав 24,9 балів $\pm 0,8$, показник тесту FAB - 16,8 балів $\pm 0,5$. У хворих з бляшкою МоСА - 23,6 балів $\pm 0,8$, а FAB - 15,5 балів $\pm 0,6$. Також нами було виявлено зв'язок між збільшенням комплексу інтима-медіа у БЦА та когнітивною дисфункцією. У хворих з показником комплексу $>0,9$ показники тестів МоСА та таблиць Шульте становили 23,9 балів $\pm 1,4$ та 232,7 с ± 16 відповідно. У хворих з нормальним комплексом: МоСА 24,6 балів ± 1 та таблиці Шульте 221,7с ± 12 .

Висновки. Структурні зміни стінок судин, такі як збільшення комплексу інтима-медіа та наявність атеросклеротичної бляшки, ведуть до порушення когнітивних функцій. При зростанні комплексу інтима-медіа $>0,9$ погіршуються показники когнітивних функцій, такі як МоСА-тест та проба Шульте, а у хворих з наявністю атеросклеротичної бляшки у БЦА – МоСА та FAB. Найбільш стабільним маркером когнітивної дисфункції у хворих на ДЕ є МоСА-тест. Враховуючи останній висновок, можна дати практичну рекомендацію: хворим, у яких виявлена атеросклеротична бляшка на УЗДГ БЦА необхідно проводити скринінг когнітивної дисфункції – МоСА-тест – та застосовувати корекцію когнітивних порушень.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ СНУ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ CHARACTERISTICS OF SLEEP QUALITY IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDER

Дікарева А. О.

Науковий керівник: к. мед. н. Бойко Д. І.

Dikareva A. O.

Scientific adviser: Boiko D. I., PhD

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Депресія й інсомнія мають спільні ланки етіопатогенезу, головним компонентом яких є гіперактивація симпатичної нервової системи, що підтверджують загальні зміни структури сну (збільшення швидкої фази, зменшення її латентності, редукція фази швидкого сну). Розлади сну умовно класифікуються на гіпер- та інсомнії. Гіперсомнія – це денна сонливість, а інсомнія – порушення власне сну. Співвідношення між суб'єктивними оцінками сну і його об'єктивними характеристиками неоднозначні, хоча в більшості випадків вони співпадають. Тому актуальним залишається вивчення суб'єктивних оцінок різних аспектів, що безпосередньо впливають на якість сну у пацієнтів з депресивними розладами.

Мета роботи. вивчити якість сну та її компоненти у жінок, що страждають на депресивні розлади.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі КП «Полтавської обласної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева ПОР». У дослідженні взяли участь 15 пацієнтів жіночої статі, що страждали на депресивні розлади (середній вік $43 \pm 4,57$ років). Для оцінки якості сну у пацієнток використовувався Пітсбургський опитувальник якості сну (PSQI). Ступінь вираженості депресивних розладів визначали за опитувальником В. А. Жмурова.

Аналіз даних виконано за допомогою програми IBM SPSS Statistics 23.0 з використанням методів описової статистики та рангового критерію Тау-Кендалла.

Результати. Рівень вираженості депресивних розладів у жінок перебував у межах помірної чи легкої депресії – 48 (28-58) балів. У досліджуваних пацієнток індекс якості сну перебував на рівні субклінічної інсомнії – 14 (12-16) балів, хоча переважна більшість пацієнток оцінювали власний сон як задовільний або добрий. Усі досліджувані відмічали, що ефективність сну була менше 65%. Пацієнтками було зазначено про недостатню тривалість сну та денну дисфункцію. Суб'єктивна оцінка порушень сну перебувала в межах середніх значень. Кореляційний аналіз отриманих даних виявив прямий кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем депресії та латентністю сну ($r = 0,353$; $p = 0,047$), що проявляється у більш тривалому засипанні, і порушеннями сну ($r = 0,502$; $p = 0,019$), які переривають нічний сон.

Висновки. Жінки з клінічними проявами депресії середньої тяжкості мають субклінічну інсомнію, що пов'язана зі складністю у засипанні та частих нічних пробудженнях, які в свою чергу потребують психогігієни сну та подальшої корекції.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ДЕБЮТУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ У ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ CLINICAL MANIFESTATIONS OF MULTIPLE SCLEROSIS DEBUT IN POLTAVA REGION

Жага О. М.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Пінчук В. А.

Zhaha O. M.

Scientific adviser: assoc. prof. Pinchuk V. A., PhD

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією і медичною генетикою

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) - це хронічне аутоімунне мультифакторне демієлінізуюче захворювання нервової системи, що проявляється ознаками багатоголищового ураження, має ремітуючий, прогресуючий перебіг, часто призводить до інвалідизації та дебютує у молодому віці. Зараз у світі зареєстровано близько 2,5-3 млн пацієнтів на розсіяний склероз. В Україні більше 20 тис., в Полтавській області – близько 826 осіб (поширеність складає 76,8 на 100 тис. населення, що вважають високою). Щороку в Україні кількість хворих на РС збільшується в середньому на 1000–1200 осіб. Тому своєчасна діагностика перших клінічних симптомів має важливе значення для призначення подальшого патогенетичного лікування РС та прогнозування його перебігу.