

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.

Мета роботи. Метою даної роботи є вивчення первинних клінічних симптомів та визначення варіантів дебюту розсіяного склерозу.

Матеріали та методи. На базі неврологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського було проведено комплексне обстеження 55 пацієнтів (30 жінок та 25 чоловіків) із рецедивно-ремісивним та вторинно-прогресивним розсіяним склерозом. Проводився збір анамнестичних та епідеміологічних даних, аналіз даних амбулаторних карт, історій хвороб; проведено комплексне неврологічне дослідження з використанням розширеної шкали інвалідизації EDSS.

Результати. Згідно з результатами дослідження первинними клінічними проявами РС є чутливі (50%), зорові (20%), моторні (13%) симптоми, розлади координації (12%), порушення функції тазових органів (5%). Крім того, близько 40% пацієнтів при дебюті відзначають підвищену втому. На момент діагностування РС 84% пацієнтів мали вже рецидивно-ремісивний перебіг хвороби. Виявлено, що дебют РС у чоловіків проявлявся здебільшого моносимптомним варіантом, у жінок - переважав полісимптомний варіант. Прогресуючий перебіг РС у чоловіків спостерігався частіше, ніж у жінок, але дебют захворювання у жінок починався раніше (у 21-32 років, у чоловіків – 27- 40 років). Підтверджено дані щодо негативного впливу паління на РС: паління сприяє більш швидкому переходу РС з ремітуючих у прогресуючі форми.

Висновки. Проведений ретроспективний аналіз показав, що між першими симптомами (скаргами пацієнтів) та встановленням діагнозу РС проходить від 3 місяців до декількох років. Виділено декілька варіантів дебюту: моносимптомний (54,6%), полісимптомний (32,5%), пацієнти із радіологічно ізольованим синдромом (8,5%) та пацієнти із характерною клінічною картиною, але без патологічних змін на МРТ (4,4%).

ВПЛИВ АЛЕКСИТИМІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ СЕРЦЕВОГО РИТМУ THE ALEXITHYMIA EFFECT ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART RHYTHM DISORDERS

Жиряда Н. Я.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Поліщук О. Ю.

Zhyriada N. Y.

Scientific adviser: assoc. prof. Polishchuk O. Y., PhD

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Актуальність. Порушення серцевого ритму можуть бути визначені як відхилення від нормального серцевого ритму та/або ритм, який не є фізіологічним. Етіологічні чинники виникнення порушень ритму серця є надзвичайно різноманітними (від функціональних розладів, пов'язаних із порушеннями вегетативної та нейрогуморальної регуляції до органічних захворювань серцево-судинної системи). Водночас незалежно від причини виникнення аритмії наявність відчуття перебоїв в роботі серця, тривожне очікування нападу зриву ритму, запаморочення викликають низку психологічних реакцій, які болісно переживають такі пацієнти. Вираженість психологічних реакцій на появу аритмії залежить від багатьох чинників, зокрема від психологічних особливостей особистості. Однією з таких характеристик особистості є алекситимія, що характеризується зниженням здатності до усвідомлення та вербалізації емоцій, що призводить до зростання емоційного напруження і зриву психологічних механізмів додання стресу.

Мета роботи. визначення впливу алекситимії на формування психологічних реакцій на хворобу та якість життя у пацієнтів із порушеннями ритму серця.

Матеріали та методи. Обстежено 271 хворих, які знаходились на лікуванні у Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному центрі. Усі пацієнти мали порушення ритму серця у вигляді пароксизмальної тахікардії, пароксизмальної або персистуючої фібриляції передсердь або екстрасистолії високих градацій за класифікацією В. Lown. Усім пацієнтам проведено психодіагностичне дослідження з використанням Торонтської шкали алекситимії, госпітальної шкали тривоги та депресії HADS, опитувальника якості життя, пов'язаного зі здоров'ям SF-36. Усіх хворих було розділено на 3 групи – відсутність алекситимії, тенденція до алекситимії та наявність алекситимії. Надалі аналіз проводився для групи з відсутністю алекситимії – група I, пацієнти з алекситимією склали II групу.

Результати. Аналіз отриманих результатів свідчить, що у осіб з алекситимією показник ситуативної тривожності значно переважав аналогічний показник в групі I ($52,57 \pm 0,91$ проти $37,56 \pm 0,90$, $p < 0,001$). Меншими в I групі виявились показники тривоги та депресії за результатами використання госпітальної шкали тривоги та депресії HADS: за показником тривоги - група I $6,96 \pm 0,31$ та група II $9,26 \pm 0,37$, за показником депресії - група I $5,28 \pm 0,40$ та $8,93 \pm 0,39$ у групі II відповідно. У пацієнтів із порушеннями ритму та наявною алекситимією відзначалось достовірне зниження показників якості життя за опитувальником SF-36, як фізичного компоненту ($38,48 \pm 1,18$ проти $48,50 \pm 0,94$, $p < 0,01$) так і психологічного ($39,99 \pm 1,26$ проти $48,75 \pm 1,19$, $p < 0,01$).

Висновки. Таким чином, наявність алекситимії у пацієнтів із порушеннями серцевого ритму поєднується із збільшенням рівня тривоги та депресії, призводить до зниження показників якості життя і може розцінюватись як підсилююча компонента традиційних факторів ризику.