

## СТАН НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

### THE STATE OF NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Voropai T.V., Assoc. Prof. Purdenko T.I., M.D.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

*Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я як у нашій країні, так і в усьому світі.

Центральна нервова система раніше інших органів і систем реагує навіть на незначну кисневу недостатність. У головному мозку розвиваються глибокі порушення обміну, дисциркуляція, венозний застій і набряк.

Метою нашого дослідження було вивчення нейропсихологічного статусу хворих із ХОЗЛ I-III стадій.

Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 24 пацієнтів з діагнозом ХОЗЛ I ст., 28 пацієнтів - ХОЗЛ II ст. та 26 пацієнтів - ХОЗЛ III ст., які знаходились на лікуванні в пульмонологічному відділенні ПОКЛ. Середній вік пацієнтів склав  $54,32 \pm 5,11$  років. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб того ж віку (середній вік –  $53,26 \pm 3,14$  років) без наявних ознак пульмонологічних та неврологічних захворювань. Діагноз ХОЗЛ та його стадію встановлював лікар-пульмонолог відповідно до клініко-діагностичних критеріїв.

Нейропсихологічне обстеження включало визначення ступеню когнітивних порушень за шкалою оцінки ментального статусу (MMSE), рівня особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, рівня депресії за шкалою Гамільтона. Отримані в процесі дослідження показники за шкалою MMSE свідчать про відсутність когнітивних порушень у пацієнтів із ХОЗЛ I ст. (MMSE –  $29,3 \pm 1,4$ ) та ХОЗЛ II ст. (MMSE –  $28,2 \pm 1,3$ ) і наявність переддементних когнітивних порушень у пацієнтів із ХОЗЛ III ст. (MMSE  $26,8 \pm 1,5$ ).

Рівень особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у пацієнтів із ХОЗЛ I ст. склав  $28,5 \pm 2,78$  балів, ситуаційної тривожності –  $26,8 \pm 2,52$  балів проти  $23,8 \pm 1,47$  –  $22,4 \pm 1,36$  балів відповідно у контрольній групі,  $p < 0,05$ , що відповідає низькому ступеню тривожності. Бал за даною шкалою у пацієнтів із ХОЗЛ III ст. склав: особистісна –  $36,3 \pm 2,15$  балів, ситуаційна –  $33,4 \pm 2,28$  бали, що відповідає помірному ступеню тривожності.

Загальний бал за шкалою депресії Гамільтона у пацієнтів із ХОЗЛ I ст. склав –  $4,1 \pm 1,47$ , що свідчить про відсутність депресії, і достовірно не відрізнявся від контрольної групи –  $3,8 \pm 1,58$ ,  $p > 0,05$ . У пацієнтів із ХОЗЛ II ст. бал склав нижню межу легкої депресії –  $7,2 \pm 1,74$ , у пацієнтів із ХОЗЛ III ст. –  $12,5 \pm 2,14$ , що вказує на легку депресію.

На основі проведених досліджень доведено, що по мірі прогресування ХОЗЛ, при III ступені бронхіальної обструкції, у пацієнтів спостерігаються переддементні когнітивні порушення – формування початкової стадії деменції, помірні тривожні та легкі депресивні розлади.

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

### CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF NEUROTIC DISORDERS IN CHILDREN

Zhyvotovska A.I., Prof. Skripnikov A.M., M.D.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*

*Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології*

Проблема обумовленості невротичних розладів в дитячому віці є актуальною в наш час через часте виникнення і велику поширеність афективних порушень. Спостерігається тісна залежність між психоемоційною напругою та появою невротичних розладів. Якщо тривалість і сила психічних подразників виходять за межі нормальних, то саморегуляція діяльності організму дитини може бути порушена на біохімічному, фізичному, психічному рівнях, що в подальшому потребує тривалого лікування. Метою роботи було вивчити клініко-психопатологічні особливості невротичних розладів у дітей. Під нашим спостереженням знаходилося 26 дітей віком від 10 до 14 років, в клінічній картині яких виявлялися невротичні розлади. Із них хлопчиків було 12 (46,2%), дівчаток – 14 (53,8%). Стан обстежених відповідав критеріям МКХ-10: змішані розлади поведінки та емоцій (рубрика F92) – 13 осіб (50,0%), фобічний тривожний розлад дитячого віку (рубрика F93.1) – 9 (34,6%); соціальний тривожний розлад (рубрика F93.2) – 4 (15,4%). Дослідження проводилося на базі дитячого та підліткового відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева. Для оцінки клінічного профілю невротичного стану використовували дитячий опитувальник неврозів ДОН (В.В. Седнев, З.Г. Збарскін, А.К. Бурцев, 1992), за результатами якого складався індивідуальний невротичний профіль дитини та оцінювався кількісний рівень симптомокомплексів депресії, астенії, порушень поведінки, вегетативних порушень, порушень сну та тривоги. Для оцінки якості життя використовували опитувальник PedsQL 4.0 Generic Core Scales для дітей 8–12 та 13–18 років, який містить шкали фізичного, емоційного, соціального та когнітивного функціонування.

Аналіз профілю невротичного стану за опитувальником ДОН показав, що у 16 (61,5%) дітей відмічалися розлади вегетативного стану та порушень сну високого рівня (16–20 балів). В зоні високого ризику формування симптомокомплексів були показники за шкалою тривоги – у 13 (50,0%) осіб, депресії – у 9 (34,6%) та астенії – у 7 (26,9%). При цьому в дівчаток ці показники перевищали над показниками у хлопчиків за шкалою розладів вегетативного стану (відповідно 78,6% та 41,7%,  $p < 0,05$ ) та астенії (35,7% та 16,7%), а у хлопчиків – тривоги (відповідно 75,0% та 28,6%,  $p < 0,05$ ). Порушення поведінки високого рівня ризику були у 50,0% хлопців і 21,4% дівчат. За опитувальником PedsQL 4.0 встановлено, що рівень фізичного функціонування був  $65,9 \pm 10,2$ , емоційного –  $69,3 \pm 10,5$ , соціального –  $48,4 \pm 12,7$ , когнітивного –  $76,1 \pm 9,3$ .

Таким чином, у всіх обстежених дітей відмічався високий та середній рівень формування невротичних симптомокомплексів за всіма шкалами з переважанням розладів вегетативного стану та порушень сну. У дівчаток спостерігався високий рівень розвитку симптомокомплексів за шкалою розладів вегетативного стану та астенії, у хлопчиків – тривоги та порушення поведінки. При цьому найбільш значимими у дітей були порушення рівня соціального функціонування ( $p < 0,05$ ). Виявлені особливості психоемоційного стану дітей з невротичними розладами слід враховувати при розробці лікувальних та профілактичних заходів.