

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

урахуванням клініки, проведених досліджень (позитивна прозеринова проба), встановлено діагноз: Міастенія, глотково-лицева форма, вперше виявлена, прогресуючий перебіг.

Повторна госпіталізація - 02.2017. Скарги на утруднене ковтання, порушену мову, зниження об'єму м'язів верхніх кінцівок. Об'єктивно: глоссоплегія, глотковий і піднебінний рефлекс відсутні, мова гнусава, м'язовий тонус підвищений в ногах, м'язова сила в руках та ногах знижена різко, атрофія м'язів кистей, гомілок, грудної ділянки; сухожилкові рефлекс підвищені, патологічні рефлекс Штрюмпеля з обох ніг. ЕНМГ: ознаки вираженої полінейропатії нервів нижніх кінцівок аксонально-демієлінізуючого характеру. Встановлено діагноз: Боковий аміотрофічний склероз, поширена спінально-бульбарна форма із вираженим змішаним тетрапарезом із порушенням функції ходи та самообслуговування, елементами бульбарного синдрому у вигляді помірної дизартрії та дисфагії, 3ст. важкості.

**Висновок.** Складність дифдіагностики міастенії і БАС у даному випадку полягала в певних клінічних ознаках (утруднення мови та ковтання, що покращувалось після відпочинку – феномен патологічної втомлюваності), позитивна прозеринова проба, що у дебюті захворювання свідчили на користь міастенії. Однак симптоми в динаміці, проведена ЕНМГ дозволили у підсумку встановити правильний діагноз – БАС.

## ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ПАРАНОЇДНОЮ ФОРМОЮ ШИЗОФРЕНІЇ

*Несторук М.І., Фігурна О.Ю., Юрченко В.С.*

*Науковий керівник: к.мед.н, асистент Мудренко І.Г.*

*Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології*

**Вступ.** Метою нашого дослідження було вивчення впливу психопатологічної симптоматики на суб'єктивне сприйняття якості життя у пацієнтів із параноїдною формою шизофренії.

**Матеріали та методи.** В денному стаціонарі Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру обстежено 20 пацієнтів з параноїдною формою шизофренії за допомогою опитувальника SF-36 (оцінка якості життя) (J.E. Ware, 1992), шкали позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, Kay S.R.; Opler L.A.; Fiszbein A.; 1986), методів математичної статистики.

**Результати дослідження.** Середній вік хворих -  $42 \pm 2,81$  роки. Найбільш високі оцінки отримані за шкалами позитивної (62,2% (30,5 бала) та негативної (71,2% (34,9 бала) симптоматики. Таким чином, у хворих були виражені такі особливості психопатологічної симптоматики, як емоційна відгородженість, труднощі в спілкуванні, зниження спонтанності та мовної активності, галюцинаторно-маячна симптоматика, концептуальна дезорганізація, підозрілість, ворожість. Аналізуючи дані за шкалою SF-36, обстежені виявляють середній рівень самооцінки фізичної складової якості життя ( $44,73 \pm 1,37$  балів) та низький рівень соціального функціонування та психологічного благополуччя ( $36,58 \pm 1,53$ ).

На підставі кореляційного аналізу встановлено, також поряд з загальною симптоматикою на психічну складову якості життя негативно впливають такі специфічні симптоми, як відчуття провини ( $r=0,65$ ) та незвичайний склад мислення ( $r=0,49$ ). Пропорційно знижується суб'єктивне сприйняття фізичного здоров'я у хворих з вираженими вольовими порушеннями ( $r=-0,42$ ) та соціально ізольованих ( $r=-0,41$ ) пацієнтів.

**Висновки.** Виявлено негативний вплив продуктивної психопатологічної симптоматики на фізичне благополуччя пацієнтів ( $r=-0,68$ ) та негативної симптоматики на соціальне функціонування та психологічне благополуччя хворих ( $r=-0,53$ ).