



належали до різних соціально-професійних, демографічних і вікових груп населення. Як визначено результатами дослідження, у $(48 \pm 4\%)$ подружніх пар, мала місце сексуальна дисгармонія. Усі подружні пари з дисгармонією, в тому числі частковою, відзначили потребу в консультації сексопатолога та медичного психолога. Дослідження показали також, що порушення сексуальної функції супроводжує несприятливий захворювання в 77%, алкоголізм - у 55%. Сексуальні розлади відзначаються у - 48% хворих із захворюваннями органів кровообігу, в 70% осіб із неврологічними захворюваннями.

Таким чином, рання діагностика сексуальних розладів у пацієнтів з несприятливими психічними розладами важлива в лікуванні та реабілітації хворих молодого віку.

Русіна С.М., Нікоряк Р.А.

ДЕЗАДАПТИВНА ПОВЕДІНКА СЕРЕД УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Розлад адаптації (РА) – це стан суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, що зазвичай перешкоджає якості життя й соціальному функціонуванню індивіда і виникає в період адаптації до значної зміни в житті або в наслідок стресової життєвої події. Актуальність обраної теми полягає в тому, що в останні роки виникла тенденція до зростання розладів адаптації серед молоді, схильність до їх несприятливого, затяжного перебігу. Почастішали випадки формування ранніх форм дезадаптивної поведінки які набули загрозливого характеру і мають високу соціальну значимість. Небезпека даних порушень нерідко призводить до соціальної дезадаптації, коли людина повністю втрачає можливість пристосування до умов соціального середовища.

Метою нашого дослідження стало раннє виявлення девіантної поведінки як прояв РА серед 30-и учнів старших класів ЗОШ міста Чернівці.

За допомогою метода клінічного інтерв'ю та клініко-психопатологічного дослідження встановлено, що серед 15 юнаків - 93% осіб палять а серед 15 дівчат – 33% досліджуваних. Висловили своє позитивне ставлення до шкідливої звички всі 100% обстежених юнаків та 48% дівчат. Решта 52% дівчат вважають це явище як данину сучасній поведінковій моді та допускають можливість самим почати палити. Епізодичне вживання легких алкогольних напоїв (енергетики, пиво, вино) відмітили 100% юнаків та 67% дівчат, які вважають це нормальним явищем. Вживають міцні алкогольні напої 2-3 рази на тиждень (горілка, коньяк) 10 юнаків і 1-а дівчина. Пробували легкі наркотики (марихуана, гашиш) 14 хлопців та 2 дівчини, що складає 53% досліджуваних. Однак, негативне ставлення саме до наркотизації молоді висловили 20% юнаків та 80% дівчат.

Таким чином, встановлено, що серед досліджуваних переважала непатологічна (психологічна) девіантна поведінка, яка була зумовлена соціально-психологічними дивіаціями особистості, передусім мікросоціально-психологічної вседозволеності та вседоступності і була проявом ситуаційних характерологічних реакцій особистості, а саме – протесту, відмови, емансипації.

Циркот І.М., Бірюк І.Г., Мойсюк В.Д., Сикирицька Т.Б.

ДІАГНОСТИКА ШИЙНИХ РАДИКУЛОПАТІЙ МЕТОДОМ МАНУАЛЬНОГО М'ЯЗОВОГО ТЕСТУВАННЯ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Радикулопатія (від лат. *radicula* - корінець, *pathia* - ураження) – це загальний термін, який використовується медичними працівниками для позначення симптомів, пов'язаних із захворюваннями периферичної нервової системи людини, які обумовлені защемленням або запаленням корінців спинномозкових нервів.

Шийна радикулопатія (ШР) - нейрокомпресійний синдром, який супроводжується склеротомними руховими та/або чутливими розладами у поєднанні з больовим синдромом. До причин, які призводять до компресії при ШР можна віднести такі, як грижі, протрузії міжхребцевих дисків, гіпертрофії фасеточних суглобів, спондилолістези, остеофіти, травми хребта, інфекційні та онкологічні захворювання. Біль в ділянці шийного відділу хребта примушує пацієнта звернутися до лікаря. За даними літератури, ШР зустрічається приблизно у 21 % пацієнтів із підтвердженими протрузіями шийних міжхребцевих дисків та у 68,4 % хворих із грижами міжхребцевих дисків та патологоанатомічними змінами в шийному відділі хребта. Найчастіше ШР виникає в середньому та нижньому відділах: С₅ - (від 2% до 6,6%), С₆ - (17,6-19%), С₇ - (46,3-69%), С₈ - (6,2-10%). Клінічна картина ШР складається з різного ступеня порушень рухів, чутливості, зниження рефлексів, а також судинних та трофічних розладів, які роблять її діагностику досить складною. Зважаючи на це, виникла необхідність удосконалити об'єктивну оцінку стану сегментарних структур у хворих з ШР. Не зважаючи на свою розповсюдженість, ШР продовжує залишатися досить мало вивченим явищем в сучасній медицині і це потребує при проведенні діагностичних обстежень комплексного підходу. Досить часто виникає ситуація, коли неможливо обмежитися клінічними, рентгенологічними та інструментальними обстеженнями для підтвердження остаточного діагнозу. Зважаючи на це, виникає необхідність виконання додаткових методів обстеження таких, як електроміографічне дослідження, МРТ, КТ, КТ-мієлографію або низхідну мієлографію.



Такий підхід дозволяє досить точно локалізувати рівень ураження та візуалізувати морфологічний субстрат, який спричинив клінічну симптоматику. Проте, в сучасній медицині відбувається домінування додаткових „Платних” методів дослідження над клінічними методами обстеження пацієнтів, яке створює надлишкове (не завжди обґрунтоване в діагностичному плані) фінансове навантаження на пацієнта. Зважаючи на вище наведене, метод мануального м'язового тестування (ММТ) при проведенні клінічної діагностики ШР є актуальним і розширює діапазон клінічних та доклінічних методів діагностики. Методика проведення ММТ полягає в ручному методі діагностики активності міотатичного рефлексу досліджуваного м'язу в процесі виконання ним ізометричного навантаження та інтерпретації результатів дослідження.

Цей метод використовує наявність взаємозв'язку між певними м'язами та корінцями, які їх іннервують. Оцінка стану м'язів відбувається шляхом ММТ конкретних м'язів в процесі їхнього скорочення (оцінюємо рефлекс руху м'яза агоніста). Ослаблення тону м'яза (гіпорексія), під час рефлексу руху, свідчить про зниження активності рефлексу руху та можливу компресію корінця на певному рівні хребцево-рухових сегментів. Повторне ММТ, на фоні механічної провокації положенням (латерофлексія / флексія / екстензія / ротація) або рухом (тракція / компресія) у шийному відділі хребта, яке усуває гіпорексію м'язу та сприяє зменшенню больового синдрому, дає змогу визначити ймовірний рівень ураження корінця й вибрати нетравматичний напрямок корекції хребцево-рухового сегмента.

ММТ м'язу дає можливість оцінити рефлекторну активність м'язу при виконанні заданого руху (оцінюємо здатність нервової системи підтримувати активність рефлексу в умовах навантаження). У такий спосіб вдається виявити найбільш слабку ланку (гіпоректорний м'яз) опірно-рухового апарату. Приймаючи до уваги взаємозв'язок між досліджуваними м'язами та анатомічним рівнем корінців, можна визначити ймовірний рівень ураження корінця. Застосування методу механічних провокацій через зміну положення тіла або певного анатомічного регіону - дає змогу визначити те положення при якому тону м'язу відновлюється (гіпоректорний м'яз стає норморефлекторним). Відновлення тону м'язу, після проведеної провокації, свідчить про зменшення впливу компрометуючого фактору на стан корінця, а відповідне положення анатомічного сегмента можна вважати атравматичним та лікувальним. Доказовим фактором правильно визначеного рівня ураження корінця методом ММТ слід вважати функціональну гіпорексію двох м'язів, які він іннервує.

Таким чином, діагностичне дослідження методом ММТ різноманітних груп м'язів, які іннервуються корінцями шийного відділу хребта, допомагає виявити гіпоректорні м'язи та визначити анатомічний рівень компресії корінця. Діагностичним ключем під час визначення рівня ураження корінця методом ММТ слід вважати функціональну гіпотонію двох м'язів, які він іннервує. Норморефлекторність м'язів вище та нижче від ймовірного рівня радикулопатії є додатковим порівняльним критерієм в оцінці досліджуваних м'язів та визначенні рівня радикулопатії. Провокації рухом або положенням в поєднанні з ММТ допомагають визначити оптимальний напрямок мануальної корекції та найменш травматичне положення для шийного відділу хребта. Мануальне м'язове тестування рефлексу руху, як спосіб оцінки стану периферичної нервової системи, доцільно включати в протоколи клінічного дослідження пацієнтів з радикулопатіями та іншими захворюваннями периферичної нервової системи.

Яремчук О.Б.

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Хвороба Паркінсона (ХП) є залежним від віку нейродегенеративним захворюванням, яке уражає 1 – 2% осіб віком понад 60 років. Нейро-психіатричні зміни при ХП мають серйозний вплив на якість життя пацієнтів, ефективність догляду за ними і перебіг самого захворювання. Їх оцінка, дослідження і лікування також важливі в сенсі забезпечення розуміння базисної нейробіології нейро-психіатричних змін, котрі виникають у контексті неврологічного захворювання. За останні роки різко підвищився інтерес до нейропсихіатрії ХП. Тривожність визнана поширеним психіатричним супутнім порушенням при ХП, що сприяє значним погіршенням функціональної, моторної, соціальної та пізнавальної діяльності. Відповідно тривожність призводить до зменшення рівня якості життя та спричинює чи посилює залежність від догляду пацієнтів з ХП.

З метою вивчення поширеності та феноменології тривожності при ХП проведено обстеження 42 хворих на ХП. Діагноз виставляли згідно МКБ-10 (1995) у відповідності з загальноприйнятими критеріями Британського банку мозку. Середній вік хворих склав $58,3 \pm 13,5$ років, середня тривалість захворювання – $5,6 \pm 3,1$ років. Середня важкість рухової симптоматики за частиною III Уніфікованої рейтингової шкали оцінки ХП (UPDRS) склала $25,9 \pm 8,4$ бали, важкість за шкалою Хел-Яра – $2,05 \pm 0,6$. Непсихотичні психічні розлади та деякі моторні розлади при ХП оцінювались із застосуванням таких методик: Unified Parkinson's Disease Rating Scale розділ 1, 2, 3 (UPDRS, версія 2008); для виявлення й оцінки тяжкості депресії і тривоги – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); особистісну тривожність визначали за шкалою Дж. Тейлор.

При обстеженні у всіх наших хворих на ХП були виявлені тривожно-депресивні розлади - 63,6%. При проведенні оцінки особливостей немоторних проявів ХП у віковому аспекті, відмічено статистично значуще погіршення у хворих на ХП старше 60 років в порівнянні з молодшими пацієнтами лобових регуляторних функцій за шкалою БТЛД на 12,94%, загальної когнітивної продуктивності за шкалою MMSE – на 12,39%,