

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Таким чином, біль є поширеним симптомом при РС і потребує обов'язкової корекції. Хворі на РС за наявності хронічного болю більше інвалідизовані і соціально дезадаптовані, ніж хворі з аналогічним неврологічним дефектом, але без больового синдрому.

Карвацька Н.С.
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Ситуація в Україні, що склалася в останні роки, призвела до збройного конфлікту при проведенні антитерористичної операції (АТО) з величезною кількістю загиблих, поранених, заручників з числа військових та цивільного населення. Враховуючи постійне удосконалення військової техніки і тактики ведення боїв, появу явища «гібридної війни», особи, які беруть участь у військових конфліктах, все рідше мають можливість після виходу з театру бойових дій зберегти фізичне та психічне здоров'я. До наслідків впливу різних екстремальних подій можна віднести посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Поширеність останніх в популяції складає: ПТСР - 1-3% усього населення земної кулі; РА - 5-20% усіх амбулаторних пацієнтів. Все це зумовлює інтерес дослідників до проблеми психічного здоров'я тих, хто зазнав впливу стрес-факторів при збройних конфліктах.

Метою дослідження було вивчити клініко-психопатологічні особливості і патопсихологічні характеристики хворих на ПТСР з урахуванням стану нервової системи (перенесеної закритої черепно-мозкової травми - ЗЧМТ), розробці на цій підставі нового комплексного методу їх лікування з використанням сучасних заходів психотерапії.

Для рішення завдань проводили клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне і експериментально-психологічне дослідження всіх хворих з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. Результати інтерв'ю оброблялись за допомогою алгоритму стандартизованої статистичної програми SPSS for Windows, версія 9. Застосовувались також психодіагностичні методики: Місісіпська шкала (цивільний та військовий варіанти), опитувальник депресивності Бека, опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R (Derogatis), шкала оцінки впливу травматичної події IES-R (Горовітц), показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером-Ханінім, усього обстежено 40 хворих. Хворі були віком від 25 до 43 років (середній вік - 33±6 років).

Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР дав змогу виокремити декілька його варіантів: астеничний, тривожно-фобічний, істероформний, депресивний, дисфоричний, іпохондричний, соматоформний та змішаний.

У групі військовослужбовців із ПТСР та ЗЧМТ в анамнезі (частіше - контузії) відзначено такі психічні синдроми: астеничний - у 27 (48,0%), тривожно-фобічний - у 19 (26,8%), істероформний - у 8 (11,3%) та депресивний - у 17 (23,9%) хворих. Серед переселенців із зони АТО із ПТСР виявлено такий розподіл психічних синдромів: астеничний - у 12 (32,4%), тривожно-фобічний - у 11 (29,7%), істероформний - у 6 (16,2%), депресивний - у 8 (21,6%) хворих.

При узагальненні результатів клінічного й експериментального дослідження виражену депресію відзначено у 23,9% пацієнтів, які перенесли ЗЧМТ. Вона виникала зазвичай у відновний період через 3-6 міс після травми. Це відповідає даним літератури, згідно з якими частка депресії серед осіб із ЗЧМТ становить 11-25%. Найважливішим соціальним чинником, що впливає на виникнення посттравматичної депресії, виявився соціальний стан пацієнта: розвитку вираженої депресії сприяла самотність, за наявності родини вона не розвивалася або мала легший ступінь.

Окрім депресії, у багатьох хворих виявлено тривожність. За шкалою Спілбергера-Ханіна реактивна тривожність становила 42,3 бала, а особистісна тривожність - 51,2 бала.

Кореляційний аналіз результатів, отриманих при використанні об'єктивних і суб'єктивних методів оцінки депресії та тривожності у пацієнтів із ЗЧМТ, виявив достовірну кореляцію, що підтверджує правомірність використання суб'єктивних оціночних шкал.

Згідно з результатами дослідження, депресія після ЗЧМТ переважно поєднується із тривогою, страхом залишатися на самоті із собою, страхом смерті. Скарги на почуття тривоги супроводжуються відчуттям серцебиття, нестачі повітря, несистематичними запамороченнями, епізодичним головним болем напруження, відчуттям дискомфорту в ділянці серця. При експериментальному психологічному дослідженні також виявлено високий рівень кореляції депресії з тривожністю, особливо особистісною. Є всі підстави говорити про виникнення посттравматичної депресії у високотривожних особистостей, для яких характерна також наявність коморбідних психосоматичних і вегетативно-судинних порушень.

Психотерапія і групова психотерапія є найбільш вдалим терапевтичним підходом для лікування пацієнтів із ПТСР. В груповій обстановці пацієнт може поділитися своїми спогадами про травму, симптоми ПТСР і функціональні порушення з тими, у кого були схожі переживання.

Комплексне диференційоване лікування хворих із ПТСР із урахуванням стану нервової системи довело високу ефективність психотерапевтичних методів, оскільки вони мають вплив на афективну і когнітивну сферу, сприяють формуванню позитивного ставлення до терапії та редукції ідеаторних нав'язливостей у структурі афективних розладів депресивного регістру. Застосування психотерапії у складі комплексної



психотерапії дає можливість знижувати дози інших психотропних засобів, що сприяє не тільки оптимізації лікування, а також запобіганню виникненню небажаних ефектів.

Дослідження свідчать про актуальність проблеми та показують перспективи для подальшого вивчення ПТСР, найбільш важливими в них є пошук доказів клінічних корелятив між симптоматикою ПТСР, оцінкою когнітивних функцій і нейровізуальними дослідженнями мозку.

Кривецька Г.І.
ЗВ'ЯЗКИ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВОГНИЩ ДЕМІЄЛІНАЦІЇ У ХВОРИХ НА
РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Пацієнтів з розсіяним склерозом, поряд зі скаргами на рухові, координаторні, тазові та інші неврологічні порушення, турбують порушення пам'яті, уваги, які відіграють важливу роль в погіршенні якості життя, утруднюють професійну діяльність та соціальну адаптацію.

Метою нашого дослідження було вивчення стану вищих психічних функцій у хворих на ремітуючи - рецидивуючий розсіяний склероз з допомогою нейропсихологічного тестування та співставлення їх з вогнищами ураження на МРТ. В дослідження були включені 25 хворих з вперше встановленим РС, серед них 17 жінок та 8 чоловіків. Середній вік хворих склав 32±2,8 роки. Середня тривалість захворювання до моменту обстеження склала 29,3±3,64 міс. Ступінь інвалідизації по шкалі функціональних систем FS та EDSS на момент обстеження склала 2,9±0,24 бала. Всім пацієнтам проводилось МРТ дослідження головного мозку (на апараті з потужністю поля 1,0 Тесла) за стандартною програмою T1, T2 режимах і зважених за протонною щільністю. Нейропсихологічне обстеження включало: тест «запам'ятовування 10 слів» - для оцінки короткочасної пам'яті, коректурна проба - для оцінки уваги, навички рахунку, стійкість уваги оцінювали з допомогою тесту «віднімання від 100 по 7», в тесті «рахунку по Крепеліну» для оцінки продуктивності розумової діяльності та втомлюваності розраховувався коефіцієнт працездатності.

При психологічному обстеженні виявлені наступні когнітивні порушення: збільшення часу на виконання інтелектуально-мнестичного завдання, зниження концентрації уваги, швидке виснаження психічних процесів, порушення короткочасної пам'яті. Співставлення результатів нейропсихологічного тестування та МРТ - результатів проводилось з метою виявлення можливих закономірностей формування функціонального дефіциту в залежності від вогнищевих уражень провідних шляхів головного мозку. Порівняльний аналіз відповідності ступеню когнітивних порушень та кількості і локалізації вогнищ демієлінації виявив більш виражені когнітивні порушення у хворих з наявністю множинних зливних вогнищ в головному мозку. Проте функціональний дефіцит різних зон кори головного мозку не має прямого зв'язку з ураженням провідників, які безпосередньо забезпечують їх аферентацію та асоціативні зв'язки, але можна виділити зони, ураження яких частіше супроводжувалося дефіцитом когнітивних функцій, а саме перивентрикулярні ділянки, що прилягають до передніх відділів правої півкулі та задніх відділів лівої півкулі.

Кричун Г.І.
СТАН ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВООБІГУ ТА ЕНДОТЕЛІЯЛЕЖНОЇ
ВАЗОДИЛЯТАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОЇ ДИСКОГЕННОЇ ЛЮМБАЛГІЇ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Патологія попереково-крижового відділу хребта складає більше 80% всіх захворювань периферичної нервової системи [Скоромець О.О., 1997, Авакян Г.М., 2000], а з урахуванням несприятливого прогнозу та розвитку цілого ряду ускладнень, лікування цієї групи пацієнтів стає важливою медико-соціальною проблемою.

Метою дослідження є стан церебрального кровообігу та функціонального стану ендотелію у хворих із загостренням хронічної люмбалгії на тлі кили міжхребцевого диску.

Церебральну гемодинаміку досліджували за допомогою екстра-та інтрацеребральної доплерографії на апараті «Сономед-325» за загальноприйнятими методиками. Функціональний стан ендотелію вивчали на прикладі судинорухової функції ендотелію при дослідженні ендотеліязалежної вазодилатації артеріальних судин за допомогою тесту реактивної гіперемії [Celermajer D. et al., 1992].

Було обстежено 27 хворих на хронічну люмбалгію внаслідок кили диску LIV-LV у фазі загострення. Вивчені показники порівняні з аналогічними показниками у 10 здорових осіб аналогічного віку.

Встановлено, що показники ендотеліязалежної вазодилатації плечової артерії в контрольній групі хворих склали 10,95%±0,25, що відповідає умовній нормі, описаній в літературі. В групі обстежених хворих аналогічні показники склали 9,72%±0,3 (в порівнянні з контролем, p<0,01). Доплерографічні дослідження виявили у всіх обстежених хворих гіперкінетичний тип кровообігу зі значним збільшенням показників лінійної швидкості кровотоку в магістральних артеріях голови та значною нестійкістю судинного тону на тлі вираженої гіпотонії магістральних вен.

У результаті проведених досліджень виявлені значні зміни показників церебрального кровообігу в поєднанні зі змінами функціонального стану ендотелію у хворих із загостренням хронічної люмбалгії на тлі



кили міжхребцевого диску. Отримані дані дають підстави рекомендувати включення в комплексне лікування таких хворих всютонізуючих препаратів та ангіотропних засобів з впливом на судинний ендотелій, що особливо є важливим у хворих старших вікових груп з наявною серцево-судинною патологією.

Панковський В.М.
**ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ
НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Повсякденна клінічна практика свідчить про те, що у хворих на розсіяний склероз (РС), поряд з неврологічною симптоматикою, виявляються і психічні розлади, які представлені широким спектром неврозоподібних, афективних та психоорганічних порушень.

Було обстежено 60 хворих на РС у віці від 18 до 61 року (жінок - 40, чоловіків - 20) з тривалістю хвороби від 2 до 23 років.

Дослідження структури психічних розладів у хворих на РС показало, що їх клінічна оформленість та специфічність безпосередньо залежать від терміну тривалості та ступеня тяжкості хвороби, їм притаманна певна послідовність появи психопатологічних розладів. За ступенем виразності психопатологічної симптоматики впродовж перебігу РС ми виділили три стадії: ініціальну, стадію виразних проявів та кінцеву стадію.

В ініціальній стадії виявлялись реакції особистого реагування на наявність хвороби. Вони відрізнялись багатством змісту та індивідуальною неповторністю і по клінічній структурі нагадували ситуаційні адаптивні реакції. Серед останніх переважали астено-депресивні та тривожно-депресивні типи реагування.

В стадії виразних клінічних проявів найчастіше зустрічались афективні та неврозоподібні синдроми, де серед останніх найбільшу питому вагу склали тривожна, дисфорична та апатична депресія. Неврозоподібні порушення були представлені комплексом симптомів астеничного, істероформного та обсесивного кола. Слід зазначити, що астенія мала хвилеподібний, мигаючий характер, а в її психопатологічній структурі явища дратівливості домінували над слабкістю. Особливу увагу на себе звертали значна відсутність довготривалої уваги та зниження продуктивності пізнавальної діяльності. При переважанні істероформних розладів у пацієнтів констатувались порушення форм фрустраційної напруги та демонстративні форми поведінки, визначалась невідповідність між ступенем тяжкості неврологічних порушень та загальним фізичним станом обстежених. Розлади обсесивного кола виявлялись на тлі астеничного симптомокомплексу. Переважали настірливі думки про особисту фізичну неповноцінність.

В психопатологічній структурі афективних порушень домінував афект тривоги у поєднанні з депресивними ідеями зниження власного соціального значення, неповноцінності. Коли ж приєднувались ідеї самозвинувачення та первинні ідеї вини, у проявах депресії мали місце туга та суїцидальні тенденції.

Ступінь виразності депресії залежала від виразності неврологічних проявів.

В кінцевій стадії домінували мнестичні розлади, які переважно поєднувались з інтелектуальним зниженням, відсутністю критичного відношення до своєї хвороби, що призводило до розвитку психоорганічного синдрому.

Таким чином, психоорганічні розлади були найбільш виразними при цереброспинальній формі РС. Формування психоорганічного синдрому суттєво впливало на динаміку неврозоподібних і афективних розладів, що проявлялось зменшенням скарг астеничного характеру та зміною глибини і структури депресії.

Ротар С.С.
ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У продовж останніх років в Україні збільшилась кількість пограничних психічних розладів, у зв'язку з чим їх рання діагностика на початкових етапах є необхідною для своєчасного проведення профілактичних заходів.

Особливою групою ризику є перш за все студенти, тобто особи, які займаються напруженою розумовою працею. Найбільш уразливими виявились студенти молодших курсів. Вступивши до вузу, молоді люди стикаються з великим психоемоційним навантаженням, значною розумовою роботою, необхідністю адаптації до нових умов навчання, режиму дня, харчування, а у деяких студентів і до нових умов проживання та спілкування з оточуючими.

Метою даної роботи є дослідження тривожних та депресивних розладів у студентів-медиків. Їх клініка, діагностика, лікування та профілактика.

Дослідження проводилось в 2014-2015 рр. Було обстежено 53 студентів БДМУ. Для реалізації мети й задач дослідження були застосовані такі методи, як: ступінь вираження тривожної симптоматики за допомогою тесту Спілберґера-Ханіна, діагностика депресивного стану [В. Зунґ, адаптація Т. Н. Балашової, 2009], та застосований опитувальник депресії Бека, методи психокорекції (аутогенне тренування, раціональна



психотерапія, групова психотерапія). Встановлено, що найрозповсюдженішими видами невротичних розладів є депресивні реакції, тривожні та змішані тривожно-депресивні реакції.

На формування психічних захворювань у студентів впливає порушення режиму сну (сон менше 6 годин), гіподинамія, зайнятість в університеті більше 6 годин, тривала підготовка до занять (підвищені та наростаючі вимоги закладу що перевищують звичні шкільні вимоги), травми голови, уживання алкоголю, паління. Тому для зміцнення психічного здоров'я студентів необхідно вдосконалити: профілактичному (удосконалення процесу вибору професії, регулярне проведення скринінг-досліджень психічного здоров'я молоді, психогігієнічне навчання та психологічне консультивання студентів, їх батьків, викладачів), організаційному (виявлення груп ризику психічної дезадаптації, з'ясування основних умов формування психопатологічних особистостей, запобігання впливу факторів ризику), лікувально-діагностичному (проведення діагностичних та психотерапевтичних заходів). У ході дослідження розроблено діагностичні, профілактичні й лікувальні заходи, спрямовані на запобігання депресивних та тривожних розладів у студентів-медиків.

На першому етапі було виявлено рівень тривожності за допомогою методики Спілберґера. Так, за показниками ситуативної та особистісної тривожності у студентів було виявлено низького рівня ситуативної тривожності лише 2%, середнього рівня 64%, високої ситуативної тривожності 34%. Особистісної тривожності низького рівня не виявлено, середнього рівня виявлено 70%, високого рівня 26%, дуже високого 4%.

Таким чином, отримані результати говорять, що серед студентів виявлено значну кількість осіб, які були схильні до високих рівнів, як ситуативної та особистісної тривожності, а це говорить про невпевненість в собі, велике хвилювання особливо в ситуаціях екстремального стану і систематичне переживання такого стану може привести до невротичних та психосоматичних розладів. При цьому зазначені відмінності в отриманих даних I та IV курсів статистично незначущі, що було встановлено за допомогою використання t - критерію Ст'юдента. Також можна припустити, що у осіб з високим рівнем особистісної тривожності рівень ситуативної тривоги також зростає в зв'язку з особистісною реакцією переживання стресованих ситуацій що виникають в житті студентів, зокрема в навчанні.

Рудницький Р.І.
**РАННЯ ДІАГНОСТИКА СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Сексуальні розлади у чоловіків та жінок, що виникають у хворих з неспсихотичними психічними розладами і призводить до подружньої дезадаптації, є актуальною проблемою, мають негативний вплив на стан здоров'я та якість життя подружньої пари.

Важлива рання діагностика сексуальних розладів у пацієнтів з неспсихотичними психічними захворюваннями для надання спеціалізованого комплексного медико-психологічного лікування.

Застосовували комплексне клініко-психологічне обстеження та дослідити особливості клінічних проявів сексуальних розладів у хворих на неспсихотичні психічні розлади.

Виявляли фактори ризику, причини ранніх сексуальних розладів у хворих з неспсихотичними психічними розладами.

Застосовували комплексну клініко-психологічну програму для діагностики: клінічне інтерв'ю, шкали СФЧ та СФЖ [Г.С.Васильченко, 1976], спеціальні опитувальники [А.Т.Філатова та ін.,1982], карту сексологічного дослідження подружньої пари [Г.С.Васильченко, 1988].

Шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження 22 хворих з пограничними неспсихотичними психічними розладами віком від 21 до 60 років, які лікувались у 5 і 15 відділеннях Чернівецької обласної психіатричної лікарні.

Контрольну групу склали 15 осіб з нормальною сексуальною функцією і адаптацією, які проходили планові профілактичні огляди в диспансерному відділенні Чернівецької обласної психіатричної лікарні і не потребували спеціалізованої психіатричної та сексологічної допомоги.

Обстежені пацієнти висловлювали різноманітні загальноневротичні та психосоматичні скарги, окремі жінки займали негативно-звинувачуючу позицію по відношенню до свого партнера. Сексуальні розлади виявлені при таких неспсихотичних психічних захворюваннях: тривожно-фобічних розладах – 4 хворих, обсесивно-компульсивних розладах – 5 хворих, реакції на важкий стрес і розлади адаптації – 2 хворих, дисоціативний (конверсійний) розлад – 9 хворих, неврастенії – 2 хворих (всього 22 хворих).

Виявлені такі психотравмуючі ситуації:

1. Внутрішньосімейні конфлікти – зрада одного з подружжя, втеча із сім'ї, дисгармонія родинних взаємин та інші ситуації, що принижують особистість.
2. Ситуація, що викликала афект страху і створювала безпосередню загрозу життю й добробуту особистості – залізнична автомобільна катастрофа, раптовий напад і т.д.
3. Раптова втрата рідних, повідомлення про смерть близької людини.
4. Тривала психотравмуюча ситуація соціально-побутового характеру – конфлікти в комунальних квартирах, матеріальна незабезпеченість, побутова невлаштованість.