

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



подружніх пар віком від 21 до 63 років із сексуальною дисфункцією у чоловіків і подружньою дезадаптацією, які зверталися у Чернівецьку обласну психіатричну лікарню.

У результаті проведених досліджень виявлено взаємозв'язок сексуальної дисфункції у чоловіків з подружньою дезадаптацією в сім'ї. Сексуальна дисфункція у чоловіків розподілялась таким чином: відсутність або втрата статевого потягу (F 52,0) – 30 чоловіків, відсутність генітальних реакцій (F 52,2) – 50 чоловіків, оргазмічна дисфункція (F 52,3) – 30 чоловіків, передчасна еякуляція (F 52,4) – 40 чоловіків. Відсутність генітальних реакцій (F 52,2) у чоловіків проявлялася еректильною дисфункцією, тобто у зниженні ерекції, недостатньої для задовільного статевих акту. Оргазмічна дисфункція (F 52,3) спостерігалася переважно у жінок, при якій оргазм не виникав або затримувався; вона носила ситуаційний психогенний характер і викликала вороже почуття до чоловіків, подружні конфлікти. Передчасна еякуляція (F 52,4) проявлялася нездатністю затримувати еякуляцію на період, достатній для задоволення від статевих акту в обох партнерів. Передчасна еякуляція спостерігалася у молодих чоловіків (32 чол.), частіше у чоловіків з вищою освітою, носила психогенний характер і супроводжувалася відчуттям страху, тривоги і невпевненості в собі.

Нами було розроблено медико-психологічні заходи для корекції подружньої дезадаптації, спрямовану на досягнення адаптації подружжя на всіх рівнях взаємодії і засновану на принципах системності, комплексності, диференційованості, послідовності, індивідуалізації, тривалості, спадкоємності та парного характеру лікувальних дій.

Застосовували: раціональну, сугестивну психотерапію (гіпнотерапія, еріксоновський гіпноз, НЛП), аутогенне тренування, потенціуючу терапію, сексуально-еротичний тренінг.

Розроблена система корекції дала можливість здобути досить високий терапевтичний ефект – повна корекція сексуальної дезадаптації та функціонування сім'ї і значне поліпшення сексуальних контактів і взаємовідносин подружжя було досягнуто.

Таким чином, розробка комплексної диференційованої медико-психологічної програми лікування хворих із сексуальними розладами є важливою у підході до комплексного лікування даних хворих.

**Русіна С.М., Курник В.І., Нікоряк Р.А.**

#### **ХРОНОБІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка  
Буковинського державного медичного університету*

Ритмічність природних явищ спонукала виникнення ритмічних процесів в живих системах як механізму пристосування до постійно мінливих умов життя на Землі. Впродовж доби функціональний стан всіх систем організму відрізняється званою варіабельністю, маючи характер ритмічних коливань. Добовий (ширцадний) ритм є проявом пристосувальних реакцій людини в умовах зміни світлового режиму Землі. Тому ми поставили собі за мету дослідити причинний зв'язок між зростанням не психотичних психічних розладів та зовнішнім середовищем. Для цього було досліджено психічні розлади у 30-ти хворих з не психотичними психічними порушеннями.

У результаті проведених досліджень спостерігались порушення циркадіального ритму без достовірних змін в показниках: частоти пульсу, пробах Векслера, Рибаківа, Шульте. Систолічний тиск з максимальними значеннями в ранішні години о 8.00 був достовірно ( $p < 0,05$ ) більшим ніж об 11.00, що не співпадало з контрольною групою, а діастолічний тиск був максимальним у вечірні години в порівнянні з ранішніми ( $p < 0,05$ ), що співпадало з даними групи практично здорових.

Процеси мислення по тривалості часу були достовірно більшими за значення контрольної групи (середні значення від 10,85±2,84 с. до 12,14±2,14 с.,  $p < 0,05$  і  $p < 0,01$ ), порівняно недостатні були і якості абстрактного компоненту мислення. Процеси запам'ятовування і відтворення у даній групі хворих мали середні значення, які достовірно перевищували показники практично здорових, з деякими помилками (вгадуванням), їх середньодобові значення були від 16,50±3,16 с. о 8.00 годині до 23,33±4,77 с. о 14.00 годині без достовірних змін протягом доби. Об'єм уваги хворих відносно тесту Шульте впродовж доби був в межах, які не відповідали достовірності із середньодобовими значеннями 75,20±10,00 о 17.00 годині але були достовірно вищими об 11.00 годині (до 91,00±17,72) у порівнянні із контрольною групою ( $p < 0,001$ ).

Тест Крепіліна на активну увагу був достовірно нижчим о 20.00 годині (76,06±4,41) у порівнянні з 11.00 годиною (116,67±17,64,  $p < 0,001$ ) і достовірно вищим з групою практично здорових ( $p < 0,001$ ). Тривалість однієї хвилини відставала від астрономічного часу протягом доби, а саме, більш близькою була о 8.00 годині (57,83±3,75) і перевищувала час о 20.00 годині (63,17±6,57,  $p < 0,05$ ). Кліно-ортостатична проба мала свою періодичність протягом доби з найбільшими значеннями о 17.00 годині (10,01±0,76) і найменшими о 8.00 годині (7,14±1,37), хоча і не достовірно.

Мезори частоти пульсу (76,15±0,94), проби Векслера (11,45±0,230), проби Рибаківа (20,8±0,95), тест Шульте (83,20±2,52), тест Крепіліна (95,20±7,92) і кліно-ортостатична проба (8,46±0,33) достовірно збільшені відносно мезора здорових осіб (відповідно  $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,01$ ), а мезор тривалості однієї хвилини хоча і не достовірно, але зменшений відносно практично здорових осіб. Амплітуда частоти пульсу (3,5±0,8% в контролі - 7,3±0,8%), проба Векслера (5,0±0,7%, в контролі - 22,1±3,8%) достовірно зменшені ( $p < 0,01$  і  $p < 0,001$ ), а амплітуда тривалості однієї хвилини (12,0±2,7%, в контролі - 4,1±0,5%), тест Крепіліна (19,7±4,4%, в контролі - 12,0±3,2%), амплітуда систолічного артеріального тиску (4,9±0,9%, в



контролі - 4,6±0,3%), діастолічного артеріального тиску (5,0±0,9%, в контролі - 4,1±0,6%) хоча і не достовірно збільшені.

Таким чином, суттєві зміни у хворих з не психотичними психічними розладами атеросклеротичного генезу в порівнянні з контрольною групою здорових осіб відбулися в процесах мислення, уваги та пам'яті більш як у два рази.

**Філіпеш О.О.**

#### **ВПЛИВ РУХОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ ІЗ БОКОВИМ АМІОТРОФІЧНИМ СКЛЕРОЗОМ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка  
Буковинського державного медичного університету*

Однією з основних причин інвалідності при боковому аміотрофічному склерозі (БАС) є прогресуюче зниження і втрата рухової активності в результаті слабкості, атрофії, гіпертонусу м'язів кінцівок. Надзвичайно важливою складовою комплексної реабілітації пацієнтів із БАС є рухова реабілітація, яка допомагає затримати або попередити вторинні порушення при БАС, зокрема м'язові контрактури, уповільнює прогресування захворювання, а також зберігає рухові функції, а отже покращує не тільки фізичний, а й психологічний стан пацієнтів.

Під нашим наглядом перебували 11 пацієнтів (7 чоловіків і 4 жінки) віком від 35 до 69 років із діагнозом БАС, які знаходились на плановому стаціонарному лікуванні в обласному неврологічному відділенні. У 6-ти хворих діагностовано шийно-грудну форму захворювання, у 5-ти - первинно-генералізовану. Тривалість захворювання становила від 4-х місяців до 5 років. В усіх випадках захворювання характеризувалось відносно рівномірним ураженням центрального і периферичного мотонейронів із переважанням в'ялих парезів і паралічів у верхніх кінцівках і спастичними руховими порушеннями у нижніх кінцівках. Стан 6-ти пацієнтів відповідав 3-му ступеню рухових порушень за функціональною шкалою (помірні/виражені парези в руках і ногах, можуть ходити); в 4-х пацієнтів виявлено 4-й ступінь (виражені парези в руках і ногах, потреба в інвалідному візку, можуть приймати участь у самообслуговуванні); на відміну від останніх, один пацієнт із 5-м ступенем рухових порушень не мав здатності до самообслуговування. У всіх пацієнтів виявляли ознаки пониженого настрою, песимізму, відчуття тривоги, страху, відчаю, пригніченості, небажання спілкуватись із оточуючими, що вони пов'язували з прогресуванням інвалідності та соціальною ізоляцією.

Впродовж терміну перебування на стаціонарному лікуванні, окрім симптоматичної терапії (міорелаксанти, ненаркотичні анальгетики, антипароксизмальні, антихолінестеразні препарати), пацієнти проходили лікувальну фізкультуру у вигляді пасивних гімнастичних вправ, дихальної гімнастики та фізичних прийомів для зменшення спастичності м'язів. До початку лікування і після 14-денного курсу терапії проводили оцінку рівня депресії за шкалою Бека.

На початку дослідження середній рівень депресії за самооцінкою пацієнтів становив 16,1±6,32 балу за шкалою Бека, що відповідало помірній депресії за градацією шкали. Після завершення курсу терапії показник знизився до 10,9±4,24 балу, переважно за рахунок зменшення відчуття тривоги, дратівливості, покращення настрою, підвищення інтересу до інших людей та формування оптимістичного ставлення до лікувальних процедур. Пацієнти пов'язували це саме з виконанням фізичних вправ, які призвели до збільшення рухливості суглобів, зменшення больових відчуттів у спастичних м'язах, появи суб'єктивного відчуття наростання м'язової сили в паретичних кінцівках, покращення рухових функцій та загальної стимулюючої дії кінезотерапії на організм.

Таким чином, оскільки на сьогоднішній день не існує специфічної терапії, яка може зупинити прогресування БАС, фізичні методи реабілітації є важливим чинником у покращенні фізичного стану та його суб'єктивної оцінки пацієнтом, нормалізації психологічного стану, формуванні позитивної мотивації у процесі лікування.

**Юрченко О.С.**

#### **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ В КАРДІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

Проблема психосоматичних співвідношень, що стосується зв'язку між тілом та психікою, є предметом дискусії не тільки в області психіатрії, а і в загальній патології людини. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інфаркт міокарда належать до психосоматичної патології. Це означає, що соматичне захворювання розвивається за постійної та безпосередньої участі психічного фактору.

Робота базується на обстеженні 130 хворих (70 чоловіків та 60 жінок), що знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагнозом "гострий інфаркт міокарда", стенокардія напруги II-IV ФК, після інфарктний кардіосклероз. Ретельно проводився збір анамнезу. Рівень особистісної та ситуативної тривожності встановлювався за методикою Чарльза Спілбергера. Для визначення типів реагування на хворобу використовували тест для виявлення невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич).

Встановлено, що серед хворих на інфаркт міокарда більшість складають особи з високим рівнем особистісної тривожності (ВРОТ) - 61,53%, пацієнти з середнім рівнем особистісної тривожності (СРОТ)



зустрічались у 38,47% випадків, низький рівень тривожності серед обстежених хворих не представлений взагалі. В статевому розподілі у чоловіків частки пацієнтів I та II груп були практично однаковими (47,37% пацієнтів з ВРОТ та 52,63% з СРОТ), на відміну від жінок, серед яких переважали особи з ВРОТ (71,43% проти 28,57% з СРОТ). Прикметно, що в підгрупах з високим та СРОТ абсолютні значення також були вищими у жінок, ніж у чоловіків -56,73±2,11 проти 49,33±1,84 балів ( $p<0,05$ ) для осіб з ВРОТ, та 38,66±1,48 проти 38,0±1,36 ( $p<0,05$ ) для осіб з СРОТ.

Серед чоловіків I групи переважали особи з високим рівнем ситуативної тривожності (ВРСТ) –55,5% на відміну від II групи де ВРСТ мали 25% чоловіків; у жінок результати були відповідно –33,3% проти 16,6%. В статевому розподілі серед осіб I групи частки чоловіків та жінок з ВРСТ були відповідно –55,5% проти 33,3%. Серед II групи частки чоловіків з ВРСТ були теж значно вищими ніж у жінок відповідно –25% проти 16,6%. Отже, рівень ситуативної тривожності більше виражений у чоловіків (55,5% проти 33,3%) на відміну від жінок у яких високою була особистісна тривожність (71,42% проти 47,37%).

Безпосередніми причинами розвитку інфаркту міокарда в I групі були фізичне навантаження (3,84% випадків), емоційне перенапруження (84,61%); 11,53% хворих не можуть пов'язати виникнення інфаркту з конкретним чинником. У осіб II групи фізичне навантаження призвело до розвитку інфаркту міокарда в 57,14% випадків, в 21,42% причиною інфаркту стали емоційне перенапруження, видимої причини інфаркту не можуть вказати 21,42% пацієнтів.

Враховуючи типи реагування на хворобу встановлено, що пацієнти з тривожним типом реагування на хворобу (чол.+1,2 жін.-0,4) найчастіше скаржились на серцебиття, порушення сну підвищену втомлюваність та пітливість у відповідності 81,8%, 86,3%, 77,2%, 63,6%, в той час, як найбільша різниця між значенням здоров'я та нездоров'я відмічалася у таких скаргах як погіршення пам'яті, серцебиття, пітливість. Задишку відзначали у себе 70% опитаних.

При істеричному типі реагування на хворобу (яскраво у жінок—3,8 чол+1,5) найбільш характерними скаргами були: підвищена втомлюваність (90%), зниження працездатності (90%), порушення сну (75%) та похитування при ходьбі (75%); запаморочення, погіршення пам'яті та підвищена пітливість відповідно - 65%, 45%, 60%.

Для людей з невротично-депресивним типом реагування на хворобу (жінки-2,7 чол+1,2) найбільш характерні такі скарги, як серцебиття(90,4%), зниження працездатності(90,4%), порушення сну(85,7%), виражений головний біль(80,9%), пітливість(61,9%), в той час, як зниження апетиту відмічали у себе 38% - нездоров'я та 0 - здоров'я. Запаморочення та порушення пам'яті відповідно-57,1%, 42,8%.

У пацієнтів з астеничним типом реагування на хворобу (жін.-3, чол.+2) зустрічаються такі скарги, як підвищена втомлюваність (90,9%), порушення сну (86,3%), зниження працездатності (81,8%), серцебиття (81,8%), похитування при ходьбі (71,2%). На зниження апетиту скаржаться 36,3% опитаних, в той час, як про нормальний апетит не говорив ніхто. Пітливість та погіршення пам'яті спостерігали у себе відповідно 63,6% та 36,3% хворих.

Всі типи реакцій на хворобу супроводжувались різноманітними вегетативними розладами, які були характерні як для жінок (-7,2), так і для чоловіків (-5,8). Більшість опитаних скаржились на підвищену втомлюваність та зниження працездатності (89,4%), задишку та серцебиття (84,2%), запаморочення (73,6%), порушення сну (68,4%), закрепи (36,8%), пронос (15,7%).

Отже, у жінок, на відміну від чоловіків, перебіг ішемічної хвороби серця значно частіше супроводжується невротичними реакціями різних видів, що, очевидно, пояснюється більшою чутливістю, лабільністю жіночої психіки та схильністю жінок до більш емоційної оцінки власного стану. Визначення типу реакції на хворобу у пацієнтів з ІХС дозволяє правильно оцінити суб'єктивні прояви основного захворювання та відмежувати скарги, які обумовлені психологічними чинниками та характерологічними особливостями пацієнта.

**Яремчук О.Б.**  
**НЕМОТОРНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка  
Буківинський державний медичний університет*

Згідно з офіційною статистикою МОЗ, станом на 01.01.2013 року в Україні зареєстровано 23874 хворих на хворобу Паркінсона, що становить 63,7 на 100 тисяч населення. Кожного року від 2300 до 2500 хворих уперше захворюють на цю недугу. Хвороба Паркінсона (ХП) є залежним від віку нейродегенеративним захворюванням, яке уражає 1 – 2 % осіб віком понад 60 років. Через постаріння популяції в найближчі десятиріччя очікують прогресивне збільшення захворюваності на ХП.

Поліморфізм клінічних проявів ХП можна розділити на дві групи: моторні та немоторні. Немоторні прояви часто передують моторним, з'являються задовго до появи ригідності чи тремору, а на пізніх стадіях нерідко значно погіршують якість життя пацієнтів. До немоторних симптомів ХП належать: анормія, когнітивні порушення, депресія та інші афективні розлади, психотичні порушення, вегетативна дисфункція, порушення сну і бодрування, больові синдроми, втомлюваність.

З метою вивчення немоторних проявів ХП проведено обстеження 22 хворих на ХП. Діагноз виставляли згідно МКБ-10 (1995) у відповідності з загальноприйнятими критеріями Британського банку мозку. Середній вік хворих склав 58,3±13,5 років, середня тривалість захворювання – 5,6±3,1 років. Середня важкість рухової



симптоматики за частиною III Уніфікованої рейтингової шкали оцінки ХП (UPDRS) склала 25,9 ± 8,4 бали, важкість за шкалою Хен-Яра – 2,05±0,6. Немоторні прояви та деякі моторні розлади ХП оцінювались із застосуванням таких методик: 1) Unified Parkinson's Disease Rating Scale розділ 1, 2, 3 (UPDRS, версія 2008); 2) коротка шкала оцінки психічного статусу – Mini Mental State Examination (MMSE); 3) для дослідження регуляторних функцій – батарея лобової дисфункції (БТЛД); 4) для оцінки якості життя – Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire-39 (PDQ-39); 5) для виявлення й оцінки тяжкості депресії і тривоги – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); 6) цифрова рейтингова шкала інтенсивності болю – Numerical Rating Scale (NRS); 7) наявність хронічного закреплення визначалася у відповідності до «Римських критеріїв III»; 8) наявність у хворих ортостатичної гіпотензії визначалася за допомогою ортостатичної проби (Рогоза А.Н. і співавт., 2000).

При обстеженні у всіх наших хворих на ХП були виявлені ті або інші немоторні порушення в психічній, вегетативній та сенсорній сферах. У досліджених осіб переважали: когнітивні порушення (81,8%), закрепи (72,7%), тривожно-депресивні розлади (63,6%), ортостатична гіпотензія (22,7%), біль та інші сенсорні порушення (31,8%). 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%, якості життя за шкалою PDQ-39 – на 16,39%, збільшення частоти кількості випадків закреплів – в 1,56 рази, ортостатичної гіпертензії – у 2,55 рази. Слід зазначити, що середні значення сумарного балу когнітивних функцій у пацієнтів молодше 60-ти років достовірно не відрізнялося від контролю, бал в групі пацієнтів старше 60-ти років відповідав вираженим когнітивним порушенням.

Статистично значущих відмінностей за основними немоторними проявами ХП між чоловіками та жінками не було виявлено ( $p>0,05$ ), окрім тривожного стану за шкалою HADS, вираженість якого була вірогідно більшою у чоловіків на 20,4%, і якості життя за шкалою PDQ-39, яка була вірогідно гіршою у жінок на 14,8%. Зі збільшенням тривалості ХП спостерігалось погіршення стану основних немоторних проявів захворювання, що, у свою чергу, знайшло відображення в значущому погіршенні майже усіх результатів опитування за відповідними шкалами. Середній бал за шкалою MMSE у хворих на ХП до 5-ти років хвороби становив 25,24±0,35 балів, у пацієнтів більше 5-ти років хвороби – 23,34±0,25 балів ( $p<0,05$ ), а бал за шкалою NRS у пацієнтів до 5-ти років хвороби становив 4,09±0,29 балів і змінився на 5,35±0,41 балів ( $p<0,05$ ).

При дослідженні було встановлено, що немоторні прояви ХП достовірно поглиблюються з прогресуванням захворювання. Так, кількість балів становила за БТЛД в I стадії – 16,17±0,34, а у хворих 2стадії – 14,31±0,26,  $p<0,05$ , за MMSE у хворих I стадії – 28,24±0,46 балів, а 2стадії – 26,48±0,67 балів,  $p<0,05$ , за розділом 2 шкали UPDRS в I стадії хвороби 10,83±0,86 балів, 2стадії – 13,58±0,45 балів,  $p<0,05$  та за розділом 3 шкали UPDRS в I стадії – 19,28±0,72 балів, у 2стадії – 28,74±0,94 балів,  $p<0,05$ . Починаючи з третьої стадії ХП значно посилювались такі немоторні прояви як ортостатична гіпотензія та інші показники вегетативної дисфункції.

Таким чином, у хворих на хворобу Паркінсона із зростанням віку, стадії і тривалості захворювання має місце поглиблення немоторних розладів, що проявляється в значущому погіршенні нейропсихіатричної, когнітивної, тривожно-депресивної, вегетативної, больової симптоматики і якості життя. Найгірші показники немоторних проявів спостерігаються при акінетико-ригідній та змішаній формах і швидко прогресуючому перебігу ХП. Отримані дані свідчать про необхідність врахування немоторних проявів при постановці функціонального діагнозу та обов'язковій їх медикаментозній чи не медикаментозній корекції.

**СЕКЦІЯ II**  
**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ, ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЛОР ХВОРОБ**

**Andriy chuk D.R.**  
**PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF ULCER DISEASE IN CHILDREN DEPENDING ON THE DURATION OF THE DISEASE**

*Department of Pediatrics and Medical Genetics  
Bukovinian State Medical University*

One of the most serious diseases of the gastroduodenal area in children is ulcer disease (UD) of the stomach and duodenum. The incidence of this disease in Ukraine and worldwide continues to increase. If in 2000-2001 in the structure of digestive diseases in children ulcer was 4,9%, in 2013 – 7,9%

So, we conducted a clinical examination of 120 children with UD, aged 7-18 years, who lived in Chernivtsy and Chernivtsy region. The study was conducted using a simple randomization.

The average age of children with UD was 14,8±2,0 years. 53,5% of examined children suffering from UD, were boys. There were almost equal numbers of children with duration of UD up to one and over 3 years. Verification of clinical diagnosis was carried out in accordance to the treatment of children in "Children's Gastroenterology" (Ministry of Health of Ukraine № 438 of May 26, 2010). All children were interviewed with studying of anamnesis, genetic, social, environmental, household and other characteristics of their habitat. Clinical studies were performed by the standard method of patient's examination. Particular attention was paid to children's complaints on pain, its location, seasonality, the nature of the factors that enhance and ease the pain.

Pain was observed in 100% of sick children, mostly had aching in nature and was located mainly in the epigastrium and pyloroduodenal areas, regardless of the duration of UD. Pain, which appeared on an empty stomach