

**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



фізичного або психоемоційного навантаження, і який зникав після відпочинку або прийому анальгетиків (анальгін, ефералган), спазмолітиків (но-шпа) та седативних засобів (настоянка валеріани).

Звертало на себе увагу те, що у всіх хворих ВД, незалежно від клінічних варіантів перебігу, виявлявся "синдром загальної дизадаптації" у вигляді підвищеної стомлюваності, зниження фізичної активності, підвищеної чутливості до змін метеорологічних умов, млявості, пониженої працездатності, зниження пам'яті.

Середній вміст загального холестерину при ВД за гіпертонічним типом ($1,46 \pm 0,05$ г/л), ВД за гіпотонічним типом ($1,43 \pm 0,06$ г/л) та у осіб контрольної групи ($1,42 \pm 0,08$ г/л) відрізнялись один від одного статистично не вірогідно ($p < 0,05$). Разом з тим, середній рівень тригліцеридів в сироватці крові у хворих на ВД як за гіпертонічним ($0,56 \pm 0,03$ г/л), так і за гіпотонічним типом ($0,54 \pm 0,04$ г/л) статистично вірогідно ($p < 0,05$) був вищим від показників осіб контрольної групи ($0,40 \pm 0,05$ г/л) і статистично не вірогідно відрізнявся між обома групами хворих на ВД ($p > 0,05$).

У результаті проведених досліджень було встановлено, що показники ендотеліальної залежної вазодилатації плечової артерії в контрольній групі хворих склали $10,95\% \pm 0,25$, що відповідає умовній нормі, описаній в літературі. В групі хворих з ВД за гіпертонічним типом аналогічні показники склали $9,72\% \pm 0,3$ (в порівнянні з контролем, $p < 0,01$), а в групі хворих за ВД за гіпотонічним типом – $9,8\% \pm 0,28$ (в порівнянні з контролем, $p < 0,01$).

Доплерографічні дослідження виявили у всіх хворих з ВД за гіпертонічним типом і у 63% обстежених хворих з ВД за гіпотонічним типом гіперкінетичний тип кровообігу зі значним збільшенням показників лінійної швидкості кровотоку в магістральних артеріях голови та значною нестійкістю судинного тону, який буквально змінювався на очах в процесі дослідження.

Таким чином, в результаті проведених досліджень виявлені значні зміни показників церебрального кровообігу у хворих на ВД в поєднанні зі змінами ліпідного обміну та змінами функціонального стану ендотелію. Виступаючи судинне русло зсередини, ендотеліальні клітини являють собою первинну мішень для впливу гемодинамічних, біохімічних і імунних факторів циркулюючої крові. Можна припустити, що в даній категорії хворих ендотеліальні клітини вже не можуть забезпечувати адаптацію судин до гемодинамічних перенавантажень, що в поєднанні зі змінами ліпідного обміну буде приводити до прогресування судинної патології. Отримані дані свідчать про необхідності проведення у хворих на ВД активної профілактики серцево-судинних захворювань з обов'язковим включенням ендотеліотропних засобів.

Курик В.І., Русіна С.М., Смук М.В.

КЛІНІЧНІ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

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

Судинна патологія головного мозку супроводжується низкою порушень психічної діяльності і проявляється різними клінічними формами. Одним із основних проявів є астенія, оцінка якої дає можливість об'єктивно оцінити ефективність лікування, стан пізнавальних процесів при визначенні працездатності тощо. Тому метою дослідження було вивчення клінічних та експериментально-психологічних особливостей пізнавальних процесів та стану емоційно-вольової сфери хворих на церебральний атеросклероз ранньої та пізньої стадії перебігу хвороби. Для реалізації мети дослідження було досліджено астенічні розлади у 44 хворих жіночої статі віком від 45 до 65 років, які страждали на церебральний атеросклероз. Серед них були 28 хворих із сільської місцевості та 16 – міської.

У результаті проведених досліджень було встановлено, що клінічна картина у хворих на церебральний атеросклероз була різною в залежності від періоду захворювання, стану його характеру перебігу. Найчастіше захворювання дебютувало астенічним синдромом. На ранній стадії захворювання астенія мала хвилюподібний перебіг, періоди поліпшення загального стану змінювалися періодами погіршення. Найбільш ранньою ознакою астенії були розлади пам'яті (з утрудненням пригадували необхідні слова, імена, дати, прізвища, а через деякий час – згадували). Це м'який тип порушення пам'яті, що повільно прогресує та належить до гіперстенічного типу астенії. Крива запам'ятовування мала зигзагоподібний характер. Обстеження методикою Крепеліна, Шульце та коректурною пробою показали, що спочатку страждала механічна пам'ять і процес запам'ятовування, а зберігалася асоціативна пам'ять та хворі не робили помилок при відтворенні слів, що притаманно початковій стадії захворювання. У подальшому, при прогресуванні розладів пам'яті, до нестійкої репродукції додавалися розлади зберігання, а пізніше запам'ятовування (40% хворих неповністю відтворювали слова, а 20% зовсім не змогли відтворити). Спостерігалось збільшення числа помилок за методикою Крепеліна та пропуски букв за коректурною пробою. Крива запам'ятовування стала рівною, торпедною, інертною – гіпостенічний варіант кривої.

Оцінюючи результати дослідження хворих, які страждають на церебральний атеросклероз, виявлені два варіанти перебігу астенічного синдрому. На початковій стадії хвороби спостерігався гіперстенічний варіант астенії, крива мала зигзагоподібний характер, м'який тип перебігу, при цьому були виявлені: порушення процесу запам'ятовування поточних подій; відсутність помилок при відтворенні конкретних подій; втрата другорядних деталей і опису при збереженні основної сюжетної лінії; чітка залежність між сумарними показниками порушення пам'яті та церебральним атеросклерозом; збереження процесів узагальнення і відтворення, але відмічалися помилки під час другорядних конкретних дій.



При прогресуванні захворювання виявлявся гіпостенічний варіант астенії: крива розладів запам'ятовування різко порушена і ставала інертною, торпедною; майже 40% хворих не змогли відтворити події опису, а 20% не змогли відтворити взагалі; збільшилася кількість пауз, поява помилок і подовження латентного періоду відповіді.

Таким чином, в результаті проведених досліджень було встановлено, що при церебральному атеросклерозі встановлена певна кореляція між характером виснажливості і клінічною стадією захворювання.

Пашковський В.М.

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

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

Серед хвороб нервової системи розсіяний склероз (РС) з його мінливим перебігом займає четверте місце за поширеністю після гострих порушень мозкового кровообігу, епілепсії та паркінсонізму, а в молодому віці - друге місце після епілепсії і є особливо складним щодо можливостей успішної терапії. Незважаючи на певні досягнення в розумінні патогенезу РС, його діагностиці та лікуванні, патофізіологічні механізми виникнення окремих клінічних симптомів захворювання залишаються недостатньо вивченими, зокрема це стосується емоційних розладів.

Депресія є однією з найпоширеніших форм емоційних розладів у хворих на РС - на неї страждає понад 50 % хворих (Sadovnick et al., 1996). Непередбачуваний перебіг захворювання, його тяжкі інвалідизуючі симптоми сприяють виникненню розладів настрою у хворих. Депресивні порушення настрою виникають на будь-якій стадії РС: після встановлення діагнозу й у разі виражених неврологічних порушень (Chwastiak et al., 2002).

Наявність депресії у хворих на РС поглиблює їх інвалідизацію, сприяє соціальній дезадаптації, ізоляції. Саме тому треба вчасно виявляти і активно лікувати розлади настрою у пацієнтів з РС. Разом з тим, особливості перебігу депресивних порушень у хворих на розсіяний склероз та ефективність сучасних антидепресантів у даній категорії хворих вивчені недостатньо.

Тому ми поставили собі за мету дослідити ефективність антидепресанта серліфт (сертралін) у хворих на розсіяний склероз з проявами депресивних розладів. Для цього обстежено 30 хворих на вторинно-прогресуючий розсіяний склероз у яких виявлений високий рівень депресії за допомогою шкали депресії (Raimo K.R., 1994). З метою визначення ефективності сучасного антидепресанту сертраліну всі обстежені хворі у комплексному лікуванні, яке включало застосування метаболічних, антихолінергічних препаратів, вітамінів групи В, симптоматичних засобів приймали сертралін по 50 мг 1 раз на день. Курс стаціонарного лікування тривав 12-15 діб. У подальшому хворі продовжували прийом даного антидепресанту в амбулаторних умовах протягом 2-3 тиж. Терапевтичну ефективність лікування хворих оцінювали за обсягом відновлення неврологічних функцій за шкалою EDSS з урахуванням динаміки ступеня вираженості депресії згідно з вибраною шкалою депресії до та після лікування. У контрольну групу увійшли 20 практично здорових осіб, які були порівнянні за демографічними показниками з пацієнтами основної клінічної групи.

У результаті проведених досліджень виявлено, що найбільше значення по використаній шкалі депресії у хворих на РС дорівнювало в наших дослідженнях 25 балам, а найменше - 17. Середні значення рівня депресивних скарг склали $21,7 \pm 0,8$ що є з високою вірогідністю вище, як в контрольній групі ($p < 0,01$).

Аналіз результатів лікування засвідчив, що у обстежених хворих при прийомі антидепресанту у поєднанні з традиційною терапією сумарний показник вираженості депресії за шкалою депресії (Raimo K.R., 1994) під час лікування вірогідно знизився з $21,7 \pm 0,8$ до $11,6 \pm 0,7$ ($p < 0,01$).

При цьому, найбільш суттєво регресувало відчуття туги та сприйняття майбутнього безнадійним, де було зафіксовано статистично вірогідне зменшення рівня скарг після лікування. Таку ситуацію можна пояснити не тільки впливом препарату, а і появою надії на покращання свого здоров'я після лікування в стаціонарі. Проте, показники відчуття зниження енергії та виконання будь-якої роботи через силу залишились досить високими, що вказує на можливо інші механізми виникнення цих явищ у хворих на РС.

Разом з тим, нами не було виявлено вірогідних змін неврологічного статусу за шкалою EDSS (до лікування $4,2 \pm 0,24$, після лікування $3,9 \pm 0,23$ бала; $p > 0,05$)

Таким чином, в результаті виконання роботи виявлена висока ефективність сертраліну в корекції депресивних розладів у хворих на розсіяний склероз.

Рудницький Р.І.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ХВОРИХ ІЗ СЕКСУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

Сексуальна дисфункція у чоловіків, що призводить до подружньої дезадаптації, є актуальною проблемою, яка негативно впливає на стан здоров'я та якість життя людини. Тому ми поставили собі за мету дослідити прояви сексуальної дисфункції у чоловіків і подружню дезадаптацію та розробити медико-психологічні заходи. Для цього шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження 52



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 статевого 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 статевого 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 $10,85 \pm 2,84$ с. до $12,14 \pm 2,14$ с., $p < 0,05$ і $p < 0,01$), порівняно недостатні були і якості абстрактного компоненту мислення. Процеси запам'ятовування і відтворення у даної групи хворих мали середні значення, які достовірно перевищували показники практично здорових, з деякими помилками (вгадуванням), їх середньодобові значення були від $16,50 \pm 3,16$ с. о 8.00 годині до $23,33 \pm 4,77$ 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 $75,20 \pm 10,00$ о 17.00 годині але були достовірно вищими об 11.00 годині (до $91,00 \pm 17,72$) у порівнянні із контрольною групою ($p < 0,001$).

Тест Крепіліна на активну увагу був достовірно нижчим о 20.00 годині ($76,06 \pm 4,41$) у порівнянні з 11.00 годиною ($116,67 \pm 17,64$, $p < 0,001$) 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 ($57,83 \pm 3,75$) і перевищувала час о 20.00 годині ($63,17 \pm 6,57$, $p < 0,05$). Кліно-ортостатична проба мала свою періодичність протягом доби з найбільшими значеннями о 17.00 годині ($10,01 \pm 0,76$) і найменшими о 8.00 годині ($7,14 \pm 1,37$), хоча і не достовірно.

Мезори частоти пульсу ($76,15 \pm 0,94$), проби Векслера ($11,45 \pm 0,230$), проби Рибаківа ($20,8 \pm 0,95$), тест Шульте ($83,20 \pm 2,52$), тест Крепіліна ($95,20 \pm 7,92$) і кліно-ортостатична проба ($8,46 \pm 0,33$) 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 ($3,5 \pm 0,8\%$ в контролі - $7,3 \pm 0,8\%$), проба Векслера ($5,0 \pm 0,7\%$, в контролі - $22,1 \pm 3,8\%$) достовірно зменшені ($p < 0,01$ і $p < 0,001$), а амплітуда тривалості однієї хвилини ($12,0 \pm 2,7\%$, в контролі - $4,1 \pm 0,5\%$), тест Крепіліна ($19,7 \pm 4,4\%$, в контролі - $12,0 \pm 3,2\%$), амплітуда систолічного артеріального тиску ($4,9 \pm 0,9\%$, в

контролі - $4,6 \pm 0,3\%$), діастолічного артеріального тиску ($5,0 \pm 0,9\%$, в контролі - $4,1 \pm 0,6\%$) 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 $16,1 \pm 6,32$ балу за шкалою Бека, що відповідало помірній депресії за градацією шкали. Після завершення курсу терапії показник знизився до $10,9 \pm 4,24$ 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 КАРДІОЛОГІЧНИЙ 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)