

**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 статевого акту. Оргазмічна дисфункція (F 52,2) 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 заною 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, Рибакіова, 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 недостатнє була і якість 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 Рибакіова ($20,8 \pm 0,95$), 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 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)