

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



передачу і, отже, взаємозв'язок структур мозку. Крім того, мексідол покращує і стабілізує метаболізм і кровопостачання головного мозку, покращує реологічні властивості крові, пригнічує агрегацію тромбоцитів, покращує діяльність імунної системи.

В останні роки активно вивчається природний АО - тіоктова (ліпоева) кислота. Тіоктова кислота необхідна для регенерації та відновлення вітаміну Е, циклу вітаміну С і створення коензіма Q₁₀ (Убіхінон), які є найважливішими ланками антиоксидантного захисту організму. Крім того, тіоктова кислота може взаємодіяти з іншими сполуками, відновлюючи пул АО в організмі. Тіоктова кислота в даний час застосовується у вигляді препарату тіоктацид. Доведено його ефективність при лікуванні діабетичної та алкогольної полінейропатій, енцефалопатії типу Верніке, гострих ішемічних та травматичних ушкоджень мозку.

Деркач В.Г.

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ПАМ'ЯТІ ТА УВАГИ ПРИ ГЕНУЇННІЙ ЕПІЛЕПСІЇ

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

Епілепсію поділяють на генуїну (хвороба переважно спадкового походження), симптоматичну (напади і специфічні зміни особистості виникають при поточних органічних захворюваннях головного мозку або внаслідок резидуальних енцефалопатій) і криптогенну (хвороба без встановленої етіології).

Відомо, що в 60% хворих на різні форми епілепсії спостерігаються розлади інтелектуально-мнестичних процесів. Так, на думку Thompson P.J. у хворих на генуїну епілепсію одними із когнітивних проблем, які часто зустрічаються, є порушення пам'яті. Виникнення амнестичного синдрому зумовлено двостороннім ураженням скроневих часток головного мозку або специфічними порушеннями вербальної та просторової пам'яті. Основною скаргою хворих при цьому є порушення пам'яті та уваги. Установлено, що епілептичні напади впливають на функціонування центральної нервової системи, у тому числі й на вищі психічні функції – увагу, гнозис, пам'ять, мислення. Тому під час лікування хворих на епілепсію, поряд з призначенням протиепілептичних препаратів, необхідно застосовувати засоби, що нормалізують обмінні процеси в головному мозку.

Доведено, що спеціальний екстракт гінкго дволопатевого, який міститься в Мемопланті, підвищує переносимість гіпоксії, особливо в паренхімі головного мозку, збільшує споживання холіну в гіпокампі та мозковий кровотік, особливо в ділянці мікро циркуляції, і покращує пам'ять. Омега-3 – «будівельний матеріал» синаптичних комунікаційних центрів. Крім того, жири омега-3 є самими рідкими, що дозволяє зберігати клітинні мембрани м'якими та гнучкими. Кислота фолієва – складова комплексу вітамінів групи «В», бере активну участь у різноманітних метаболічних процесах – синтезі амінокислот (метіоніну, серину), нуклеїнових кислот, піримідинів, пуринів, обміні холіну.

Метою дослідження стало визначення стану пам'яті та уваги у хворих на генуїну епілепсію до і після призначення їм у комплексному лікуванні Мемопланту, омега-3 та кислоти фолієвої.

Обстежено та проліковано 15 хворих на генуїну епілепсію, жіночої статі, віком 20-39 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в клінічному відділенні Чернівецької обласної психіатричної лікарні. У комплексній терапії (протисудинні, седативні, судинні, ноотропні засоби тощо) вони отримували мемоплант 80 мг на добу, омега-3 по одній капсулі вранці та ввечері під час їжі і кислоти фолієву – 2 мг на добу.

Для оцінки у хворих стану пам'яті використовували методики «Запам'ятовування геометричних фігур» і «Запам'ятовування слів» за Ф.Є.Рибаківим. Стан уваги визначали з допомогою тесту Е.Крепеліна (послідовне віднімання чисел 7, 9, 13 від 100) і таблиць А.Шульте (знаходження в спеціальній таблиці чисел чорного та червоного кольору в певному порядку). Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з допомогою коефіцієнту Стьюдента – оцінювали вірогідність показників стану пам'яті та уваги після проведеного курсу лікування запропонованими засобами.

В усіх хворих до лікування показники слухової пам'яті (запам'ятовування слів) становили 4,2±0,8 (кількість правильно відтворених слів), а зорової пам'яті – 3,7±0,6 (кількість правильно відтворених геометричних фігур). Після проведеного лікування наведеними препаратами (в складі комплексної терапії) ці показники становили відповідно 6,4±1,1 (p<0,01) і 5,3±1 (p<0,05). При проведенні тесту Е.Крепеліна, з допомогою якого визначали стійкість уваги, в усіх хворих до лікування затрачений час становив 33,7±3,8 сек., кількість допущених помилок – 6,6±2,5; відповідно після лікування – 30,1±3,1 сек. (p>0,05) і 4,6±1,9 помилок (p<0,05). Під час дослідження об'єму і переключення уваги (таблиці А.Шульте) в усіх хворих до лікування час виконання завдання становив 53,4±5,3 сек., кількість допущених помилок – 7,7±3,1; відповідно після лікування – 51,1±4,3 сек. (p>0,05) і 5,1±1,8 помилок (p<0,05).

У хворих на генуїну епілепсію відмічається послаблення слухової та зорової пам'яті, а також зниження таких показників уваги, як об'єм, переключення і стійкість. Результатом проведеного курсу лікування Мемоплантом, омега-3 та кислотою фолієвою в комплексній терапії генуїнної епілепсії стало покращання слухової і зорової пам'яті, стійкості та переключення уваги.



Жуковський О.О.

СТАН ЗОРОВИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ МОЗКУ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

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

Посттравматична енцефалопатія (ПЕ) - це комплекс неврологічних і психічних порушень, що виникає в пізньому або віддаленому періодах черепно-мозкової травми, який розвивається внаслідок органічного ураження мозку або дисфункції лімбіко-гіпоталамо-ретикулярної систем. Недостатність надійних об'єктивних критеріїв порушення функціонального стану нервової системи при ПЕ часто серйозно ускладнює оцінку динаміки післятравматичного процесу, ефективності терапії і вирішення експертних питань, що часто призводить до довільного визначення строків госпіталізації та ліжкового режиму для таких хворих, а інколи заважає встановити навіть самий факт пошкодження мозку. Визначення органічної основи цього синдрому представляє певні труднощі.

Метод викликаних потенціалів (ВП) мозку є надзвичайно важливим для функціональної оцінки ураження нервової системи. Характеризуючи функціональний стан сенсорних шляхів, ВП дозволяють точніше встановити локалізацію і об'єм ураження головного мозку.

Метою нашої роботи було об'єктивно дослідити стан зорових ВП у пацієнтів із наслідками нейротравми, зокрема посттравматичною енцефалопатією (ПЕ). В основу роботи покладено матеріал електрофізіологічного дослідження 15 пацієнтів із ПЕ. Ретельне опитування хворих свідчить про те, що у частини з них несприятливі наслідки більшою мірою пов'язані з порушенням ліжкового режиму на ранніх етапах лікування, недотримання лікарських призначень і рекомендацій (вживання алкоголю, куріння тощо).

Дослідження ВП проводилось за допомогою багатфункціонального комп'ютерного комплексу „Нейро-МВП”. Зорові ВП (ЗВП) досліджували за допомогою спалахів світла з частотою стимуляції 1 Гц та шахового патерна з прямокутною формою стимулу. Електроди накладалися за міжнародною схемою „10-20”. Виділення та позначення компонентів ВП проводилось за прийнятими у вітчизняній нейрофізіології критеріями. При отриманні результатів оцінювали форму кривої, наявність усіх компонентів, показники латентних періодів та амплітуд компонентів потенціалу.

Потенціал при зоровій стимуляції розподілено на ранні та пізні компоненти відповіді. Латентність ранніх компонентів складає до 100 мс, пізні компоненти потенціалу виявляються після 100 мс. Дослідження зорових ВП дозволяє отримати об'єктивну інформацію про функціональний стан зорового аналізатора на різних рівнях. Вважається, що ранні компоненти (P1, N1, P2) є показниками провідності власне по зоровим нервам, пізні ж компоненти потенціалу є чутливими до порушень у неспецифічних системах мозку.

При дослідженні зорових викликаних потенціалів на спалах світла у хворих на ПЕ виявлено наступні особливості. Форма кривої ЗВП у обстежених осіб характеризувалася злиттям пізніх компонентів N2, P3, N3 в одну суцільну негативну хвилю. Пізні компоненти P4 та N4 не бралися нами до уваги, оскільки вони є непостійними та не завжди виявляються при дослідженні ЗВП. Окрім якісних змін, у пацієнтів із ПЕ спостерігались зміни часових характеристик зорових викликаних потенціалів. Так, при дослідженні зорових викликаних потенціалів на спалах світла у хворих на ПЕ мало місце статистично вірогідне подовження латентних періодів пізніх компонентів потенціалу (p<0,05). Водночас, в обстежених хворих не виявлено порушень з боку ранніх та середніх компонентів, які відображають провідність по зорових нервах.

Отримані результати вказують на наявність порушення провідності в неспецифічних структурах головного мозку – лімбіко-ретикулярній системі, внаслідок дифузного пошкодження аксонів при нейротравмах. Це повністю узгоджується з результатами дослідження клінічної картини стосовно вираженості астено-вегетативних порушень у обстежених хворих і підтверджує необхідність їх медикаментозної корекції.

Карвацька Н.С.

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ: ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ, КЛІНІКА ТА ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

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

Високий динамізм соціально-технократичного розвитку сучасного суспільства, удосконалення інформаційних технологій, науково-технічні досягнення поряд з прискоренням темпу життя обумовлюють зростання рівня психоемоційної напруги, ускладнення структури поведінки особистості, і, в остаточному підсумку, висувують жорсткі вимоги до інтегративної діяльності всіх процесів психічної сфери в цілому. Це зумовлює зростання кількості хворих із соматичними скаргами, які не мають під собою органічного ґрунту.

У походженні соматоформних розладів основне етіологічне значення мають 3 групи чинників: спадково-конституційні чинники (конституційно-типологічні особливості ЦНС і акцентуації особистості); психоемоційні, або психогенні чинники (гострі або хронічні чинники зовнішньої дії,