

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 2014р.



Чернівці - 2014

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



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

17, 19, 24 лютого 2014 року



Жуковський О.О.

СТАН ЗОРОВИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ МОЗКУ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

*Кафедра первинної зорної, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савченка
Буковинський державний медичний університет*

Посттравматична енцефалопатія (ПЕ) - це комплекс неврологічних і психічних порушень, що виникає в пізньому або віддаленому періоді черепно-мозкової травми, який розвивається внаслідок органічного ураження мозку або дисфункції лімбіко-гіпоталамо-ретиккулярної системи. 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 строку 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 частині з них несприятливі наслідки більшою мірою пов'язані з порушенням ліжкового режиму на ранніх етапах лікування, недотримання лікарських призначень і рекомендацій (живання алкоголю, куріння тощо).

Дослідження ВП проводилося за допомогою багатифункціонального комп'ютерного комплексу „Нейро-МВГ”. 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 проводилося за прийнятими у вітчизняній нейрофізіології критеріями. При отриманні результатів оцінювали форму кривої, наявність усіх компонентів, показники латентних періодів та амплітуду 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 неспостережними та не завжди виявляються при дослідженні ЗВП. Окрім вікисних змін, у пацієнтів із ПЕ спостерігалися 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-ретиккулярній системі, внаслідок дифузного пошкодження аксонів при нейротравмах. Це повністю узгоджується з результатами дослідження клінічної картини стосовно вираженості астенo-вегетативних порушень у обстежених хворих і підтверджує необхідність їх медикаментозної корекції.

Караванька Н.С.

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

*Кафедра первинної зорної, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савченка
Буковинський державний медичний університет*

Високий динамізм соціально-технократичного розвитку сучасного суспільства, удосконалення інформаційних технологій, науково-технічне досягнення порід з прискореним темпу життя обумовлюють зростання рівня психоемоційної напруги, ускладнення структури поведінки особистості, і, в остаточному підсумку, висувають жорсткі вимоги до інтегративної діяльності всіх процесів психічної сфери в цілому. Це зумовлює зростання кількості хворих із соматичними стазарми, 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,



опосередковані через психічну сферу, що мають як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це виконують роль психогенів; органічні чинники — різного роду преморбідна, органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксична і ін.) скомпрометованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все лімбіко-ретикулярного комплексу. Виразений клінічний патоморфоз соматоформних розладів, значне розширення їх класифікаційної рубрифікації і збільшення питомої ваги соматичної патології, що протікає з пограничними психічними розладами, вимагає перегляду і уточнення критеріїв диференціальної діагностики і створює передумови для розробки нових діагностичних і терапевтичних підходів, що спираються як на впровадження нових інструментальних досліджень, так і на ретельне вивчення психопатологічної симптоматики.

Метою даного дослідження було вивчення особистісних особливостей та особливостей психоемоційної сфери хворих із соматоформними розладами з метою проведення психотерапії для досягнення усвідомлення конфлікту, що веде до усунення причин і механізмів розвитку хвороби, зменшення або ліквідації хворобливої симптоматики.

У групу обстеження входило 25 пацієнтів із соматоформними розладами, які знаходилися на лікуванні в 5-му відділенні (неврозів та граничних станів) Чернівецької обласної клінічної психіатричної лікарні за період з 2011 по 2013 р.р. Дослідження проводилося з використанням методик визначення актуальності характеру за Леонардом-Шміцеком, особистісної та ситуативної тривожності за Спілбергом, шкали депресії Балишовой, типу психологічного захисту особистості за Плутчиком-Келлерманом-Конте.

У обстежених хворих із неаротичними розладами, пов'язаними зі стресом, були виявлені такі тривожні риси особистості, як стримування почуттів, афективні реакції, беззастіжність, необґрунтовані хаття совісті, відчуття зобов'язання, сумніви, страх перед можливими помилками, метушність, недовіра, очікування небезпек, втрата перспектив, що обумовлюють виникнення конфліктів та активізацію механізмів захисту особистості. Такі негативні почуття, як тривога, страх, гнів, сором та ін., сама хвороба, як емоційний стрес, викликали в особистості адаптивні процеси переоцінки значення ситуації, стосунків, уявлень про себе.

Захисні механізми пацієнта є одним з джерел опору в процесі психотерапії. Опір відображає наявність суперечливої мотивації щодо лікування: з одного боку свідомого прагнення до вилучення, з іншого, несвідомо необхідність в збереженні захворювання, так звана «умовна бажаність хвороби». Конструктивна зміна психотравмуючої життєвої ситуації, симптоматичне зникнення тривоги, змінених «Я» і підвищення самооцінки сприяють зняттю дезадаптивної захисної діяльності пацієнта, емпатичне спілкування (співчуття та емоційна підтримка) з хворим призводять до зменшення його захисного опору. При цілеспрямованій роботі з механізмом психологічного захисту відбувається зміна порушених стосунків особистості, усвідомлення і вирішення конфлікту. У процесі психотерапії відбувається зміна примітивних захисних реакцій, таких як витиснення більш вибірковими і свідомими адаптивними способами пригнічення і опанування. Таким чином досягається вербальний контроль, і пацієнт починає використовувати більш досконалі, свідомі механізми психологічного захисту. Відкриття та переробка деяких захисних механізмів (заміщення, ідентифікація) проводиться з метою змінених «Я» пацієнта. Відкриття та переробка таких захисних механізмів як раціоналізація, інтелектуалізація, фантазування, реалізація в дії, і витиснення проводиться для навчання контролю і управління ними, а втеча в хворобу, регресія проводяться для їх усунення.

У нашому дослідженні у більшість пацієнтів при поступленні в значній мірі використовувалися такі механізми захисту особистості, як раціоналізація, проєкція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше – витиснення, заперечення та регресія на тлі депресії, підвищення рівня особистісної та ситуативної тривожності. Психологічний захист був направлений на зняття тривоги, психічного дискомфорту, підвищення самооцінки шляхом виварлення процесу відбору та перетворення інформації. З одного боку механізми психологічного захисту в деякій мірі сприяли стабілізації «Я» особистості хворого, але обмежували можливості розкриття і вирішення внутрішньоособистісного конфлікту. При цьому спостерігалася відмова особистості від діяльності, що призначена для продуктивного рішення ситуації чи проблеми, яка викликала негативні болісні для індивіда переживання.

Після проведеного медикаментозного і психотерапевтичного лікування відбулося зниження рівня напруженості захисних механізмів, що корелювало з покращенням психічного і соматовегетативного стану хворих.

Проведені дослідження доводять результативність особистісного підходу до вирішення конфліктів пацієнтів з покращенням рівня адаптації до умов навколишнього середовища.

Колесник В.В., Олійник І.О.

МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ В ПЕРІОД ЗРІЛОГО ВІКУ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савицька

Буковинський державний медичний університет

Впровадження у сучасну медичну практику новітніх методів нейровізуалізації суттєво вдосконалює та покращує припини діагностики і лікування морфологічних змін головного мозку, а також відкриває нові можливості та перспективи вивчення бічних шлуночків. Особливої уваги морфології