



Обстежено 212 хворих на РС. Серед них у 18 (8,5 %) пацієнтів (11 жінок, 7 чоловіків) захворювання починалось із больових відчуттів у хребті. Вік хворих - від 25 до 48 років. Давність захворювання - від 2 до 14 років. Початок захворювання з ВБС у 16 хворих був поступовим, у 2 - гострим. Основними скаргами у хворих були болі в шийному відділі хребта (2 хворих), у грудному відділі та грудній клітці (4 хворих) та у попереково-крижовому відділі (12 хворих). Переважали болі соматогенного характеру, рідше психогенного. Інтенсивність больового синдрому визначали за допомогою візуальної аналогової шкали болю (ВАШ). Усім хворим проводили рентгенологічне обстеження хребта у двох проекціях.

У 2 хворих жіночої статі з'явився гострий біль у шийному відділі хребта, який вони пов'язували з роботою у вимушеному положенні (робота за комп'ютером) та протягами. За шкалою ВАШ вони оцінювали біль у 3-4 бали. Біль турбував їх упродовж 2-3 діб, за медичною допомогою вони не зверталися, лікувались амбулаторно. Через 2-3 місяці з'явилися відчуття «прострілу по хребту» при зміні положення голови (симптом Лермітта). Згодом з'явилися слабкість у ногах, періодичне похитування під час ходьби. Після консультації невролога було призначено дообстеження МРТ шийного відділу, де виявили поодинокі вогнища демієлінізації на рівні шийного потовщення. Діагноз «дебют РС» було встановлено через три місяці від перших проявів ВБС.

Серед хворих, у яких больовий синдром у грудному відділі передував розвитку РС, було 3 жінки та 1 чоловік. У всіх хворих - вимушене положення під час роботи. ВБС у грудному відділі починався поступово: турбував ниючий біль, який за шкалою ВАШ вони оцінювали у 2-3 бали, і тривав протягом 10-12 днів. Після відпочинку і заняття фізичними вправами біль зменшувався або зникав. Однак через певний період часу біль з'являвся знову, мав ниючий характер, зменшувався після роботи і зі зміною положення тіла. Хворі або не лікувались, або лікувались самостійно.

По медичну допомогу звернулися, коли відчули слабкість у нижніх кінцівках (2 хворих) та «простріли» болю по ходу хребта.

Вогнища демієлінізації у цих хворих були виявлені на МРТ після детального обстеження неврологами, офтальмологами через 2-3 роки від початку ВБС.

У 12 хворих на РС, у яких захворювання починалося з ВБС у попереково-крижовому відділі, больові відчуття за шкалою ВАШ були 3-4 бали. Хворі зверталися до різних спеціалістів, їм проводили рентгенологічне обстеження попереково-крижового відділу хребта, де виявляли мінімальні деструктивні зміни. Хворі отримували терапію з включенням нестероїдних протизапальних препаратів, вітамінів групи В, фізіотерапевтичних процедур. Позитивний терапевтичний ефект був нетривалим, і з часом ВБС починав турбувати хворих знову. Детальне неврологічне обстеження та застосування методів нейровізуалізації головного та спинного мозку дозволили виявити дебют демієлінізуючого захворювання.

Отже, вертеброгенні больові синдроми зустрічаються у хворих на РС не так рідко, за нашими даними - у 8,3 %. Нерідко вертеброгенні больові синдроми передують розгорнутій клінічній картині захворювання, коли хворі місяцями і роками лікуються у вертебрологів (костоправів), а іноді у нейрохірургів. Лише своєчасний огляд неврологів і дослідження МРТ головного та спинного мозку дозволяють встановити правильний діагноз. З огляду на актуальність проблеми ВБС при демієлінізуючих захворюваннях доцільно продовжувати їх вивчення.

Рудницький Р.І.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Розлади сексуального здоров'я у чоловіків та жінок, що виникають у хворих з непсихотичними психічними розладами і призводить до подружньої дезадаптації, є актуальною проблемою, мають негативний вплив на стан здоров'я та якість життя подружньої пари. Тому важливо вдосконалити ранню діагностику сексуальних розладів у пацієнтів з непсихотичними психічними захворюваннями та надання спеціалізованого комплексного медико-психологічного лікування.

Шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження 27 хворих з пограничними непсихотичними психічними розладами віком від 21 до 60 років, які лікувалися у 5 і 15 відділеннях Чернівецької обласної психіатричної лікарні. Контрольну групу склали 15 осіб з нормальною сексуальною функцією і адаптацією, які проходили типові профілактичні огляди в диспансерному відділенні ЧОПЛ і не потребували спеціалізованої психічної та сексологічної допомоги в 2015 році. Застосували методики: клініко-психопатологічне дослідження, сексологічне дослідження, експериментально-психологічне дослідження, статистичний аналіз. Для діагностичної зручності комплексного дослідження в окремих випадках використовували «Карту сексологічного дослідження подружньої пари» (Г.С.Васильченко, Т.Л.Ботнєва, О.Нокуров, 1977 р.). У процесі дослідження хворих проводили системно-структурний аналіз сексуального здоров'я чоловіка, жінки, подружньої пари: визначали ступінь сексуальної дисгармонії за допомогою структурної решітки порушення сексуального здоров'я.

Проведено за допомогою стандартизованого інтерв'ювання 27 подружніх пар, у яких партнер мав невротичний розлад, яке включало блоки питань, що давали змогу судити про стан соціального, психологічного, соціально-психологічного, та біологічного компонентів сексуального здоров'я. Подружні пари



належали до різних соціально-професійних, демографічних і вікових груп населення. Як визначено результатами дослідження, у $(48 \pm 4\%)$ подружніх пар, мала місце сексуальна дисгармонія. Усі подружні пари з дисгармонією, в тому числі частковою, відзначили потребу в консультації сексопатолога та медичного психолога. Дослідження показали також, що порушення сексуальної функції супроводжує несприятливий захворювання в 77%, алкоголізм - у 55%. Сексуальні розлади відзначаються у - 48% хворих із захворюваннями органів кровообігу, в 70% осіб із неврологічними захворюваннями.

Таким чином, рання діагностика сексуальних розладів у пацієнтів з несприятливими психічними розладами важлива в лікуванні та реабілітації хворих молодого віку.

Русіна С.М., Нікоряк Р.А.

ДЕЗАДАПТИВНА ПОВЕДІНКА СЕРЕД УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

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

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Розлад адаптації (РА) – це стан суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, що зазвичай перешкоджає якості життя й соціальному функціонуванню індивіда і виникає в період адаптації до значної зміни в житті або в наслідок стресової життєвої події. Актуальність обраної теми полягає в тому, що в останні роки виникла тенденція до зростання розладів адаптації серед молоді, схильність до їх несприятливого, затяжного перебігу. Почастішали випадки формування ранніх форм дезадаптивної поведінки які набули загрозливого характеру і мають високу соціальну значимість. Небезпека даних порушень нерідко призводить до соціальної дезадаптації, коли людина повністю втрачає можливість пристосування до умов соціального середовища.

Метою нашого дослідження стало раннє виявлення девіантної поведінки як прояв РА серед 30-и учнів старших класів ЗОШ міста Чернівці.

За допомогою метода клінічного інтерв'ю та клініко-психопатологічного дослідження встановлено, що серед 15 юнаків - 93% осіб палять а серед 15 дівчат – 33% досліджуваних. Висловили своє позитивне ставлення до шкідливої звички всі 100% обстежених юнаків та 48% дівчат. Решта 52% дівчат вважають це явище як данину сучасній поведінковій моді та допускають можливість самим почати палити. Епізодичне вживання легких алкогольних напоїв (енергетики, пиво, вино) відмітили 100% юнаків та 67% дівчат, які вважають це нормальним явищем. Вживають міцні алкогольні напої 2-3 рази на тиждень (горілка, коньяк) 10 юнаків і 1-а дівчина. Пробували легкі наркотики (марихуана, гашиш) 14 хлопців та 2 дівчини, що складає 53% досліджуваних. Однак, негативне ставлення саме до наркотизації молоді висловили 20% юнаків та 80% дівчат.

Таким чином, встановлено, що серед досліджуваних переважала непатологічна (психологічна) девіантна поведінка, яка була зумовлена соціально-психологічними дивіаціями особистості, передусім мікросоціально-психологічної вседозволеності та вседоступності і була проявом ситуаційних характерологічних реакцій особистості, а саме – протесту, відмови, емансипації.

Циркот І.М., Бірюк І.Г., Мойсюк В.Д., Сикирицька Т.Б.

ДІАГНОСТИКА ШИЙНИХ РАДИКУЛОПАТІЙ МЕТОДОМ МАНУАЛЬНОГО М'ЯЗОВОГО ТЕСТУВАННЯ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Радикулопатія (від лат. *radicula* - корінець, *pathia* - ураження) – це загальний термін, який використовується медичними працівниками для позначення симптомів, пов'язаних із захворюваннями периферичної нервової системи людини, які обумовлені защемленням або запаленням корінців спинномозкових нервів.

Шийна радикулопатія (ШР) - нейрокомпресійний синдром, який супроводжується склеротомними руховими та/або чутливими розладами у поєднанні з больовим синдромом. До причин, які призводять до компресії при ШР можна віднести такі, як грижі, протрузії міжхребцевих дисків, гіпертрофії фасеточних суглобів, спондилолітези, остеофіти, травми хребта, інфекційні та онкологічні захворювання. Біль в ділянці шийного відділу хребта примушує пацієнта звернутися до лікаря. За даними літератури, ШР зустрічається приблизно у 21 % пацієнтів із підтвердженими протрузіями шийних міжхребцевих дисків та у 68,4 % хворих із грижами міжхребцевих дисків та патологоанатомічними змінами в шийному відділі хребта. Найчастіше ШР виникає в середньому та нижньому відділах: С₅ - (від 2% до 6,6%), С₆ - (17,6-19%), С₇ - (46,3-69%), С₈ - (6,2-10%). Клінічна картина ШР складається з різного ступеня порушень рухів, чутливості, зниження рефлексів, а також судинних та трофічних розладів, які роблять її діагностику досить складною. Зважаючи на це, виникла необхідність удосконалити об'єктивну оцінку стану сегментарних структур у хворих з ШР. Не зважаючи на свою розповсюдженість, ШР продовжує залишатися досить мало вивченим явищем в сучасній медицині і це потребує при проведенні діагностичних обстежень комплексного підходу. Досить часто виникає ситуація, коли неможливо обмежитися клінічними, рентгенологічними та інструментальними обстеженнями для підтвердження остаточного діагнозу. Зважаючи на це, виникає необхідність виконання додаткових методів обстеження таких, як електроміографічне дослідження, МРТ, КТ, КТ-мієлографію або низхідну мієлографію.