

**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 – її 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 – її 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



показує клінічний досвід, спостерігається патоморфоз депресивних розладів, що проявляється атипівістю, змішаністю депресивних симптомів, комплексним порушенням психічної активності, вираженою соматизацією, зтяжним перебігом та резистентністю до терапії. При резистентних до терапії зтяжних депресивних станах, окрім справжньої резистентності, пов'язаної з індивідуальними особливостями фармакокінетики (всмоктування, розподіл, метаболізм, виведення психотропних препаратів), а також особливостями психопатологічного процесу, істотне значення в деяких випадках можуть набувати гальмівні впливи особистісно-психогенних утворень, що стають мішенню психотерапевтичного впливу.

При проведенні комбінованої психофармакотерапії слід надавати перевагу засобам із різними хімічною структурою та механізмом дії, які б підходили як для лікування гострих станів, так і на етапі підтримуючої терапії. Це сприятиме запобіганню рецидивів. З іншого боку, ці хворі потребують одночасної психотерапевтичної кваліфікованої допомоги, яка б урахувала особливості їх психоемоційної сфери.

Мета дослідження - вивчити особливості діагностики, клініки та лікування пацієнтів із резистентними до терапії депресивними розладами. Для вивчення особливостей психоемоційної сфери хворих при резистентних до терапії невротичних розладах, пов'язаних зі стресом, обстежено 65 хворих. Хворі були віком від 37 до 53 років (середній вік – 37 ± 6 років). Для рішення завдань проводили клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне і експериментально-психологічне дослідження всіх хворих з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. За допомогою клінічного, клініко-психопатологічного методу вивчали скарги, анамнез, соціальний статус хворих, клінічні прояви неспихотичних психічних розладів. На початку і вкінці комплексного лікування у хворих визначали рівень депресії - з використанням шкали депресії Зунга, адаптованої Т.І. Балашовою, показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером-Ханінім, для визначення особливостей особистості - акцентуації характеру за допомогою опитувальника Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда.

Вивчення клініко-психопатологічного стану показало, що у 100% обстежених реєструвалися депресія і у 97,8% - тривога. Зазначені симптоми були вираженими на тлі дратівливості (86,1%), плаксивості (75,5%), в'язлості (59,6%), емоційної лабільності (62,8%). Вище перераховані особливості реєструвалися в поєднанні з систематичними конфліктними стосунками. Характерна наявність недиференційованої незадоволеності в усіх мікросоціальних сферах (сім'ї, роботі, побуті), можливо, що є наслідком генералізації внутрішньо-особистісного конфлікту, що виникнув внаслідок психогенії і зумовив порушення міжособистісних стосунків з негативною оцінкою мікросоціума, що негативно впливає на результати лікування.

Для корекції тривожних розладів використовували транквілізатори, що мають комплексний анксиолітичний, гіпнотичний, вегетостабілізуючий та центральний міорелаксуючий ефекти, тим самим впливаючи практично на всі патогенетичні ланки тривожних розладів. Надавалася перевага «денним» транквілізаторам без значного снодійного ефекту (алпразолам (ксанакс), медазепам (рудотель), оксазепам (нозепам, мазепам), тофізолам (грандаксин), лоразепам (лорафен), гідазепам, а також афобазол. Застосування комбінованої психофармакотерапії з використанням транквілізаторів, антидепресантів, анксиолітиків, загальнозміцнюючих препаратів і психотерапії давало тривалий терапевтичний ефект при зтяжних депресивних розладах.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що комплексне лікування хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, що супроводжувалися резистентними до терапії зтяжними депресивними станами, завдяки застосуванню індивідуальної і групової психотерапії з урахуванням особистісних особливостей хворих, викликало суттєве покращення їх стану із пом'якшенням акцентуованих рис характеру особистості, покращенням настрою і зниженням рівня реактивної тривожності. Особистісно-орієнтована індивідуальна і групова психотерапія хворих із резистентними до терапії зтяжними депресивними станами сприяє інтенсифікації процесу лікування.

Таким чином, комплексне лікування хворих із резистентними до терапії депресивними розладами довело високу ефективність психотерапевтичних методів у подоланні терапевтичної резистентності, оскільки вони мають вплив на афективну і когнітивну сферу, сприяють формуванню позитивного ставлення до терапії та редукції ідеаторних нав'язливостей у структурі афективних розладів депресивного регістру. Застосування психотерапії у складі комплексної терапії дає можливість знижувати дози інших психотропних засобів, що сприяє не тільки оптимізації лікування, а також запобіганню виникнення небажаних ефектів. Проведені дослідження свідчать про актуальність проблеми та необхідність подальшого поглибленого вивчення терапевтичної резистентності хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, достовірної діагностики та розробки методів етапної психотерапії та психокорекції.

Кривецька І.І.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

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

Буковинський державний медичний університет

У 60-96% хворих на розсіяний склероз (РС) спостерігаються порушення тазових функцій, які обумовлюють порушення якості життя та соціальної адаптації. Хворим з такими порушеннями загрожує небезпека інфікування нижніх сечових шляхів, висхідне ураження нирок з ступним розвитком ниркової недостатності або уросепсису.



Метою нашого дослідження було оцінити ефективність симптоматичного лікування гіперрефлексії сечового міхура у хворих на розсіяний склероз з застосуванням толтеродина та селективного анксилітика афобазолу.

В дослідження були включені 27 хворих з ремітуючи-рецидивуючим РС (РРРС) та вторинно-прогресуючим РС (ВПРС), з ознаками гіперактивності детрузора: зниження або втрата контролю над сечовиділенням, часте сечовиділення, часте сечовиділення вночі (ніктурія), імперативні поклики на сечовиділення. Серед них 14 жінок та 13 чоловіків. Середній вік хворих склав 38 років. Середня тривалість захворювання до моменту обстеження склала $88,3 \pm 2,84$ міс. Ступінь інвалідизації по шкалі функціональних систем FS та EDSS на момент обстеження склала $3,9 \pm 0,24$ бала. Всі хворі були розподілені на дві групи гомогенні за віком, статтю та за типом порушення сечовиділення.

Пацієнти I групи отримували толтеродин по 2 мг двічі на день, а пацієнти II групи отримували толтеродин по 2 мг двічі на день та афобазол по 10 мг 3 рази на день тривалістю I місяць. Вибір препаратів для комбінованого лікування був обумовлений части поєднанням порушень сечовиділення і підвищеною тривожністю хворих з РС.

Толтеродин є конкурентним антагоністом холінергічних мускаринових рецепторів, які локалізуються у сечовому міхурі, пригнічення яких веде до зниження скорочувальної функції сечового міхура. Афобазол попереджує розвиток мембранозалежних змін в рецепторах чутливих до гаммаміномасляної кислоти, має анксиолітичну дію з активуючим компонентом, що не супроводжується гіпноседативними ефектами та міорелаксацією. Зменшує психологічний дискомфорт, який викликаний тривожним станом.

Динамічне спостереження за хворими проводилось в умовах неврологічного стаціонару, оцінка ефективності проводилась по шкалі IPSS шляхом заповнення анкет до та після лікування. Вже через 10-14 днів прояви гіперактивного сечового міхура у хворих I групи зменшились – у 24% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 25%. У хворих II групи – у 34% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 48%. Оцінка проявів гіперактивного сечового міхура через 28 днів встановила: у хворих I групи – частота нічних сечовиділень скоротилась і у 38% хворих припинилась, частота денних сечовиділень скоротилась на 43%. У хворих II групи – у 67% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 58%. Після оцінки заповнених анкет до та після лікування встановлено, що сумарна оцінка по шкалі розладів сечовиділення після лікування знизилась з $34,5 \pm 2,4$ до $23,8 \pm 2,9$ ($p < 0,05$).

Отримані результати виявили більш ефективною комбіновану терапію проявів гіперактивного сечового міхура конкурентним антагоністом холінергічних рецепторів толтеродином та анксилітиком афобазолом.

Кричун І.І.

СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ВЕГЕТИВНУ ДИСТОНІЮ

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

На сьогодні є мало вивченою функція ендотелію при вегетивній дистонії (ВД), яка зараз розглядається як предиктор артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця. Тому метою дослідження було вивчення залежності між функціональним станом ендотелію судин, показниками ліпідного обміну та станом церебрального кровообігу у хворих на ВД. Для цього було обстежено 32 хворих на ВД за гіпертонічним типом (19 хворих) та гіпотонічним типом (13 хворих), які знаходились на лікуванні у неврологічному відділенні міської клінічної дитячої лікарні. Середній вік хворих склав $15,7 \pm 2,1$ років. Стаж хвороби у всіх обстежених хворих складав не менше 5 років. Серед обстежених було 11 осіб жіночої статі та 21 особа чоловічої статі. При дослідженні хворих були використані клінічне соматичне та неврологічне обстеження з детальним вивченням вегетативного тону та вегетативної реактивності, екстра та інтракраніальна доплерографія, дуплексне сканування плечової артерії при тесті реактивної гіперемії, біохімічне визначення вмісту тригліцеридів та холестерину в плазмі периферичної крові.

Екстра та інтракраніальну доплерографію проводили на апараті "Сономед-330" за стандартними методиками з використанням тестів на виявлення судинної реактивності та гемодинамічного резерву судин головного мозку.

Функціональний стан ендотелію оцінювали за допомогою тесту ендотелію залежної вазодилатації плечової артерії при реактивній гіперемії. Цей тест проводили на ультразвуковому апараті Toshiba (Японія) лінійним датчиком 7,5 МГц по стандартній методиці (D. Celermajer та співав., 1992).

Біохімічне визначення вмісту тригліцеридів та холестерину в плазмі периферичної крові проводили за допомогою реактивів фірми "KONE" (Фінляндія) на біохімічному аналізаторі "Ultra-906" цієї ж фірми.

Вивчені таким чином показники порівняні з аналогічними показниками у 10 здорових осіб аналогічного віку.

У результаті проведених досліджень виявлено, що у клінічній картині ВД по гіпотонічному типу відмічались вагоінсулярні пароксизми, які супроводжувались приступами непритомності в 19,4% випадків, і які виникали частіше на фоні емоційного навантаження. Часто відмічались запаморочення, головний біль давлучого характеру, особливо зранку, який проходив після фізичної активності чи прийому лікарських препаратів, які містять кофеїн (цитрамон, спазмалгон). При ВД по гіпертонічному типу хворі частіше пред'являли скарги на помірний головний біль давлучого або пульсуючого характеру, який виникав після