

**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



Рудницький Р.І.

КОМПЛЕКСНА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОГРАМА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СЕКСУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

Сексуальна дисфункція у чоловіків, що призводить до подружньої дезадаптації, є актуальною проблемою, яка негативно впливає на стан здоров'я та якість життя людини.

Мета - дослідити прояви сексуальної дисфункції у чоловіків і подружню дезадаптацію та розробити медико-психологічні заходи.

Об'єктом дослідження були хворі на сексуальну дисфункцію, подружні пари із сексуальною дезадаптацією. Шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження 52 подружніх пар віком від 21 до 63 років із сексуальною дисфункцією у чоловіків і подружньою дезадаптацією, які зверталися у Чернівецьку обласну психіатричну лікарню. Методи дослідження: клініко-психопатологічний; системно-структурний аналіз сексуального здоров'я; психодіагностичні методи дослідження особистості та міжособистісних відносин; соціологічні; методи статистичні.

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, потенціюючу 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. Розробка комплексної диференційованої медико-психологічної програми лікування хворих із сексуальними розладами є важливою у підході до комплексного лікування даних хворих. Медико-психологічні заходи були ефективними в лікуванні сексуальних розладів.

Русіна С.М., Деркач В.Г., Курик В.І., Нікоряк Р.А.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА МАНІФЕСТАЦІЮ ТА РЕЦИДИВИ СУДИННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

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

Зростаюча поширеність судинної психічної патології серед населення земної кулі робить особливо актуальним пошуки форм її своєчасної діагностики та профілактики. Тому встановлення місця і ролі метеофакторів, геофізичних впливів на маніфестацію чи рецидиви судинних психічних розладів є надзвичайно важливим, оскільки виявляє нові теоретичні підходи до досліджень відношення біологічних і соціальних факторів, дозволяє розробити конкретні профілактичні заходи. У своєму історичному розвитку людина пристосувалася до встановленого ритму життя, пов'язаного з періодикою руху Землі навколо Сонця і з енергетичною динамікою обмінних процесів, які ідуть по замкнутому колу. В організмі встановились так звані «біологічні ритми», яким належить суттєва роль у взаємодії організму з оточуючим середовищем.

Мета - дослідити причинний зв'язок між зростанням судинної психічної патології та зовнішнім середовищем. Об'єкт дослідження – психічні розлади у 50 хворих із атеросклеротичними психозами. Методи дослідження – клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, статистичний.

Роль зовнішнього середовища, як додаткового фактора ризику при судинних психічних розладах пов'язана зі зниженням адаптаційних можливостей склерозованих судин головного мозку і відповідно – максимальною чутливістю до впливу метеофакторів.

Встановлено, що загострення судинних психічних розладів атеросклеротичного генезу пов'язано частіше з перепадами вологості повітря і атмосферного тиску, що склало 82% (41) осіб. Найменше загострення у 12% (6) хворих пов'язано із вітровим фоном, однак навесні він відіграє значну



роль, як фактор провокуючий загострення. Серед спостережень фіксувалася подія: наявність перепадів метеофакторів і відсутність звернення хворих із загостренням. Але таких подій виявлено небагато – 3 особи (6%). Дослідженнями встановлено, що організму людини безпечні звичайні коливання погоди, до яких людина пристосувалася, а небезпечними є різкі коливання, нетипові для даних кліматичних умов місцевості. Активність фронтів вираховувалася по градієнту тиску, температури, інтенсивності опадів (вологості), швидкості переміщення фронтів, які впливають на організм людини, особливо ослаблений хворобою.

Нами встановлена пряма залежність загострення судинних психозів від перепаду вологості повітря на 5 і більше відсотків у всі пори року. Дана залежність найбільше (92%) випадків спостерігалася влітку і найменше (18%) випадків взимку. Коливання атмосферного тиску в наших дослідженнях перед загостренням були найчастішими взимку – 89 % осіб і найменшими влітку – 11% осіб. Найбільш часто загострення у хворих даної групи провокували різкі зміни температури в осінній (46%) та зимовий (42%) періоди. Рідше: навесні (10%) і влітку (2%) випадків. Багаторічний вітровий режим Чернівецької області характеризується переважанням північно-західних (32%) і північно-східних вітрів із швидкістю відповідно 5,5 і 4, м /сек. Помірні (9-12 м/сек.) і сильні (15 і більше м/сек.) вітри дують частіше навесні і провокують загострення судинних психозів (81%) і рідше – влітку (19%) випадків.

Таким чином, причиною появи підвищеної чутливості хворих на судинну патологію є зниження адаптаційних можливостей взаємодії організму із зовнішнім середовищем, що є підґрунтям до розвитку загострень у період найбільших коливань метеофакторів, які виконують роль стресорів.

Філінець О.О.

ЗАСТОСУВАННЯ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ

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

В останні роки все більшого значення набуває черепно-мозкова травма (ЧМТ) як причина інвалідизації працездатного населення. Це вимагає поглиблення досліджень нових напрямків медикаментозної нейропротекції з метою попередження або мінімізації наслідків органічного пошкодження головного мозку та підвищення ефективності реабілітації. Попри велику кількість проведених експериментальних та клінічних досліджень, пошук оптимальних засобів для відновного лікування пацієнтів із ЧМТ триває. Це пов'язано зі складністю патофізіологічних механізмів, множинністю і варіабельністю етіологічних чинників ЧМТ.

Первинним механізмом травматичного пошкодження є механічне руйнування тканин, яке стає тригером нейрональної загибелі, набряку мозку, підвищення внутрішньочерепного тиску, порушення регуляції судинного тону, церебральної ішемії/гіпоксії, втрати АТФ, глутаматної ексцитотоксичності, оксидативного стресу, зниження нейротрофічної підтримки та інших метаболічних порушень. Іншим важливим механізмом у момент травми є масивний приток іонів – травматична деполяризація під впливом збудливих амінокислот.

Відстрочені та прогресуючі (вторинні) патобіологічні зміни внаслідок ЧМТ зумовлені принаймні двома процесами. Один із них – аксональне пошкодження, що не є прямим наслідком травматичного розриву тканин, а відбувається в результаті руйнування цитоскелету та порушення аксоплазматичного транспорту. Інші процеси пов'язані з порушенням регуляторної та захисної функції гематоенцефалічного бар'єру, яке підсилюється погіршенням церебрального кровотоку, зменшенням оксигенації мозку та метаболічною дисфункцією. Отже, стає зрозуміло, що вторинні пошкодження можливо у тій чи іншій мірі попередити, тому лікування хворих із ЧМТ фокусується на попередженні, виявленні та корекції вторинного ураження мозку. Оскільки множинні розлади при ЧМТ починаються одночасно, важливим є застосування нейропротекторної терапії для зменшення раннього травматичного пошкодження мозку та його відділених наслідків. Метою фармакотерапії при ЧМТ є також і стимуляція нейрогенезу, в якому ключову роль відіграють нейротрофічні чинники (ендогенні протеїни) та нейропластичність мозку.

Метою нашого дослідження було вивчення змін когнітивних функцій та церебральної гемодинаміки у пацієнтів із найбільш розповсюдженими формами ЧМТ (струсом та забоєм головного мозку легкого ступеня) та визначення шляхів їхньої корекції.

Згідно з існуючими протоколами надання медичної допомоги хворим із ЧМТ обстежено 32 пацієнти (26 чоловіків і 6 жінок віком 19-45 років) із закритою ЧМТ легкого ступеня. Додатково на 2-гу добу та через 21 день після травми проводили нейропсихологічне дослідження, що передбачало дослідження функції пам'яті («тест 10 слів») та ультразвукове доплерографічне дослідження магістральних артерій голови та інтракраніальних артерій. У 17 пацієнтів діагностовано струс головного мозку, у 15 – забій головного мозку легкого ступеня.

Найбільш поширеними були скарги на головний біль, нудоту, запаморочення, зниження концентрації уваги, підвищену втомлюваність, погіршення пам'яті. Під час неврологічного обстеження у хворих виявлено легку вогнищеву симптоматику (в разі забою), а також цефалгічний синдром, вегетативні розлади, дисмнестичний та вестибулопатичний синдроми, астено-невротичні порушення. В результаті нейропсихологічного дослідження виявлено зниження функції пам'яті, що були більш виражені у хворих