

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



**МАТЕРІАЛИ**

**94 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**18, 20, 25 лютого 2013 року**

**Чернівці – 2013**

Крім того, важливе значення у виникненні психічних порушень при цереброваскулярній патології мали особливості особистості: інтравертованість, недостатня пристосованість до змін життєвих обставин, тривожність, емоційна нестійкість, протиріччя можливостей. В анамнезі таких хворих мали місце ексгенні шкідливості: хвороби серця, психотравматичні ситуації, шкідливі звички. Хворі чоловічої статі у 96% випадків зловживали палінням і у 87% випадків хворі обох статей вказували на психотравму. На НІР страждали переважно жінки віком 40-69 років у співвідношенні 16:1. Патомієнність на атеросклеротичні психози страждали жінки у віці від 30 до 89 років у значно меншому співвідношенні 2,8:1. Хворі на артеріальну гіпертензію відрізнялися недостатньою рухомістю нервових процесів, схильністю до засійного афекту, підвищеною емоційною збудливістю. Найбільша частота НІР та ПІР спостерігалася у працездатному віці – від 40 до 65 років.

Таким чином, неспсихотичні і психотичні розлади атеросклеротичного генезу були більш поширеними серед осіб жіночої статі працездатного віку.

Філіпеш О.О.

## ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ІНСУЛЬТ-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології*

*Буковинський державний медичний університет*

Загальний прогноз у хворих на гострий мозковий інсульт (МІ) істотно залежить від приєднання ускладнень: внутрішньочерепних (неврологічних), що зумовлені безпосереднім пошкодженням мозку і його оболонок, та соматичних. Екстрацеребральні ускладнення МІ стають причиною смерті близько 23% хворих упродовж стаціонарного лікування. Найбільш частим соматичним ускладненням є інсульт-асоційована пневмонія.

Метою нашого дослідження стало визначення частоти і термінів розвитку внутрішньогоспітальної пневмонії, а також її впливу на летальність у гострому періоді мозкового інсульту.

Під нашим спостереженням перебували 333 пацієнта (171 чоловік і 162 жінки) у найгострішому періоді МІ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в реанімаційному та неврологічному відділеннях міської клінічної лікарні №3 м. Чернівці. Середній вік становив 67,6±0,5 року.

Огляд пацієнтів проводили упродовж першої доби з часу госпіталізації. МІ діагностували відповідно до критеріїв ВООЗ. Тип інсульту визначали за результатами клінічного аналізу та нейровізуалізаційної діагностики (у 102-х хворих); у 127 летальних випадках діагноз підтверджено результатами аутопсії. Ішемічний інсульт (ІІ) діагностовано у 207 пацієнтів, внутрішньомозковий кроволив (ВК) – у 126 випадках. Співвідношення ІІ до ВК становило 1,6:1. Ступінь пригнічення свідомості визначали за шкалою коми Глазго (G. Teasdale, B. Jennet, 1974). Ступінь тяжкості МІ оцінювали за шкалою Національного Інституту здоров'я США, NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale: T. Brott et al., 1989).

У процесі проспективного спостереження за хворими фіксували приєднання інсульт-асоційованої пневмонії, яку діагностували в разі її розвитку через 48 і більше годин після надходження пацієнта до стаціонару при виключенні інфекційних захворювань з ураженням легень, які могли знаходитися на момент госпіталізації в інкубаційному періоді. Діагноз встановлювали за наявності принаймні 3-х із нижченаведених критеріїв: гіпертермія >37,5°C; лейкоцитоз >10-17 тис. в 1 мм<sup>3</sup>, рідше лейкопенія <4 тис. в 1 мм<sup>3</sup> із нейтрофілієм зсувом; продуктивний кашель із гнійним мокротинням; клінічні симптоми (тахіпноє >22 за хв., тахікардія, крепітація, бронхіальне дихання); нова або прогресуюча вогнитцева запальна інфільтрація (або картина формування порожнини розпаду) на рентгенограмі грудної клітини; виділення культури патогенних мікроорганізмів. Впродовж 28-денного періоду в групі обстежених зареєстровано 183 летальні випадки (92 чоловіки і 91 жінка). Ці пацієнти склали групу фатальної пневмонії. Всім пацієнтам під час стаціонарного лікування проводилась базисна, а після верифікації типу інсульту – диференційована терапія, яка відповідно стандартам лікування, що дозволяє не враховувати вплив медикаментозного лікування на оцінку вибірки.

За результатами клінічного обстеження встановлено, що середній показник за ШІКГ становив при ІІ 13,38±0,15 бала, при ВК 11,47±0,31 бала (p<0,01). ВК в цілому характеризувався більш тяжкою клінічною картиною, ніж ІІ – за шкалою NIHSS 16,9±0,6 бала проти 12,3±0,4 (p=0,001).

Впродовж гострого періоду у 98 (29,4%) пацієнтів розвинулися екстрацеребральні ускладнення. Внутрішньогоспітальної пневмонією, діагностовано клінічно та/або підтверджено аутопсією в 58 випадках, у тому числі 40 (19,3±2,7%) хворих на ІІ та 18 (14,3±3,1%) пацієнтів з ВК. У 2/3 випадків спостерігались двобічні нижньодільові пневмонії; в 1/3 випадків ураження легень було одностороннім.

68,9% пневмоній діагностовано впродовж першого тижня від початку інсульту. Терміни розвитку пневмонії при ІІ становили: у перші 3 доби - 37,5% випадків, на 4-7 добу - 25,0%, на 8-14 добу - 22,5%, на 15-28 добу - 15,0%. При ВК показники становили відповідно 61,1, 22,2, 11,1 та 1,7%.

У групі фатальної пневмонії діагностовано у 47 (25,7%) випадках. Серед хворих, що вижили, пневмонію діагностовано в 11 випадках, що становило 7,3% (відмінність достовірна, p<0,01).

При кореляційному аналізі з використанням коефіцієнта контингенції встановлено слабкий позитивний зв'язок інсульт-асоційованої пневмонії з 28-денною летальністю як при ІІ (φ=0,243), так і при

ВК ( $\varphi=0,241$ ). Визначення впливу пневмонії на прогноз інсульту за допомогою показника відношення шансів показало зростання ризику летального наслідку в разі приєднання ускладнення у 3,94 разу при II (95% ДІ 1,59-9,76) та в 4,22 разу при ВК (95% ДІ 1,24-14,37).

Таким чином, розвиток інсульт-асоційованої пневмонії суттєво підвищує ризик смерті у гострому періоді мозкового інсульту незалежно від його типу. Пік захворювання припадає на перший тиждень від початку інсульту. Запобігання цьому загрозливому ускладненню дозволить істотно знизити рівень летальності при гострих порушеннях мозкового кровообігу.

**Юрценюк О. С.**

## **КОНСТИТУЦІЙНО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ КАРДИОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

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

Акцентуація - це гранична величина, крайній варіант вияву норми. Для неї характерна підвищена чутливість лише до певного роду психотравмуючих впливів, які адресовані до "місця найменшого опору" даного типу характеру при збереженні стійкості до інших. На сьогоднішній день залишається недостатньо вивченим питання індивідуально-типологічних властивостей осіб, найбільш схильних до формування серцево-судинних захворювань, а також визначення психологічних механізмів, знання яких може забезпечити вихід на конкретні методи психологічного втручання для профілактики та реабілітації хворих.

З метою вивчення акцентуованих властивостей особистості у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) та коморбідними депресивними і тривожними розладами (ДТР) обстежено 130 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом ішемічна хвороба серця. Конституційно-типологічні особливості особистості (акцентуації) визначали за допомогою опитувальника Г. Шміцка за концепцією К. Леонарда.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що для хворих на ІХС та ДТР в преморбіді характерними були емотивний 64,0% та застрягаючий 53,0% типи акцентуації ( $p < 0,05$ ), а для пацієнтів без ДТР - гіпертичний 66,7%, циклотимний 60,0% та екзальтований 43,3% типи акцентуації особистості. У період після початку захворювання серця типи акцентуації загострювалися переважно в групі осіб з депресивними та тривожними розладами. Слід підкреслити, що ізолювано ті чи інші риси акцентуації зустрічалися рідко, а спостерігалася їх співіснування: емотивний і застрягаючий - 38,0% осіб, застрягаючий + емотивний + тривожний - 14,0%, емотивний + тривожний + екзальтований - 12,0% хворих основної групи. У хворих без ДТР частіше спостерігалися наступні поєднання акцентуації характеру: гіпертичний + циклотимний - у 40,0%, гіпертичний + екзальтований - у 20,0%, циклотимний + емотивний + екзальтований - у 16,7% пацієнтів.

Встановлено, що у хворих на ІХС та ДТР у преморбіді достовірно вищими були абсолютні показники виразності емотивного (14,3 бала,  $p < 0,001$ ) та застрягаючого (12,6 бала,  $p < 0,005$ ) типів акцентуації, а у пацієнтів без ДТР найбільш вираженими були гіпертичний (16,3 бала,  $p < 0,001$ ), циклотимний (12,6 бала,  $p < 0,001$ ) та екзальтований (14,2 бала,  $p < 0,005$ ) типи акцентуації характеру.

В результаті проведення кореляційного аналізу виявлена тенденція до розвитку зв'язку між статтю та акцентуацією, так жінки мають більшу схильність розвитку гіпертичної ( $r=0,29$ ) та демонстративної ( $r=-0,35$ ,  $p < 0,05$ ) акцентуації характеру. Встановлено тенденція до розвитку кореляційного зв'язку між рівнем освіти та типом акцентуації: особи з вищою освітою достовірно частіше мали виражену демонстративну характеристику особистості ( $r=0,30$ ,  $p < 0,05$ ), і навпаки для людей з середнім рівнем освіти притаманнішою була емотивна акцентуація ( $r=-0,22$ ,  $p < 0,05$ ).

Отже можна стверджувати, що емотивний та застрягаючий типи акцентуації особистості є предикторами розвитку депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС, а наявність циклотимної та гіпертичної акцентуації навпаки зменшує ризик розвитку ДТР у хворих на ІХС. У пацієнтів з ІХС обов'язково повинен проводитися аналіз структури клініко-психопатологічних особливостей депресивних та тривожних розладів звертаючи увагу на акцентуовані властивості особистості. Такий діагностичний підхід покращує якість лікування. Наявність виразних акцентуованих властивостей особистості, високих рівнів особистісної тривожності та ситуативної тривоги, тривалість ІХС більше 10 років, особливо в осіб старших за 50 років, є показом для проведення профілактики ДТР у таких хворих, а також профілактики більш злогокісного перебігу ІХС і її ускладнень у вигляді інфаркту міокарда та соціальної дезадаптації.

**Яремчук О.Б., Васильєва Н.В.**

## **ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології  
Буковинський державний медичний університет*

Серед нейродегенеративних захворювань хвороба Паркінсона (ХП) займає друге місце у світі за поширеністю після хвороби Альцгеймера. Згідно з офіційною статистикою МОЗ, станом на 01.01.2012 року в Україні зареєстровано 23076 хворих на хворобу Паркінсона, що становить 61,4 на 100 тисяч