

**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

Паляниця В.М., Кривенька І.І.*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ЗА ДАНИМИ УЗДГ

Кафедра сімейної медицини

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

Буковинський державний медичний університет

Розлади гемодинаміки в вертебро-базиллярній системі у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією складають близько 70% всіх минулих порушень мозкового кровотоку. Навіть при відсутності розвитку важкого інсульту, основні клінічні прояви вертебро-базиллярної недостатності – порушення координації, головокружіння, розлади слуху – в значній мірі знижують якість життя, обмежують працездатність та затруднюють соціальну адаптацію хворих.

Метою нашого дослідження було співставлення суб'єктивних і об'єктивних неврологічних симптомів з результатами доплерографічного дослідження (УЗДГ) хребцевих артерій (ХА) у хворих з синдромом головокружіння центральної генезу та ефективність голкорексфлексотерапії (ГРТ) в комплексному лікуванні останніх. Досліджено 30 хворих на дисциркуляторну енцефалопатію 2 ст. переважно в вертебро-базиллярній системі на тлі гіпертонічної хвороби (22 жінки та 8 чоловіків) віком від 35 до 47 років.

Всі хворі отримували традиційне курсове лікування та голкорексфлексотерапію – перші сеанси точки загальної дії (E-36, GI-47, GI-14, I-14 та ін.), потім підключали точки передньої лінії дії (B-31, TR-5, R-2, I-14 та ін.) та потилично-комірцевої дії (V-20, T-16, VB-20, T-14, VB-21 та ін.). До контрольної групи увійшли 10 хворих, схема лікування яких не включала ГРТ.

З суб'єктивних симптомів всі хворі відмічали головний біль, головокружіння несистемного характеру, періодичний шум у вухах, окулостагнічний симптом. В неврологічному статусі спостерігалася розсіяна неврологічна симптоматика: пірамідні симптоми – анізоорефлексія, легкі центральні парези, рефлекси орального автоматизму, порушення конвергенції, ністаги, мозочкові порушення.

Аналіз отриманих параметрів екстра- та транскраніальної доплерографії ХА до проведення ГРТ, показав значне зниження показників кровотоку в вертебробазиллярній системі та ознаки постстенотичної гіперперфузії в ХА. Найбільш виражені прояви запаморочення були у хворих з поєднаними розладами гемодинаміки в ХА із стенотичними ураженнями вну-трішніх сонних артерій.

У хворих основної групи після проведеної ГРТ, поряд з позитивною динамікою неврологічної симптоматики, спостерігалася статистично вірогідне зростання показників лінійної швидкості кровотоку по ХА та нормалізація показників індексу судинного опору та пульсаційного індексу.

Пашковський В.М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРІВ ХОЛІНЕСТЕРАЗИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

Буковинський державний медичний університет

Ацетилхолін був вперше відкритий у 1914 році Генрі Халлетом Дейлом за його дією на серцеву тканину. Він бере участь у передачі нервового збудження в ЦНС, вегетативних вузлах, закінченнях парасимпатичних і рухових нервів і пов'язаний з функціями пам'яті.

Антихолінестеразні препарати це фармакологічні речовини, здатні блокувати фермент ацетилхолінестеразу, перешкоджаючи гідролізу ацетилхоліну. У неврологічній практиці застосовуються для активації процесів регенерації та реінвазації при захворюваннях периферичної і ЦНС.

Цукровий діабет незалежний чинник ризику цереброваскулярних захворювань, він підвищує ризик розвитку інсульту у 2-6 разів, а смертність – у 2,5-3 рази. Наявність ЦД типу 2 підвищує ризик розвитку судинної деменції удвічі. Провідна роль у розвитку нейродегенеративних процесів належить церебральній інсулінорезистентності (зниження інсулінорезистентності здатне захистити нейрони від ушкодження). Діабетична енцефалопатія сиринейналізациї пацієнтів, погіршує якість життя хворих, обмежує можливість компенсації цукрового діабету.

Мета дослідження: з'ясування ефективності застосування антихолінестеразного препарату нейромідію (нідакрин) у комплексному лікуванні хворих на діабетичну енцефалопатію.

Основна група: базисна терапія + нейромідію (35 хворих). Група порівняння - базисна терапія (27 хворих). Нейромідію призначається по 20 мг (1 таб) 3 рази на добу впродовж 8 тижнів. Методи дослідження: психодіагностичні (MMSE, дослідження швидкості сенсомоторних реакцій за методикою Шульце в модифікації Горбова, тест "Запам'ятовування 10 слів" за Рибаківим, показники тривожності (за методикою Спілберга), депресії (за шкалою Бека); ультразвукові (дуплексне сканування судин голови і шиї, тест ЕЗВД); біохімічні (показники вуглеводного обміну, ендотеліальні маркери); імуноферментні (показники клітинної адгезії).

Встановлені наступні механізми позитивної дії нейромідію на неробі діабетичної енцефалопатії: покращання когнітивних функцій, зменшення тривожності та депресії; зменшення проявів вегетативної та соматичної невропатії; нормалізація ауторегуляції судинного тонуусу; покращання ендотеліальної функції та мозкового кровотоку; нейромідію володіє задовільним профілем безпеки та переносимості у літніх

пацієнтів; ефективність лікування нсйромідіном визначається своєчасністю його включення в схему лікування, адекватністю проведеної супутньої терапії з урахуванням усіх ланок патогенезу.

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

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

Матеріал і методи дослідження: клініко-психопатологічний; системно-структурний аналіз сексуального здоров'я; психодіагностичні методи дослідження особистості та міжособистісних відносин; соціологічні; методи статистичні.

Об'єктом дослідження були хворі чоловіки 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.

В результаті досліджень 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 або зниження статевого потягу проявлялось сексуальною відразою, страхом і тривогою серед статевим актом, драгієвистістю, загальним зниженням настрою, невиспівеністю у собі та у своїх діях, соматичними вегетативними проявами, недовірою і фізичною ворожістю до партнера.

Відсутність генітальних реакцій (F 52,2) у чоловіків проявлялася еректильною дисфункцією, тобто у зниженні ерекції, недостатньої для задовільного статевого акту.

Оргазмічна дисфункція (F 52,3) спостерігалась 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, суцільну психотерапію (гліпнотерапія, еріксонівський гіпноз, НЛП), аутогенне тренування, потенціуючі психотерапію, сексуально-еротичний тренінг. Використовували: індивідуальну, групову, колективну та сімейну психотерапію. Частога психотерапевтичних занять 2-3 рази в тиждень. Тривалість психотерапії складала від 4 до 12 тижнів. В окремих випадках, разом із психотерапією, застосовували фармакотерапію, фізіотерапію і методики нетрадиційної медицини (фітотерапія, голкорефлексотерапія, гомеопатичні засоби, апітерапія).

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.

Отже, 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.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ІЗ СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

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

Буковинський державний медичний університет

Однією із центральних проблем сучасної психіатрії залишаються психопатологічні прояви судинних уражень нервової системи, які, зазвичай, є одним із проявів загальних судинних захворювань.

Завданням дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних особливостей атеросклеротичних неспихотичних і психотичних психічних розладів у гострому періоді захворювання. Для вирішення поставлених завдань нами було обстежено 85 хворих Чернівецької обласної психіатричної лікарні із судинними неспихотичними і психотичними психічними розладами атеросклеротичного генезу.

Із загального числа обстежених у 20% (17) діагностовано неспихотичні психічні розлади (НПР) і у 80% (68) – психотичні психічні розлади (ППР). Провідними етіологічними факторами розвитку НПР та ППР були: церебральний атеросклероз – 60% та його поєднання з артеріальною гіпертензією – 40%.