

**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



передачу і, отже, взаємозв'язок структур мозку. Крім того, мексідол покращує і стабілізує метаболізм і кровопостачання головного мозку, покращує реологічні властивості крові, пригнічує агрегацію тромбоцитів, покращує діяльність імунної системи.

В останні роки активно вивчається природний АО - тіоктова (ліпоева) кислота. Тіоктова кислота необхідна для регенерації та відновлення вітаміну Е, циклу вітаміну С і створення коензіма Q₁₀ (Убіхінон), які є найважливішими ланками антиоксидантного захисту організму. Крім того, тіоктова кислота може взаємодіяти з іншими сполуками, відновлюючи пул АО в організмі. Тіоктова кислота в даний час застосовується у вигляді препарату тіоктацид. Доведено його ефективність при лікуванні діабетичної та алкогольної полінейропатії, енцефалопатії типу Верніке, гострих ішемічних та травматичних ушкоджень мозку.

Деркач В.Г.

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ПАМ'ЯТІ ТА УВАГИ ПРИ ГЕНУЇННІЙ ЕПІЛЕПСІЇ

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

Епілепсію поділяють на генуїну (хвороба переважно спадкового походження), симптоматичну (напади і специфічні зміни особистості виникають при поточних органічних захворюваннях головного мозку або внаслідок резидуальних енцефалопатій) і криптогенну (хвороба без встановленої етіології).

Відомо, що в 60% хворих на різні форми епілепсії спостерігаються розлади інтелектуально-мнестичних процесів. Так, на думку Thompson P.J. у хворих на генуїну епілепсію одними із когнітивних проблем, які часто зустрічаються, є порушення пам'яті. Виникнення амнестичного синдрому зумовлено двостороннім ураженням скроневих часток головного мозку або специфічними порушеннями вербальної та просторової пам'яті. Основною скаргою хворих при цьому є порушення пам'яті та уваги. Установлено, що епілептичні напади впливають на функціонування центральної нервової системи, у тому числі й на вищі психічні функції – увагу, гнозис, пам'ять, мислення. Тому під час лікування хворих на епілепсію, поряд з призначенням протиепілептичних препаратів, необхідно застосовувати засоби, що нормалізують обмінні процеси в головному мозку.

Доведено, що спеціальний екстракт гінґо дволопатевого, який міститься в Мемопланті, підвищує переносимість гіпоксії, особливо в паренхімі головного мозку, збільшує споживання холіну в гіпокампі та мозковий кровотік, особливо в ділянці мікроциркуляції, і покращує пам'ять. Омега-3 – «будівельний матеріал» синаптичних комунікаційних центрів. Крім того, жири омега-3 є самими рідкими, що дозволяє зберігати клітинні мембрани м'якими та гнучкими. Кислота фолієва – складова комплексу вітамінів групи «В», бере активну участь у різноманітних метаболічних процесах – синтезі амінокислот (метіоніну, серину), нуклеїнових кислот, піримідинів, пуринів, обміні холіну.

Метою дослідження стало визначення стану пам'яті та уваги у хворих на генуїну епілепсію до і після призначення їм у комплексному лікуванні Мемопланту, омега-3 та кислоти фолієвої.

Обстежено та проліковано 15 хворих на генуїну епілепсію, жіночої статі, віком 20-39 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в клінічному відділенні Чернівецької обласної психіатричної лікарні. У комплексній терапії (протисудинні, седативні, судинні, ноотропні засоби тощо) вони отримували мемоплант 80 мг на добу, омега-3 по одній капсулі вранці та ввечері під час їжі і кислоти фолієву – 2 мг на добу.

Для оцінки у хворих стану пам'яті використовували методики «Запам'ятовування геометричних фігур» і «Запам'ятовування слів» за Ф.Є.Рибаківим. Стан уваги визначали з допомогою тесту Е.Крепеліна (послідовне віднімання чисел 7, 9, 13 від 100) і таблиць А.Шульте (знаходження в спеціальній таблиці чисел чорного та червоного кольору в певному порядку). Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з допомогою коефіцієнту Стьюдента – оцінювали вірогідність показників стану пам'яті та уваги після проведеного курсу лікування запропонованими засобами.

В усіх хворих до лікування показники слухової пам'яті (запам'ятовування слів) становили 4,2±0,8 (кількість правильно відтворених слів), а зорової пам'яті – 3,7±0,6 (кількість правильно відтворених геометричних фігур). Після проведеного лікування наведеними препаратами (в складі комплексної терапії) ці показники становили відповідно 6,4±1,1 (p<0,01) і 5,3±1 (p<0,05). При проведенні тесту Е.Крепеліна, з допомогою якого визначали стійкість уваги, в усіх хворих до лікування затрачений час становив 33,7±3,8 сек., кількість допущених помилок – 6,6±2,5; відповідно після лікування – 30,1±3,1 сек. (p>0,05) і 4,6±1,9 помилок (p<0,05). Під час дослідження об'єму і переключення уваги (таблиці А.Шульте) в усіх хворих до лікування час виконання завдання становив 53,4±5,3 сек., кількість допущених помилок – 7,7±3,1; відповідно після лікування – 51,1±4,3 сек. (p>0,05) і 5,1±1,8 помилок (p<0,05).

У хворих на генуїну епілепсію відмічається послаблення слухової та зорової пам'яті, а також зниження таких показників уваги, як об'єм, переключення і стійкість. Результатом проведеного курсу лікування Мемоплантом, омега-3 та кислотою фолієвою в комплексній терапії генуїнної епілепсії стало покращання слухової і зорової пам'яті, стійкості та переключення уваги.



Жуковський О.О.

СТАН ЗОРОВИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ МОЗКУ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

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

Посттравматична енцефалопатія (ПЕ) - це комплекс неврологічних і психічних порушень, що виникає в пізньому або віддаленому періодах черепно-мозкової травми, який розвивається внаслідок органічного ураження мозку або дисфункції лімбіко-гіпоталамо-ретикулярної систем. Недостатність надійних об'єктивних критеріїв порушення функціонального стану нервової системи при ПЕ часто серйозно ускладнює оцінку динаміки післятравматичного процесу, ефективності терапії і вирішення експертних питань, що часто призводить до довільного визначення строків госпіталізації та ліжкового режиму для таких хворих, а інколи заважає встановити навіть самий факт пошкодження мозку. Визначення органічної основи цього синдрому представляє певні труднощі.

Метод викликаних потенціалів (ВП) мозку є надзвичайно важливим для функціональної оцінки ураження нервової системи. Характеризуючи функціональний стан сенсорних шляхів, ВП дозволяють точніше встановити локалізацію і об'єм ураження головного мозку.

Метою нашої роботи було об'єктивно дослідити стан зорових ВП у пацієнтів із наслідками нейротравми, зокрема посттравматичною енцефалопатією (ПЕ). В основу роботи покладено матеріал електрофізіологічного дослідження 15 пацієнтів із ПЕ. Ретельне опитування хворих свідчить про те, що у частини з них несприятливі наслідки більшою мірою пов'язані з порушенням ліжкового режиму на ранніх етапах лікування, недотримання лікарських призначень і рекомендацій (вживання алкоголю, куріння тощо).

Дослідження ВП проводилось за допомогою багатфункціонального комп'ютерного комплексу „Нейро-МВП”. Зорові ВП (ЗВП) досліджували за допомогою спалахів світла з частотою стимуляції 1 Гц та шахового патерна з прямокутною формою стимулу. Електроди накладалися за міжнародною схемою „10-20”. Виділення та позначення компонентів ВП проводилось за прийнятими у вітчизняній нейрофізіології критеріями. При отриманні результатів оцінювали форму кривої, наявність усіх компонентів, показники латентних періодів та амплітуд компонентів потенціалу.

Потенціал при зоровій стимуляції розподілено на ранні та пізні компоненти відповіді. Латентність ранніх компонентів складає до 100 мс, пізні компоненти потенціалу виявляються після 100 мс. Дослідження зорових ВП дозволяє отримати об'єктивну інформацію про функціональний стан зорового аналізатора на різних рівнях. Вважається, що ранні компоненти (P1, N1, P2) є показниками провідності власне по зоровим нервам, пізні ж компоненти потенціалу є чутливими до порушень у неспецифічних системах мозку.

При дослідженні зорових викликаних потенціалів на спалах світла у хворих на ПЕ виявлено наступні особливості. Форма кривої ЗВП у обстежених осіб характеризувалася злиттям пізніх компонентів N2, P3, N3 в одну суцільну негативну хвилю. Пізні компоненти P4 та N4 не бралися нами до уваги, оскільки вони є непостійними та не завжди виявляються при дослідженні ЗВП. Окрім якісних змін, у пацієнтів із ПЕ спостерігалися зміни часових характеристик зорових викликаних потенціалів. Так, при дослідженні зорових викликаних потенціалів на спалах світла у хворих на ПЕ мало місце статистично вірогідне подовження латентних періодів пізніх компонентів потенціалу (p<0,05). Водночас, в обстежених хворих не виявлено порушень з боку ранніх та середніх компонентів, які відображають провідність по зорових нервах.

Отримані результати вказують на наявність порушення провідності в неспецифічних структурах головного мозку – лімбіко-ретикулярній системі, внаслідок дифузного пошкодження аксонів при нейротравмах. Це повністю узгоджується з результатами дослідження клінічної картини стосовно вираженості астено-вегетативних порушень у обстежених хворих і підтверджує необхідність їх медикаментозної корекції.

Карвацька Н.С.

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ: ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ, КЛІНІКА ТА ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

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

Високий динамізм соціально-технократичного розвитку сучасного суспільства, удосконалення інформаційних технологій, науково-технічні досягнення поряд з прискоренням темпу життя обумовлюють зростання рівня психоемоційної напруги, ускладнення структури поведінки особистості, і, в остаточному підсумку, висувують жорсткі вимоги до інтегративної діяльності всіх процесів психічної сфери в цілому. Це зумовлює зростання кількості хворих із соматичними скаргами, які не мають під собою органічного ґрунту.

У походженні соматоформних розладів основне етіологічне значення мають 3 групи чинників: спадково-конституційні чинники (конституційно-типологічні особливості ЦНС і акцентуації особистості); психоемоційні, або психогенні чинники (гострі або хронічні чинники зовнішньої дії,



опосередковані через психічну сферу, що мають як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це виконують роль психогенії); органічні чинники — різного роду преморбідна, органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксична і ін.) скомпрометованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все лімбіко-ретикулярного комплексу. Виражений клінічний патоморфоз соматоформних розладів, значне розширення їх класифікаційної рубрифікації і збільшення питомої ваги соматичної патології, що протікає з пограничними психічними розладами, вимагає перегляду і уточнення критеріїв диференціальної діагностики і створює передумови для розробки нових діагностичних і терапевтичних підходів, що спираються як на впровадження нових інструментальних досліджень, так і на ретельне вивчення психопатологічної симптоматики.

Метою даного дослідження було вивчення особистісних особливостей та особливостей психоемоційної сфери хворих із соматоформними розладами з метою проведення психотерапії для досягнення усвідомлення конфлікту, що веде до усунення причин і механізмів розвитку хвороби, зменшення або ліквідації хворобливої симптоматики.

У групу обстежених входило 25 пацієнтів із соматоформними розладами, які знаходилися на лікуванні в 5-му відділенні (неврозів та граничних станів) Чернівецької обласної клінічної психіатричної лікарні за період з 2011 по 2013 р.р. Дослідження проводилось з використанням методик визначення акцентуацій характеру за Леонгардом-Шмішеком, особистісної та ситуативної тривожності за Спілбергом, шкали депресії Балашової, типу психологічного захисту особистості за Плутчиком-Келлерманом-Конте.

У обстежених хворих із невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, були виявлені такі тривожні риси особистості, як стримування почуттів, афективні реакції, боязкість, необґрунтовані каяття совісті, відчуття зобов'язання, сумніви, страх перед можливими помилками, метушливість, недовіра, очікування небезпеки, втрата перспективи, що обумовлюють виникнення конфліктів та активацію механізмів захисту особистості. Такі негативні почуття, як тривога, страх, гнів, сором та ін., сама хвороба, як емоційний стрес, викликали в особистості адаптивні процеси переоцінки значення ситуації, стосунків, уявлень про себе.

Захисні механізми пацієнта є одним з джерел опору в процесі психотерапії. Опір відображає наявність суперечливої мотивації щодо лікування: з одного боку свідомого прагнення до видужання, з іншого, несвідома необхідність в збереженні захворювання, так звана «умовна бажаність хвороби». Конструктивна зміна психотравмуючої життєвої ситуації, симптоматичне зниження тривоги, зміцнення «Я» і підвищення самооцінки сприяють зниженню дезадаптивної захисної діяльності пацієнта, емпатичне спілкування (співчуття та емоційна підтримка) з хворим призводить до зменшення його захисного опору. При цілеспрямованій роботі з механізмом психологічного захисту відбувається зміна порушених стосунків особистості, усвідомлення і вирішення конфлікту. У процесі психотерапії відбувається заміна примітивних захисних реакцій, таких як витіснення більш вибірковими і свідомими адаптивними способами пригнічення і опанування. Таким чином досягається вербальний контроль, і пацієнт починає використовувати більш досконалі, свідомі механізми психологічного захисту. Відкриття та переробка деяких захисних механізмів (заміщення, ідентифікація) проводиться з метою зміцнення "Я" пацієнта. Відкриття та переробка таких захисних механізмів як раціоналізація, інтелектуалізація, фантазування, реалізація в дії, і витіснення проводиться для навчання контролю і управління ними, а втеча в хворобу, регресія проводиться для їх усунення.

У нашому дослідженні у більшості пацієнтів при поступленні в значній мірі використовувалися такі механізми захисту особистості, як раціоналізація, проекція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше – витіснення, заперечення та регресія на тлі депресії, підвищення рівня особистісної та ситуативної тривожності. Психологічний захист був направлений на зниження тривоги, психічного дискомфорту, підвищення самооцінки шляхом викривлення процесу відбору та перетворення інформації. З одного боку механізми психологічного захисту в деякій мірі сприяли стабілізації «Я» особистості хворого, але обмежували можливості розкриття і вирішення внутрішньоособистісного конфлікту. При цьому спостерігалася відмова особистості від діяльності, що призначена для продуктивного рішення ситуації чи проблеми, яка викликала негативні болісні для індивіда переживання.

Після проведеного медикаментозного і психотерапевтичного лікування відбулося зниження рівня напруженості захисних механізмів, що корелювало з покращенням психічного і соматовегетативного стану хворих.

Проведені дослідження доводять результативність особистісного підходу до вирішення конфліктів пацієнтів з покращенням рівня адаптації до умов навколишнього середовища.

Колесник В.В., Олійник І.Ю.

МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ В ПЕРІОД ЗРІЛОГО ВІКУ

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

Впровадження у сучасну медичну практику новітніх методів нейровізуалізації суттєво вдосконалює та покращує принципи діагностики і лікування морфологічних змін головного мозку, а також відкриває нові можливості та перспективи вивчення бічних шлуночків. Особливої уваги морфологія



сьогодні заслуговує метод 3D-реконструкції біологічних об'єктів, який є високоінформативним та перспективним відносно подальшої участі 3D-змодельованих структур в морфометричному, стереологічному та інших аналізах.

Мета та завдання дослідження полягали у проведенні комплексної морфометрії бічних шлуночків головного мозку людей зрілого віку (21-60 рр.) та побудові тривимірних їх зображень шляхом застосування комп'ютерного 3D-реконструювання.

Досліджено 55 магнітно-резонансних томограм: 15 чоловіків і 12 жінок початку I періоду (21-22 роки) та 14 чоловіків і 14 жінок кінця II періоду (55-60 років) зрілого віку (використовуючи класифікації періодів онтогенезу людини, ухваленої VII Всесоюзною конференцією з проблем вікової морфології, фізіології та біохімії АМН СРСР (Москва, 1965)). Для дослідження використано групи осіб, заміри у яких здійснювали за магнітно-резонансними томограмами без виражених патологічних змін головного мозку (таких як аневризми, кісти, пухлини, тощо) із застосуванням морфометричних методик згідно рекомендацій з енцефалометрії. Томографію проводили в стандартних анатомічних площинах (фронтальній, сагітальній, аксіальній) на магнітно-резонансному томографі Pre-Owned Siemens Impact 1,0 T ExpertMobile MRT (виробництво "Sun Microsystems", USA, Monarch Medical) з магнітною індукцією 1,0 Тл. Нами укладено угоду про співпрацю (2012) з використанням архіву магнітно-резонансних томограм відділення МРТ шведсько-української клініки "Angelholm" (м. Чернівці).

Статистичний аналіз отриманих кількісних даних проводили з використанням пакетів прикладних програм "SPSS 13.0", "Biostatistica.4.03" і додатка Excel з пакету MS Office XP. Нормальність розподілу значень ознак встановлювали за допомогою критеріїв Шапіро-Уїлка та Колмогорова-Смірнова.

Для створення комп'ютерних моделей використовували програмне забезпечення Photoshop CS2 (підготовка фотографій), Amiga 5,0 (створення та вирівнювання контурів), 3 DSMAX 8,0 (кінцева обробка й візуалізація). Комп'ютерну 3D реконструкцію проводили згідно рекомендацій авторів.

Спираючись на методологію патенту України "Спосіб 3D реконструкції анатомічних об'єктів за макрофотографіями їх анатомічних зрізів" з використанням цифрових МРТ-зображень бічних шлуночків головного мозку людини та з допомогою 3-5 додаткових штучних паралельних координатних осей (внутрішніх маркерів) нами одержано 3D-зображення шлуночків головного мозку людини 42 років. Застосування елементів запропонованого способу дозволяє підвищити точність зіставлення зрізів (з серії магнітно-резонансних томограм) один з одним для 3D реконструкції шлуночків головного мозку з метою подальшого дослідження особливостей зовнішнього рельєфу чи порожнин органів у різних проекціях.

Вивчення морфометричних характеристик головного мозку чоловіків і жінок початку I-го – кінця II-го періодів зрілого віку (21-60 рр.) за їх магнітно-резонансними томограмами показало зменшення з віком розмірів кінцевого мозку: довжини правої і лівої лобових часток у чоловіків, довжини правої і лівої скроневих часток у чоловіків і жінок; спостерігається зміна морфометричних характеристик мозолистого тіла (зменшення довжини коліна мозолистого тіла у жінок, збільшення товщини мозолистого тіла у чоловіків). Особливо варто зазначити вікове збільшення розмірів структур бічних шлуночків головного мозку: довжини передніх рогів бічних шлуночків як у чоловіків, так і у жінок; довжини центральної частини бічних шлуночків у чоловіків; ширини центральної частини правих і лівих бічних шлуночків у чоловіків та жінок; довжини задніх рогів бічних шлуночків як у чоловіків, так і у жінок; відстані між передніми рогами бічних шлуночків у чоловіків. Водночас спостерігається зменшення з віком (21-60 років) як у чоловіків, так і жінок відстані між задніми рогами бічних шлуночків.

Прижиттєва морфометрична характеристика бічних шлуночків головного мозку людини в I-й і II-й періоди зрілого віку та виявлені на її основі критерії вікової реорганізації головного мозку можуть бути цікавими для спеціалістів у галузі вікової нейроанатомії, геріатрії, нейрофізіології та нейрохірургії, а для спеціалістів із МРТ- та КТ- діагностики виступати в якості еквівалента анатомічної норми бічних шлуночків головного мозку.

Таким чином, використання сучасних інформаційних технологій в медицині істотно розширює можливості традиційних підходів при вивченні анатомії живої людини; дозволяє отримувати нову інформацію про об'єкт дослідження, здійснювати моделювання анатомічних об'єктів із збереженням їх справжніх розмірів і форм, проводити комп'ютерну діагностику в 3D режимі і накопичувати інформацію про їх біорізноманіття. Використання способу прижиттєвої 3D реконструкції анатомічних об'єктів знімає певні вікові обмеження щодо можливості реконструкції органів та структур у постнатальному періоді онтогенезу, оскільки не вимагає серій гістологічних зрізів, підвищує ефективність вивчення морфології анатомічних органів та структур як за умов фізіологічної норми, так і при патології, сприяє дослідженню динаміки становлення форми та синтопії органів.

Кривенька І.І.

М'ЯЗОВА СПАСТИЧНІСТЬ ПРИ ОРГАНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ

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

Серед неврологічних синдромів у хворих на розсіяний склероз (РС) переважають рухові порушення за типом центрального парезу або паралічу кінцівок, які супроводжуються підвищенням