

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 р.



Чернівці - 2014

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



МАТЕРІАЛИ

95-т

підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)

17, 19, 24 лютого 2014 року



Міхеєв А.О. «Мікотоксини та мікотоксикози»	141
Петратій В.К., Будденко Л.П. «Здобутки кафедри мікробіології та вірусології Буковинського державного медичного університету у провеленіх мікробіологічних дослідженнях»	142
Ротар Д.В. «Контамінація тканин регіональних лімфатичних кулін у процесі формування та розвитку гострого деструктивного панкреатиту»	143
Syderchuk L.I. «Microflora of preepithelial mucus layer of colon in albino rats with experimental diabetes mellitus»	144
Яковичук Н.Д., Дейнека С.С. «Порівняння ефективності методів визначення чутливості до антигіотоксиків резистентних дріжджоподібних грибів роду <i>Candida</i> »	144
СЕКЦІЯ 9 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА, ГНЕКОЛОГІЇ, ДІТЯЧОЇ ТА ПІДЛІТКОВОЇ ГНЕКОЛОГІЇ	
Андрієв О.А. «Проблеми репродуктивного захворяння дівчат Буковини»	145
Бакун О.В. «Роль ППСШ та вандиомікоту у жінок з бесплідством в підготовці до ДРТ»	146
Бербенчук А.М. «Взаємозв'язки між показниками стану фетоплацентарного комплексу, що формуються, у жінок із загрозно небезпіннями у ранні терміни гестації»	146
Бирчак І.В. «Особливості каротипування у жінок із звичним не вилюшуванням»	147
Боднаров О.В., Андрієв О.А., Гуменя К.Ю. «Імунологічні аспекти розвитку сальпінгофорітів у дівчат»	148
Булих Т.С., Юзько О.М. «Аналіз структури акушерських ускладнень у жінок з сожирінням»	148
Гошовська А.В. «Морфологічні зміни хоріону та децидуальнозміненого ендометрію при гіперандрогенізмі»	149
Гресько М.Д. «Фітотерапія у корекції менструальної функції»	150
Дикиусаров В.В. «Сучасні аспекти лікування плацентарної дієфункції при прееклампії»	151
Каліновська І.В. «Особливості перебігу вагітності та пологів на тлі ФНН»	151
Кардічук Е.С. «Імуногістохімічні зміни у ворсинках хоріону при викиді, що не відбувається»	152
Коєзілова С.Є. «Особливості сучасного лікування хронічних запальних процесів жіночих органів»	153
Кравченко О.В. «Профілактика та лікування перинатальної плацентарної дієфункції при нечилюванні вагітності»	154
Мариничина І.М. «Стан ендокринної функції фетоплацентарного комплексу у вагітних з гіперандрогенізмом»	154
Ніконов І.Р. «Фізіотерапевтичні методи лікування гнійно-септических захворювань у жінок»	155
Праймак С.Г. «Цитомегаловірусна інфекція в структурі перинатальних ускладнень»	156
Рак Л.М. «Особливості проблеми фонових та передракових станів шийки матки»	157
Рищикук І.В. «Сучасне ведення вагітності з імунним конфліктом»	157
Семеник А.В. «Вилив інфекцій, що передаються статевим шляхом, на перебіг пологів»	158
Юзько О.М. «Застосування оральних контрацептивів в репродуктивній медицині»	159
Юр'єва Л.М. «Хронічний ендометріт, сучасні підходи до діагностики»	159
Ясниківська С.М. «Результати каротипування жінок з пінембронією в анамнезі»	160
СЕКЦІЯ 10 СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ І ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
Васильєва Н.В. «Антиоксиданти в практиці лікаря-невролога»	161
Деркач В.Г. «Медикаментозне лікування розладів пам'яті та уваги при генуїнній епіліпсії»	162
Жуковський О.О. «Стан зорових вислікань потенціалів мозку при постстривматичній енцефалопатії»	163
Карпанацька Н.С. «Соматоформні розлади: патофізіологічні механізми формування, клініка та основні принципи лікування»	163
Колесник В.В., Олійник І.Ю. «Морфометрична характеристика бічних шлуночків головного мозку людини в період зрілого віку»	164
Кривенська І.І. «М'язова спастичність при органічних захворюваннях нервової системи та її корекція»	165
Крічук І.І. «Характеристика змін вмісту в плазмі крові маркерів апоптозу ендотеліоцитів у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію різної етіології»	166
Пашковський В.М. «Стан церебрального кровообігу та ендотелійзалежної вазодilataції у хворих на діабетичну енцефалопатію»	167
Рудницький Р.І. «Комплексна диференційована медико-психологічна програма у лікуванні хворих із сексуальними розладами»	168
Русіна С.М., Деркач В.Г., Курик В.І., Нікорик Р.А. «Влияй факторів зовнішнього середовища на маніфестиацію та рецидиви судинних психічних розладів атеросклеротичного генезу»	168
Філіппєв О.О. «Застосування нейропротекторної терапії у гострому періоді черепно-мозкової травми легкого ступеня»	169
Юрченко О.С., Смирнова Т.В. «Структура тривожних та депресивних розладів у кардіалогічних хворих»	170



Жуковський О.О.

СТАН ЗОРОВИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ МОЗКУ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТОЇ

Кафедра первинних хвороб, патогеніз та медичної психології ім. С.М.Соколка

Буковинський державний медичний університет

Посттравматична енцефалопатія (ПЕ) - це комплекс нейрологічних і психічних порушень, що виникає в пізньому або віддаленому періодіs черепно-мозкової травми, який розвивається внаслідок органичного ураження мозку або дисфункциї лімбіко-гіпotalамо-ретікулярної систем. Недостатність наданого об'єктивних критеріїв порушення функціонального стану нервоїв системи при ПЕ часто серйозно ускладнює оцінку динаміки післятравматичного процесу, ефективності терапії і вирішення експертних питань, що часто приводять 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 вислідників потенціалів (ВП) мозку є наявнічним застосуванням 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 нейротримання, зокрема посттравматичною енцефалопатією (ПЕ). В основу роботи покладено матеріал електрофізіологічного дослідження 15 пацієнтів із ПЕ. Ретельне опитування хворих свідчить про те, що у частині з них наслідки відсутності більшою мірою пов'язані з порушенням ліжкового режиму на ранніх етапах лікування, недотримання лікарських призначень і рекомендацій (живлення алкоголем, куріння тощо).

Дослідження ВП проводилось за допомогою багатофункціонального комп'ютерного комплексу „Нейро-МВП”. Зорові ВП (ЗВП) досліджувалися за допомогою спалахів світла з частотою стимуліації 1 Гц та шахового паттерну з прямокутною формою стимулу. Електроди накладались за міжзародиною схемою „10-20”. Виділення та визначення компонентів ВП проводилися за прийнятими у вітчизняній нейрофізіології критеріями. При отриманні результатів оцінювались форму кривої, наявність усіх компонентів, показники латентних періодів та амплітуд компонентів потенціалу.

Потенціал при зоровій стимулізації розподіляється на ранні та пізні компоненти відповіді. Латентність ранніх компонентів складає до 100 мс, пізні компоненти потенціалу виникають після 100 мс. Дослідження зорових ВП дозволяє отримати об'єктивну інформацію про функціональний стан зорового аналізатора на різних рівнях. Важливо, що ранні компоненти (P1, N1, P2) є показниками пройвідності 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 особах характеризується злиттям пізніх компонентів N2, P3, N3 і однією суцільною негативною хвилиною. Пізні компоненти P4 та N4 не бралися нами до уваги, оскільки вони з неспецифічними та не западливо виникають при дослідженнях ЗВП. окрім якісних змін, у пацієнтів із ПЕ спостерігалися зміни часових характеристик зорових викликаних потенціалів. Так, при дослідженні зорових викликаних потенціалів на спалахі світла у хворих на ПЕ мало місце статистично вірогідне підвищення латентних періодів пізніх компонентів потенціалу ($p < 0,05$). Водночас, в обстежених хворих не виявлено порушень з боку ранніх та середніх компонентів, які відображають пройвідність по зорових нервах.

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

Каркачська Н.С.

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

Кафедра первинних хвороб, патогеніз та медичної психології ім. С.М.Соколка

Буковинський державний медичний університет

Високий динамізм соціально-технологічного розвитку сучасного суспільства, удосконалення інформаційних технологій, науково-технічні досягнення в порядку з прискоренням темпу життя обумовлюють зростання рівня психоемоційної напруги, ускладнення структури поведінки особистості, і, в остаточному підсумку, виникають жорсткі вимоги до інтегративної діяльності всіх процесів психічної сфери в цілому. Це зумовлене зростанням кількості хворих із соматичними скарзами, 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 аксентуації особистості); психоемоційні, або психогенетичні чинники (гострі або хронічні чинники зовнішньої дії,



оюсершенковані 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 наддегментального рівня, перш за все лімбіко-ретикулярного комплексу. Виражений клінічний патоморфоз соматоформних розладів, значне розширення їх класифікаційної рубрифікації і зближення 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 дослідень, 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 усвідомлення причин і механізмів розвитку хвороби, зменшення або ліквідації хворобливої симптоматики.

У групу обстеження входило 25 пацієнтів із соматоформними розладами, які знаходилися на лікуванні в 5-му відділенні (невроз із граничними станів) Чернівецької обласної клінічної психіатричної лікарні за період з 2011 по 2013 рр. Дослідження проводилось з використанням методик визначення акцентуації характеру за Леонгардом-Шмішеком, особистісної та ситуативної тривожності за Спілбергером, шкали депресії Балшикової, типу психологічного захисту особистості за Плутчіком-Келлерманном-Конте.

У обстежених хворих із невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, були виявлені такі тривожні риси особистості, як стимулювання почуттів, ефективні реакції, болезність, необґрунтовані взяття соїстії, відчуття зобов'язання, сумніви, страх перед можливими помилками, метушливість, недовіра, очікування небезпеки, втрати перспективи, що обумовлюють виникнення конфліктів та активізацію механізмів захисту особистості. Такі негативні почуття, як тривога, страх, гнів, сором та ін., сама хвороба, як емоційний стрес, викликають в особистості адаптивні процеси переоцінки значення ситуацій, стосунків, уявлення про себе.

Захисні механізми пацієнта є одним з джерел опору в процесі психотерапії. Опір відображає змаяність суперечливій мотивації щодо лікування: з одного боку свідомого прагнення до видужання, з іншого, несвідома необхідність в збереженні захарвовання, так звана "умова базисність хвороби". Конструктивна зміна психотравмуючої життєвої ситуації, симптоматичне зниження тривоги, змінення "Я" і підвищення самооцінки сприяють зниженню лезадаптивної захисної діяльності пацієнта, емпатичне спілкування (співчуття та емоційна підтримка) з хворим призводить до зменшення його захисного опору. При шлеспіровській роботі з механізмом психологічного захисту відбувається зміна порушенних стосунків особистості, усвідомлення і зирнення конфлікту. У процесі психотерапії відбувається заміна притмінників захисних реакцій, таких як вітиснення, більш відкритими і свідомими адаптивними способами пригнічення і оланування. Таким чином досягається вербальний контроль, і пацієнт починає використовувати більш досконалі, свідомі механізми психологічного захисту. Відкриття та переробка деяких захисних механізмів (замінення, ідентифікація) проводиться з метою змінення "Я" пацієнта. Відкриття та переробка таких захисних механізмів як раціоналізація, інтелектуалізація, фантазування, реалізація в дії, і витиснення 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 застосовувалися такі механізми захисту особистості, як раціоналізація, проекція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше — витиснення, заперечення та регресія на тлі депресії, підвищення рівня особистісної та ситуативної тривожності. Психологічний захист був направлений на зниження тривоги, психічного дискомфорту, підвищення самооцінки шляхом покращення процесу відбору та перетворення інформації. З одного боку механізми психологічного захисту в легкій мірі сприяють стабілізації "Я" особистості хворого, але обмежували можливості розкриття і зирнення внутрішньособистісного 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 ЛЮДИНІ В ПЕРІОД ЗРІЛОГО ВІку

Кафедра нервових хвороб, інституту та медичного коледжу ім. С.М. Саменка

Буковинський державний медичний університет

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