



Південна
Фундація
Медицини

**«ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ
ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ
ЯК ПРІОРИТЕТНА ФУНКЦІЯ ДЕРЖАВИ»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

21-22 лютого 2014 р.

Одеса

- 3 12 «Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 21-22 лютого 2014 року). Одеса: ГО «Піднесення фундація медицини», 2014. – 108 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави». Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання ветеринарної, фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

ББК 5я43
УДК 61(063)

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Костюк І. А.

ФАЛЬСИФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ:
ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ..... 7

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Бачук-Полиц Н. В., Лукашевич І. В., Малкович Н. М.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПШЕМІЧНОЇ
ХВОРОБИ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ .. 10

Починок Г. В., Веселова Т. В.

КОРЕКЦІЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ
У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ..... 13

Гавриляк В. Г.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛЕЧЕННЯ
БОЛЬНИХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЄЮ
І ФАКТОРИ ЇЇ ОПРЕДЕЛЮЮЩІЕ 18

Ергард Н. М.

ТРУДОВІ ПРАВА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ,
ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ЗА СУМІСНИЦТВОМ..... 20

Сафаргалина-Корнилова І. А.,

Иванченко С. В., Герасимчук Н. В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИК
ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ
И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА 22

Ішків М. О., Гаманюк Р. М.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОЇ
ЗАХВОРЮВАНОСТІ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ЗА ДАНИМИ
БЛАГОДІЙНОЇ ПРОГРАМИ «КАРТАС БУКОВИНИ» 27

Карвацька Н. С., Курик В. І., Смух М. В., Карвацька Т. Г.

ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ
ТА СТАНУ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ
ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ..... 30

**Деякі клінічні та експериментально-психологічні дослідження
пізнавальних процесів та стану емоційно-вольової сфери хворих на
церебральний атеросклероз**

Карвацька Н.С. - кандидат медичних наук, доцент,
кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинський державний медичний університет;

Курик В.І. – кандидат медичних наук, асистент,
кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинський державний медичний університет;

Смук М.В. – лікар-невропатолог,
поліклініка Управління внутрішніх справ у Чернівецькій області;

Карвацька Т.Г. – студентка 6 курсу медичного факультету
зі спеціальності «Лікувальна справа»,
Буковинський державний медичний університет

Церебральний атеросклероз супроводжується низкою порушень психічної діяльності, а при несприятливому перебігу може призводити до інтелектуально-мнестичних змін особистості і розвитку вираженого недоумства, що відіграє актуальне значення у виникненні психічних порушень судинного походження [3, с. 290]. Психічні порушення при церебральному атеросклерозі можна поділити на два види. До першого відносяться непсихотичні порушення психічної діяльності, до другого - її психотичні зміни. Синдроми непсихотичного порушення проявляються характерними неврозоподобними симптомокомплексами та їх астено-депресивними і астено-іпохондричними варіантами, а також явищами нав'язливих станів (сумнівів, страхів - фобій і т. д.) і психопатоподібними змінами особистості [6, с. 116].

При церебральному атеросклерозі рано виникають розлади пам'яті, що розвиваються в певній послідовності. Також для хворих на церебральний

атеросклероз характерні розлади уваги. Уже при початкових явищах церебрального атеросклерозу виявляється швидка стомлюваність, що виявляється коливаннями уваги, неможливістю зосередження на дослідженні, що клінічно оцінюється як прояв астенії [1, с. 34; 5, с. 261].

Метою дослідження було вивчення клінічних та експериментально-психологічних особливостей пізнавальних процесів та стану емоційно-вольової сфери хворих на церебральний атеросклероз на ранній та пізній стадіях перебігу хвороби. У групі обстежуваних хворих нараховувалося 22-і хворі жінки, які страждали на церебральний атеросклероз, віком від 45-ти до 65-ти років (середнім віком $61,5 \pm 3,2$ років). Серед них 14 хворих – жителі сільської місцевості, а 8 – міської.

Клінічна картина церебрального атеросклерозу у хворих була різною в залежності від періоду захворювання, виразності його та характеру перебігу. Досить часто захворювання дебютувало неврозоподібною симптоматикою у вигляді дратівливості, підвищеної стомлюваності, зниження працездатності, особливо розумової. Хворі стали неуважними, важко концентрували увагу, швидко втомлювалися. Характерною особливістю початкового церебросклерозу було також загострення рис особистості: люди, раніше недовірливі, стали відверто підозрілими, безтурботні - ще більш легковажними, ощадливі - дуже скупими, схильні до занепокоєння - виражено тривожними, недоброчливі - відверто злісними .

При церебральному атеросклерозі психічні порушення наставали досить рано. Найбільш раннім симптомом була астенія. Працездатність хворих знижувалася, вони швидко втомлювалися, насилу переключалися з одного виду діяльності на інший. Часто хворі скаржилися на головні болі, запаморочення, тяжкість у голові, швидку стомлюваність. Астенія як захворювання мала хвилеподібний перебіг, періоди поліпшення загального стану змінювалися періодами погіршення.

Зазвичай у хворих із прогресуючим перебігом церебрального атеросклерозу в початкових періодах хвороби пам'ять добре зберігала події

давніх років, але гірше зберігала минулі події найближчих днів і навіть годин. Поступово слабшала пам'ять і на далеке минуле.

Експериментально-психологічне обстеження стану проводили на початку та на пізніх стадіях захворювання [4, с. 168]. Патопсихологічні дослідження хворих, які страждали на церебральний атеросклероз, допомогли не тільки отримати об'єктивні дані щодо структури психічного розладу, але й оцінити ступінь інтелектуально-мнестичного зниження та збережені елементи психіки від ступеня виразності астеничного синдрому [2, с. 117].

Найбільш ранньою ознакою астенії були розлади пам'яті. Вже на ранніх стадіях хворі скаржились на те, що їм стало важко пригадувати потрібні слова, імена, прізвища, дати, а через деякий час – згадували. Це м'який тип порушення пам'яті, що повільно прогресує та належить до гіперстенічного типу астенії. На початкових стадіях крива запам'ятовування мала зигзагоподібний характер. У подальшому при прогресуванні розладів пам'яті до непостійної репродукції додавалися розлади зберігання, а пізніше запам'ятовування. Крива запам'ятовування ставала рівною, торпідною, інертною – гіпостенічний варіант кривої. Багато слів, які сказали такі хворі, були повторенням слів цих хворих.

Також характерною була нерівномірність порушень різних форм пам'яті. Спочатку страждала механічна пам'ять та процес запам'ятовування, а зберігалася асоціативна пам'ять. Потім порушувався процес утримання пам'яті. На початку захворювання на церебральний атеросклероз хворі не допускали помилок при відтворенні слів. При помірному розвитку 40% хворих не повністю відтворили слова, а 20% зовсім не змогли відтворити.

Результати обстеження хворих, що проведені за методикою Крепеліна, коректурною пробою та за допомогою таблиці Шульте показали, що при гіперстенічному варіанті астенії, зигзагоподібному перебігу, було помічене зниження механічної пам'яті, погіршення запам'ятовування поточних подій, але хворі не допускали помилок при відтворенні слів, що притаманно початковій стадії захворювання. При гіпостенічному варіанті 61% хворих не змогли відтворити слова частково, а 39% – відтворити слова повністю.

Один з ведучих симптомів астенії - виснажливість психічних функцій. Дослідження її дозволяло чітко визначити патогенетичні особливості і тип астенічного стану. Оцінка виразності виснажливості протягом захворювання давала можливість судити про ефективність терапії та була об'єктивним показником зміни стану хворого.

Про наявність виснажливості можна судити при порівнянні результатів на початку і в кінці дослідження. Вона виражалася в збільшенні пауз і появі помилок в кінці дослідження методикою віднімання, у збільшенні латентного періоду і труднощів в підборі слів, на заключному етапі дослідження методикою підбору антонімів.

Особливо чітко проявлялася виснажливість при дослідженні спеціальними методиками, направленими на вивчення працездатності - таблицями Шульте, Крепеліна, в коректурній пробі. Криві виснажливості при дослідженні цими методиками хворих церебральним атеросклерозом були неоднакові. Серед них можна виділити два основних типи, що відповідали найбільш характерному синдрому астенії.

Для гіперстенічного синдрому характерний був початок виконання завдання в швидкому темпі і дуже рано з'являлася виснажливість. Пізніше епізодично відмічалася короткочасне покращення показників. Крива виснажливості гіперстенічного типу при дослідженні таблицями Шульте носила зигзагоподібний характер. Так, наприклад, на пошук чисел в першій таблиці хвора витратила 48 с, в другій - 1 хв. 18 с, в третій - 1 хв. 23 с, в четвертій - 51 с, в п'ятій - 1 хв. 12 з і т. д. При дослідженні рахунку за Крепеліним у цих випадках також визначалася значна різниця в темпі виконання завдання на різних його етапах, в кількості виконаних в різні відрізки часу додавань і допущених при цьому помилок.

При гіпостенічних станах крива виснажливості носила інший характер. Так, при дослідженні таблицями Шульте спостерігалася поступове збільшення витрачаемого на кожну наступну таблицю часу. Протягом дослідження рівень виконання завдання постійно знижувався у зв'язку з наростаючою

виснажливостю. Відповідно і при дослідженні рахунку за Крепеліним спостерігалось поступове погіршення темпу роботи. При гіпостенічних станах виснажливість проявлялася не тільки при порівнянні часу пошуку чисел в різних таблицях Шульте, але і в межах однієї і тієї ж таблиці.

З виснажливостю при церебральному атеросклерозі безпосередньо була пов'язана і недостатність активної уваги. Вона знаходила своє відображення в пропусках окремих чисел в таблицях Шульте, у збільшенні до кінця дослідження кількості помилок при рахунку за Крепеліним. Особливо чітко вона проявлялася в коректурній пробі - пропуски букв, зайві закреслювання подібних або розташованих поруч з заданою буквою, пропуск цілих строк. Помилки або наростали кількісно до кінця дослідження, або розподілялися в ході досліду нерівномірно, групами.

Методика рахування чисел за методикою Крепеліна показала збільшення пауз і появу помилок. Подовження латентного періоду відповідей і затруднення підбору слів – це характерна ознака гіпостенічного варіанту астенії.

При гіпостенічному варіанті астенії рівень виконання завдання був низьким, активна увага зниженою. У таблиці Шульте хворими відзначались пропуски деяких чисел, збільшення до кінця обстеження помилок за методикою Крепеліна, а також пропуски букв за коректурною пробою.

Оцінюючи результати проведених досліджень, можна зробити висновки: у хворих, які страждають на церебральний атеросклероз, виявлені два варіанти перебігу астенічного синдрому. На початковій стадії хвороби спостерігався гіперстенічний варіант захворювання, крива мала зигзагоподібний характер, характерний м'який тип перебігу, при якому були виявлені:

- а) порушення процесу запам'ятовування поточних подій;
- б) відсутність помилок при відтворенні конкретних подій;
- в) втрата другорядних деталей із опису при збереженні основної сюжетної лінії;
- г) чітка залежність між сумарними показниками порушення пам'яті та церебральним атеросклерозом;

д) збереження процесів узагальнення і відвернення, але відмічаються помилки під час другорядних конкретно-ситуаційних дій.

При прогресуванні захворювання виявлявся гіпостенічний варіант астенії:

а) крива розладів запам'ятовування різко порушена і ставала інертною, торпідною;

б) майже 40% хворих не змогли відтворити події опису, а 20 % не змогли відтворити взагалі;

в) збільшилася кількість пауз, поява помилок і подовження латентного періоду відповіді.

При церебральному атеросклерозі встановлена певна кореляція між характером виснажливості і клінічною стадією захворювання. Начальній стадії захворювання був притаманний гіперстенічний тип виснажливості. У подальшому з прогресивним перебігом церебрального атеросклерозу виснажливість в експерименті проявлялася по гіпостенічному типу. У цих випадках вказані форми астенічних синдромів можуть розглядатися як послідовні стадії клінічних проявів єдиного патологічного процесу.

Список використаних джерел

1. Блейхер В.М., Крук І.В. Патопсихологічна діагностика.- К., 1986.
2. Блейхер В.М., Крук І.В., Боков С.М. Практична патопсихологія. - Вид-во В«ФеніксВ», 1996.
3. Жіслін С.Г. Психічні порушення при органічних захворюваннях головного мозку. - М., 1998. С. 287-296.
4. Кабанов М.М., Личко А.Є., Смирнов В.М. Методи психологічної діагностики та корекції в клініці. - М.: ВЛАДОС, 2005. - 385 с.
5. Карвасарській Б.Д. Медична психологія. - М.: Медицина, 2006. - 565 с.
6. М'ясніков А.Л. Атеросклероз: Походження, клінічні форми, лікування. М., 2004.