

Наукове періодичне видання

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

4 (04) 2015

Частина II

Львів

2015

Семенова В.М., Лисяний Н.И., Стайно Л.П., Бельская Л.Н., Егорова Д.М. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЛИФЕРАЦИИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ IN VITRO.....	54
Semenyak A.V., Andriyets O.A., Kuchuk L.A., Kurulyuk N.V. FEATURES OF TREATMENT OF TRICHOMONIASIS.....	59
Семеняк А.В., Андриєць О.А. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ V КУРСУ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ».....	61
Семеняк А.В., Скрипчук В.І. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ.....	63
Сотникова Е.П. ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ В.П. ФИЛАТОВА О ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ.....	66
Бакун О.В., Ковтун О.А., Тимочко Ю.Д. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....	68
Фарисей А.В., Ткаченко И.А. УШИБ ЛЕГКОГО. ПАТОГЕНЕЗ. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.....	72
Khomenko V.G. CHRONORHYTHMICITY OF FUNCTION KIDNEY IN PATHOLOGY.....	79
Шалай О.О., Барілка В.А., Корольчук О.С., Кароль Ю.С., Логінський В.Є. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ТА ПРОГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ ЛІМФОМИ З МАЛИХ ЛІМФОЦИТІВ.....	81
Борисенко А.В., Шінкарук-Диковицька М.М. ЧАСТОТА ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ, КИСТОГРАНУЛЕМ АБО КИСТ МОЛЯРІВ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ ЕТНО-ТЕРИТОРІАЛЬНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ.....	86
Шупер В.А., Шупер С.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ.....	91
Шурко Н.О., Даниш Т.В. НЕГАТИВНА АФІННА ХРОМАТОГРАФІЯ ЯК СПОСІБ ОТРИМАННЯ ФАКТОРА VIII З ПЛАЗМИ КРОВІ ЛЮДИНИ.....	95
Юрценюк О.С., Ротар С.С. НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ОСІБ, ЩО ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ В ЗБРОЙНОМУ ПРОТИСТОЯННІ НА СХОДІ УКРАЇНИ.....	97
Yurtsenyuk O.S., Antofijchuk I.Ya., Rotar S.S. STUDENTS' LEVEL OF PERSONAL ANXIETY AND SITUATIONAL ANXIETY.....	100
Ясинська Є.Ц., Вацик М.З. ОСОБЛИВОСТІ СУКУПНОГО ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ.....	102

шення препарату «Кріопреципітат» плазми крові вдалося одержати FVIII з питомою активністю, на порядок вищою за вихідну [2, с. 199].

Відомо, що на стадії кріосадження втрачається приблизно 30-40% FVIII. Тому ми поставили собі за мету отримати очищений препарат фактора, оминаючи процес кріосадження. Для цього ми використали свіжозаморожену плазму. На етапах попереднього фракціонування ми намагались максимально усунути домішкові білки (а саме, білки протромбінового комплексу, фібриноген, альбумін та інші), тим самим отримавши супернатант з підвищеним вмістом FVIII та проведенням його хроматографічного очищення.

Суть даного методу полягає в поетапному осадженні білків протромбінового комплексу солями

барію та їх сорбції на гідроксиді алюмінію, відділенням фібриногену, фібронектину та домішкових білків на ПЕГ-4000 та застосуванні методу негативної афінної хроматографії для підвищення рівня очищення антигемофільного препарату.

Висновки. Поєднання методу попереднього фракціонування плазми крові з розробленим нами методом негативної афінної хроматографії на макropористих сорбентах суттєво підвищує ступінь очищення отриманого препарату. Низка переваг кремній-неорганічних сорбентів із синтетичними барвниками в якості лігандів дозволяють швидко та ефективно, в м'яких умовах (без втрати активності) досягти значного очищення FVIII (ступінь очищення в порівнянні з вихідним зразком на два порядки вища за вихідну).

Література:

1. Патент на винахід № 94299, Україна, МПК С07 1/22, С07К 14/755. Спосіб очищення фактора VIII згортання. Шурко Н.О., Даниш Т.В., Новак В.Л. Заявка № 2906990; Заявл. 03.07.2009 р.; Опубл. 26.04.2011, Бюл. № 8, від 26.04.2011 р.
2. Шурко Н.О. Препарати фактора згортання крові VIII та способи їх отримання / Шурко Н.О., Вороняк М.І., Даниш Т.В. // Біологічні студії. – т. 8(№1). – С. 197-204.
3. Burnouf T. Affinity chromatography in the industrial purification of plasma proteins for therapeutic use / Burnouf T., Radosevich M. // J. Biochem. Biophys. Methods. – 2001. – Vol. 49. – P. 575-586.
4. Curling J. Mimetic ligand technology improves the performance of your protein purification process / Curling J. // Biopharm. International. – 2004. – Vol. 17, №8. – P. 1-12.
5. Large-scale purification of factor VIII by affinity chromatography: optimization of process parameters / Te Booy M., Faber A., De Jonge E., Wolterink E. // The Journal of Chromatography. – 1990. – Vol. 503. – P. 103-114.
6. Radosevich, M. Affinity chromatography – fractionated and DNA-engineered plasma proteins / Radosevich M., Burnouf T. // Encyclopedia of Industrial Biotechnology: Bioprocess, Bioseparation, and Cell Technology. – 2009. – P. 1-12.
7. Scoups K.P. Current protocol in protein Science / Scoups K.P. // John Wiley & Sons, Inc – 1995. – 3800 p.
8. Separation of antihemophilic factor VIII from human plasma by column chromatography / Baikar V.M., Karnath M.V., Vishwanathan C., et al. // Indian Journal of Clinical Biochemistry. 2003. – Vol. 18 (1). – P. 80-86.

Юрценюк О.С.,

кандидат медичних наук, доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С.М. Савенка Буковинського державного медичного університету

Ротар С.С.,

асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С.М. Савенка Буковинського державного медичного університету

НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ОСІБ, ЩО ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ В ЗБРОЙНОМУ ПРОТИСТОЯННІ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Стаття присвячена дослідженню непсихотичних психічних розладів у учасників антитерористичної операції (АТО), комплексній діагностиці, лікуванню та психотерапії даних розладів в умовах стаціонару.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, діагностика, лікування.

Статья посвящена исследованию непсихотичных психических расстройств у участников антитеррорестической операции (АТО), комплексной диагностике, лечению, и психотерапии данных расстройств в условиях стационара.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, диагностика, лечение.

The article deals with the non-psychotic mental disorders of the members of the counterterrorist operation (CTO), comprehensive diagnosis, treatment and therapy of these disorders in the hospital.

Key words: non-psychotic mental disorders, diagnosis, treatment.

Протягом останнього року все більше лікарів різних спеціальностей по всій Україні серед своїх пацієнтів зустрічають вимушених переселенців та учасників бойових дій зі східних областей України. Зважаючи на те, що такі події на території України розгортаються вперше за всі роки незалежності, вони є незвичними, нетиповими, такими, що виходять за межі буденності. Це в свою чергу, накладає значний відбиток на психічне життя українців – як тих, що знаходяться в областях, де триває протистояння, так і в тих, хто веде мирний спосіб життя [1].

Період активного вивчення посттравматичного стресового розладу нараховує декілька десятиліть, однак інформація про переживання людей на яких діяв стрессогенний фактор фіксується на протязі століть. Перші дослідницькі роботи проводились в Сполучених Штатах Америки, які були направлені на вивчення особливостей переживання військового обстеження ветеранів війни у В'єтнамі, в 1988 році у 30,6% американців спостерігалось посттравматичний стресовий розлад, у 22,5% – часткове. У 55,8% осіб, які мають посттравматичний синдром, були виявлені прикордонні нервово-психічні розлади, ймовірність опинитися безробітним у них в 5 разів більше в порівнянні з іншими, розлучення були у 70%, ізоляція від людей – у 47,3%, вираз ворожості – у 40%, потрапили до в'язниці або були заарештовані – 50% [3].

Відомо, що військовий стрес має хронічну причину та тенденцію до поступового погіршення з часом. Це підтверджується і дослідженнями сучасної науки. Дослідниками було визначено, що у частини людей із наслідками військової травматизації, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з часом посилюються. З другого боку, однією із діагностичних труднощів вияву ПТСР являється те, що він може проявитися як в період до одного місяця після травмуючої події, так і через 30-40 років. Таким чином, головною особливістю ПТСР виявляється тенденція не тільки не зникати з часом, але і набувати більш виражений характер [1, 3].

Ситуація бойових дій, призводить до виражених змін функціонального стану психічної діяльності, що характеризуються розвитком надзвичайно сильних негативних емоцій, таких як страх, тривога, важка розумова і фізична перевтома. У військовослужбовців в умовах бойових дій розвиваються психічні розлади, які визначають збірним терміном – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Так 98% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях на території Чечні, страждають посттравматичним синдромом, а приблизно 30-35% солдатів страждають на алкогольну та/чи наркотичну залежність [4].

В сучасних реаліях та подіях які відбуваються на сході України, кожен другий боєць страждає на невротичні психічні розлади пов'язані зі стресом та дані порушення вже описують як «Донецький синдром» [1, 3, 5].

З метою вивчення структури неспсихотичних психічних розладів у осіб, що брали участь в бойових діях АТО в період з 31.07.2014 року по 31.12.2014 року було обстежено 147 чоловіків, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні неврозів та пограничних станів Чернівецької обласної психіатричної лікарні. Середній вік обстежених 26,4 роки.

У процесі психодіагностичного дослідження, з метою оцінки акцентуованих властивостей особистості, використовували опитувальник

Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда. Ступінь виразності депресивної симптоматики оцінювався за допомогою шкали Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS-21), тривожної симптоматики – за тестом Спілбергера-Ханіна. Також була використана шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R). Комплекс досліджень проводили при поступленні, та безпосередньо після курсу лікування (через 1 міс.).

Встановлено, що більшість склали мешканці села 52,38%, с.м.т. – 9,53%. з міста – 38,09% осіб.

В структурі неспсихотичних психічних розладів в учасників АТО переважали: розлади адаптації (РА) – 39,46%, ПТСР – 28,58%. соматовегетативні розлади – 19,04%, емоційно-вольові розлади – 12,92%.

Аналізуючи особистісні особливості хворих з ПТСР та розладами адаптації (РА) встановлено, що чистих типів акцентуації виявлено не було, проте в комбінаціях переважали застрягаючий, афективно-екзальтований та циклотимічний типи акцентуації характеру. Рідше збудливий, гіпертимний, емотивний та педантичний типи. Дуже рідко дані розлади спостерігались у осіб з дистимічним та демонстративним типами.

Серед обстежених хворих більшість склали особи з високим рівнем особистісної тривожності (ВРОТ) – 59,0% та пацієнти з середнім рівнем особистісної тривожності (СРОТ) – 38,0% випадків. Середнє значення ситуативної тривоги складало 44,49 бала. Прикметно, що рівень ситуативної та особистісної тривожності був вищим при первинному обстеженні (поступленні), та вже через місяць комплексного лікування ситуативна тривожність знижувалась до помірного рівня, а особистісна – залишалась високою. Слід звернути увагу на те, що у частини пацієнтів об'єктивно при огляді відмічалась тривожно – депресивна симптоматика, а результати тесту показували низький рівень тривожності, що може свідчити про високий рівень недовіри та брехні, як захисного механізму.

ПТСР виникає лише в результаті переживання екстремальної події, а розлади адаптації – як внаслідок надзвичайних подій, так і під впливом стресу, який не сягає надзвичайного або катастрофічного рівня. Розвитку ПТСР і РА може передувати гостра стресова реакція. Диференційно-діагностичними критеріями даних розладів є: час їх формування (при ПТСР – через 1 місяць, при РА – протягом 1 місяця), існування латентного періоду (при ПТСР він обов'язковий, при РА – можливий), а також їх тривалість (при ПТСР вона необмежена, а при РА – не більше 6 місяців, за винятком пролонгованої депресивної реакції (F 43.21)).

Комплекс лікувально-реабілітаційних заходів для потерпілих включав у себе медикаментозну терапію та психотерапію (ПТ). З ліків застосовували антидепресант (селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну) сертралін 50 мг. вранці, та, в залежності від виразності тривожної симптоматики, паралельно призначали небензодіазепіновий ансіолітик афобазол – по 10 мг. 3 рази на добу. З психотерапевтичних методів застосовували міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію та аутогенне тренування, спрямованість і зміст яких були диференційовані в залежності від виявлених типів та виразності акцентуації, особливостей соціального статусу, актуальних психотравмуючих обставин тощо.

З метою підтримки адаптивних навичок «Я» найчастіше використовували наступні (індивідуальні, групові) техніки: систематична десенсибілізація; тренінги релаксації; зменшення зовнішніх вимог; техніки відновлення ресурсів «Я».

Для формування “позитивного ставлення” до симптому проводили ПТ спрямовану на те, щоб допомогти пацієнтам зрозуміти, що їхні реакції нормальні, а пережите – це екстремальне. Це дозволяло запобігти подальшій травматизації людини вже самими хворобливими симптомами, а також актуалізувати власні особистісні ресурси.

Як відомо, для пацієнтів із ПТСР характерне навмисне уникання всього, що пов'язано з травмою: емоцій, спогадів, думок. У зв'язку з його наявністю травматичний досвід не переробляється, продовжує залишатися хворобливим, а само по собі уникання стає додатковою проблемою, що загострює ситуацію.

Необхідною умовою ефективного лікування є формування відчуття «контролю над травмою». Домінантою є зміна змісту, що надається травматичній ситуації і її наслідкам. Багато авторів розглядають це відчуття як загальну кінцеву мету, до

якої повинні прагнути всі психотерапевтичні втручання [1, 5].

Індивідуальні і групові форми терапії спрямовані на досягнення визначених терапевтичних цілей:

- повторне переживання травми в безпечному просторі з терапевтом (і групою);
- зниження почуття ізоляції і забезпечення почуття належності, доречності, загальних цілей, комфорту і підтримки, безпеки від почуття сорому;
- забезпечення соціальної підтримки і можливості розділити з іншими людьми емоційні переживання;
- спостереження за тим, як інші пацієнти (члени групи) переживають спалахи інтенсивних афектів;
- можливість бути в ролі того, хто допомагає, розвиток «почуття ліктя»;
- подолання почуття власної малоцінності;
- зменшення почуття провини або сорому, розвиток довіри, здатності розділити горе і втрату;
- можливість працювати з «секретом», ділитися з кимось інформацією про себе;
- зміцнення впевненості в тім, що прогрес у терапії можливий;
- одержати можливість скласти власне уявлення про реальність змін, що відбуваються з кожним членом групи [3].

Наслідки воєнних дій на сході України, з усією очевидністю показують, наскільки важлива допомога учасникам бойових дій.

Важливою є діагностика, лікування, корекція, профілактика та реабілітація пацієнтів з несприятливими психічними розладами у учасників антитерористичної операції. Вирішення даної проблеми потребує комплексного підходу та повинно містити в собі медикаментозну терапію та психотерапію. Початок терапевтичного втручання повинен бути максимально раннім (з метою запобігання розвитку і хронізації захворювання) та мати тривалий характер.

Література:

1. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах. Методичний посібник: за редакцією Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І., К., 2014 – 91 с.
2. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація /методичні рекомендації /уклад.: Волошин П.В. та ін.] – Харків, 2002.– 47 с.
3. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах/ методичні рекомендації [уклад.: Волошин П.В. та ін.] – Київ, 2014.– 67 с.
4. Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М., Кожевникова В.А. Нарушения личностного функционирования у людей, переживших экстремальные события, и их психотерапевтическая коррекция //Український медичний альманах. – 2004. – №4 (додаток). – С. 123-126.
5. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах / методичні рекомендації /уклад.: Напреев О.К. та ін.] – Київ, 2014.– 26 с.