

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

ВПЛИВ НЕЙРОЛЕПТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДІЯЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Мудренко І.Г. к.м.н., асистент кафедри нейрохірургії та неврології СумДУ, Боднарашек О.І. лікар Сумський обласний клінічний психоневрологічний диспансер

Більшість нейролептиків блокують центральні та периферичні альфа1-адренорецептори, холінорецептори. Серед можливих побічних ефектів з боку серцево-судинної системи: ортостатична гіпотензія, тахікардія, шлуночкова аритмія, порушення серцевої провідності. Метою дослідження є реєстрація порушень діяльності серцево-судинної системи у хворих, які отримують нейролептичну терапію за допомогою методів електрокардіографії (ЕКГ) (DX complex) та реоенцефалографії (РЕГ) (апарат Regina). Обстежено 70 пацієнтів під час лікування в Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері хворих на шизофренію, шизотипові розлади - F20-F29. Для дослідження відібрані молоді люди без хронічної соматичної патології, під час загострення основної психіатричної патології. За результатами ЕКГ встановлено, що у 30% обстежених реєструвалась вікова норма, 70% мали порушення. Перше місце (50%) займають порушення ритму (подовження інтервалу Q-T, синусова аритмія, синусова тахікардія, синусова брадикардія, міграція провідника ритму, екстрасистолії, передсердні ритми). На другому місці (25%) зміна процесів реполяризації міокарду (метаболичні, ішемічні), гіпертрофія лівого шлуночку спостерігалась у 8% пацієнтів, порушення провідності у вигляді непрямой блокади правої ніжки пучка Гісса мали 10 %, атріовентрикулярної блокади - 2% респондентів. За результатами РЕГ у 60% зафіксовано зниження пульсового кровонаповнення судин. Тонус судин підвищений у 55%, знижений у 12%, ангіодистонію за змішаним типом мали 14% хворих, нормальний тонус судин головного мозку - 19%, у 81% пацієнтів зареєстровано порушення венозного відтоку. Очевидно, що хворі на шизофренію та шизотипові розлади внаслідок побічної дії нейролептиків мають відхилення у діяльності серцево-судинної системи, порушується метаболізм та живлення стінок судин, кровообіг, і як наслідок формується когнітивний дефіцит. Отримані дані необхідно враховувати з метою корекції виявлених порушень та рекомендувати лікарям виважено підходити до вибору нейролептика з урахуванням спектру побічних дій та супутньої соматичної патології. До комплексу лікування хворих на шизофренію необхідно включати препарати з нейротрофічною дією, ноотропи, вітаміни групи В.

АНАЛІЗ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ СТАТЕВОЇ СВОБОДИ ТА НЕДОТОРКАНОСТІ ОСОБИ ЗА 2013-2015 рр. В М. СУМИ

Мудренко І.Г. к.м.н., асистент кафедри нейрохірургії та неврології, курс психіатрії, наркології та мед. психології СумДУ, Одарченко О.П. голова АСПЕК, Сумський обласний клінічний психоневрологічний диспансер

Сексуальні злочини відносяться до тяжких і кваліфікуються, згідно КК України, як злочини проти статевої свободи та недоторканості людини. По даним амбулаторної судово-психіатричної експертної комісії Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру за період 2013-2015 рр. встановлено наступне. Частота сексуальних злочинів, від загальної кількості експертиз по кримінальним справам, становила: в 2013 році – 14 випадків (2,94%±0,77%); в 2014 році - 6 (1,42%±0,57%); в 2015 році - 8, що становить 1,64%±0,58% відповідно. Найбільш поширеним є звалтування (ст. 152) (32,1%±8,99%); на другому місці - розбещення неповнолітніх (ст. 156) (25,2%±8,33%); статеві зносини з особою, яка не досягла повноліття (ст. 155) (14,3%±6,73%); насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним шляхом (ст. 153) (3,57%±3,57%). Переважно правопорушники (96,4%±3,57%) мали гетеросексуальну орієнтацію, лише в 1 випадку (3,57%±3,57%) мав місце гомосексуальний контакт. У 15 з 28 (53,6%±9,6%) обвинувачуваних не діагностовано будь-якого психічного захворювання, у чотирьох осіб (14,3%±6,73%) встановлено розлади особистості та поведінки (F60...), у п'яти (17,9%±7,37%) легку розумову відсталість (F70...), у одного (3,57%±3,57%) – розлади настрою (маніакальний епізод). Троє обстежених (10,7%±5,95%) мали хронічне психічне захворювання у формі шизофренії (F20...), з них

один обвинувачуваний за ст.156 (розбещення неповнолітніх) визнаний неосудним, рекомендовано суду застосувати примусові заходи медичного характеру. Підекспертні визнані осудними на час скоєння злочину у 27 з 28 проведених експертиз (96,4%±3,57%), тобто перебували в такому психоемоційному стані, який не міг суттєво впливати на поведінку гвалтівників. Під впливом алкоголю скоїв кримінальне діяння лише 1 підсудний (4,17%±4,17%). Сексуальні злочини становлять 1-3% від загального числа кримінальних діянь; найчастіше сексуальні злочини скоюють психічно здорові люди, серед хворих переважають особи з розладами особистості та інтелектуально-мнестичною недостатністю; наявність психічного захворювання істотно не впливає на можливість розуміння своїх дій та здатність керувати ними під час сексуальних злочинів.

ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАЖУ РОБОТИ

Мудренко І.Г., Юрченко В.С., Свиріденко Д.Ю.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

В попередніх публікаціях ми висвітлили актуальність досліджень в напрямку діагностики та психопрофілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників задля збереження їх психічного і фізичного здоров'я та кадрового потенціалу медичної галузі в цілому. Одним з наслідків даного явища є звільнення до настання пенсійного віку, зміна сфери і роду діяльності людини.

З метою виявлення динаміки у формуванні синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників в залежності від тривалості роботи на посаді нами застосовано опитувальник вигорання (перегорання) К. Маслач. Опитувальник складається з 22 пунктів, за якими можливе обчислення значень 3-х шкал: «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція професійних досягнень» та призначена для діагностики професійного вигорання. Дослідження проводилось поміж трьох груп медичних працівників: лікарів-психіатрів, лікарів загальносоматичної мережі, медичних сестер психіатричних установ. Всього взяли участь 60 осіб. Аналізуючи залежність ступеню вираженості синдрому емоційного перегорання та його складових від стажу роботи на посаді нами встановлено наступне. Середні медичні працівники на протязі професійної діяльності мають ознаки наростання емоційного виснаження. Серед тих чий стаж менший, ніж 10 років достовірно рідше зустрічається дане явище, ніж у кого період роботи більше 20 років ($p < 0,001$). Причому у медичних сестер до 10 років роботи рівень емоційного виснаження середній (19,7 б.), а чий стаж понад 20 років – високий (31 б). Після 10-річного рубежу достовірно швидше формуються ознаки емоційного виснаження ніж до десяти років роботи ($p < 0,01$). Значущого наростання емоційного виснаження в залежності від стажу у лікарів психіатрів і лікарів соматичної мережі не виявлено. Лікарі-інтерністи на початку своєї професійної діяльності мають низькі показники за шкалою «Емоційне виснаження» 13 б, при стажі понад 20 років – середні (20,1 б.), у психіатрів вони майже однакові до 10 років роботи і понад 20 років і становлять 16,7 та 17,5 балів відповідно.

На підставі отриманих нами даних можна рекомендувати безпечний щодо збереження психічного здоров'я та запобігання формуванню емоційного виснаження стаж середнього медичного працівника безпосередньо в контакт з психічнохворими до 10 років.