

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

іменами людей (ліва півкуля). Частина пацієнтів скаржилась на ексцентричну поведінку, неможливість керувати діями однієї з кінцівок (частіше лівої). Одна пацієнтка розповідала як вранці одягалась годину тому, що «чужа» рука намагалась змусити її одягнути набагато яскравіший одяг. Це називають інтермануальним конфліктом або синдромом чужої руки (alien hand syndrome). Цей стан трапляється також внаслідок травм, інсультів та інших органічних уражень головного мозку. Вважається, що ліва півкуля є джерелом свідомості людини, оскільки саме тут знаходяться центри Брока та Верніке. Тому ліва півкуля є домінантною, а за допомогою мозолистого тіла гальмівні сигнали надходять у праву півкулю. Тож порушення взаємозв'язків між півкулями руйнує цю модель, що й призводить до розвитку синдрому чужої руки.

Дані обстеження пацієнтів переконали Sperry у існуванні «подвійної свідомості» (dual consciousness) у пацієнтів, що перенесли калозотомію та зазнали «розщеплення» мозку (split-brain).

Висновки: Мозолисте тіло забезпечує інтеграцію функцій обох півкуль та так звану «єдність свідомості» людини. Виявлені побічні ефекти змусили науковців продовжити пошуки інших методик лікування епілепсії, хоча спорадично і досі проводиться калозотомія.

РІВЕНЬ СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ЛІКАРІВ АНЕСТЕЗІОЛОГІВ-РЕАНІМАТОЛОГІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАЖУ РОБОТИ

Козловська Л.Т.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Дзержинська Н. О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

кафедра психіатрії та наркології

Назва установи на якій було проведено дослідження: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; КМКЛ№18; КМКЛ №5.

Актуальність: Відомо, що практикуючі лікарі анестезіологи-реаніматологи стикаються із значним інтелектуальним та емоційним навантаженням, що пов'язано з постійною відповідальністю за життя значного числа пацієнтів у важкому стані та призводить до виникнення ситуативної тривожності.

Мета дослідження: Дослідження рівня реактивної тривожності залежно від стажу роботи у лікарів анестезіологів-реаніматологів.

Завдання дослідження: З допомогою опитувальника Спілбергера дослідити рівень реактивної тривожності, проаналізувати отримані дані та зробити висновок.

Матеріал дослідження та його застосування: Дані, отримані за допомогою опитувальника Спілбергера на рівень реактивної тривожності. Опитано 120 лікарів, які були розділені на групи (по 30 людей): лікарі-інтерни, лікарі зі стажем до 5 років, лікарі зі стажем від 5 до 10 років та лікарі зі стажем більше 10 років.

Основні результати: Тривожність було виявлено в 76 осіб зі 120. Найвищі показники мали лікарі зі стажем роботи від 1 до 5 років: у 12 осіб було виявлено помірну тривогу, а у 4 – високу; легкий ступінь мали 8 осіб, а відсутність її – у 6 осіб. У лікарів зі стажем роботи 5-10 років рівень легкої тривожності був виявлений в 14 людей, помірної та високої у 5 та 2 людей відповідно, відсутність тривожності – у 9. Найнижчі рівні тривоги мали лікарі зі стажем більше 10 років: відсутність тривоги- у 16 людей, легка в 12, помірна у 2, а високої виявлено не було.

У лікарів-інтернів легка тривога мала місце у 10 людей, помірна в 6 та висока в 1 людини, не виявлено - у 13 осіб. Найвищі рівні тривоги у людей зі стажем від 1 до 5 років можливо пов'язані із тим, що внаслідок недостатньої освіченості наявний постійний страх зробити помилку при лікуванні пацієнтів, яка може мати фатальний наслідок. Нижчі рівні тривожності у лікарів зі стажем від 5 до 10 років пов'язані із поступовою появою резистентності до стресу та кращим досвідом. У зв'язку з первинним входженням у спеціальність та недостатньою усвідомленістю своєї ролі, лікарі інтерни мали ще нижчі показники тривожності. У лікарів зі

стажем більше 10 років вплив хронічного стресу призвів до найнижчих показників тривожності.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОГНІФЕНУ В ЛІКУВАННІ ДЕМЕНЦІЙ

Костик А.Ю., Куряков А.Г.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Мудренко І.Г.

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність. Пошук засобів лікування деменції є пріоритетним в галузі психіатрії. Когніфен – новітній антихолінергічний комбінований лікарський засіб з ноотропним ефектом, що містить у своєму складі фенібут та іпідакрин.

Мета. дослідити ефективність застосування препарату Когніфен у хворих на деменції.

Матеріал і методи. Всього обстежено 29 пацієнтів. Хворі розподілились наступним чином: на першому місці деменція, внаслідок Альцгеймера – 6 хворих (20,7%), судинна – 15 хворих (51,7%), змішана (судинна та внаслідок хвороби Альцгеймера) – 6 хворих (20,7%), посттравматична – 1 (3,5%), внаслідок хвороби Піка – 1 пацієнт (3,5%). Для досягнення мети використовувалась шкала MMSE; шкала визначення вираженості суїцидального ризику, шкала визначення самосвідомості смерті, шкала Гамільтона для оцінки депресії, метод статистичної обробки результатів.

Результати дослідження. В процесі лікування відбулося достовірне зменшення рівня депресії за шкалою Гамільтона ($p < 0,05$). До лікування показник склав $27,24 \pm 1,85$ бала, після $16,93 \pm 1,38$ бала відповідно. Рівень когнітивних функцій за шкалою MMSE до лікування відповідав помірному ступеню вираженості деменції ($16,86 \pm 1,18$ бала) та відповідно $17,79 \pm 1,33$ бала після лікування (достовірної різниці не встановлено $p > 0,05$), рівень самоусвідомлення смерті до лікування у хворих на деменції був низьким і склав до лікування $17,96 \pm 0,87$ бала, що свідчить про схильність до аутоагресивних дій та самогубства. Після лікування цей показник достовірно не змінився та становив $17,2 \pm 0,78$ бала ($p > 0,05$). Всі пацієнти мали невисоку вираженість суїцидального ризику ($20,97 \pm 1,4$ бала), після лікування схильність до аутоагресій істотно не змінилась ($21,44 \pm 1,63$ бала; $p > 0,05$).

Висновки. Встановлено позитивний вплив препарату Когніфен на зменшення рівня вираженості депресивної симптоматики у дементних хворих ($p < 0,05$). На ступінь когнітивного дефіциту, вираженість суїцидального ризику, рівень самосвідомості смерті препарат достовірно не впливає ($p > 0,05$).

ДЕПРЕСІЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ У СПИНІ

*Купрієнко М.М., *Юрченко О.П.*

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Юрченко А.В.

*Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології, *КЗ СОКЛ*

Біль у спині займає одне з провідних місць серед причин, що змушують людину звертатись до лікаря. Більшість пацієнтів з хронічним болем, одночасно страждають від психопатологічних розладів. Найбільш часто при хронічних больових синдромах (ХБС) спостерігаються депресивні розлади. Вчені вважають, що будь-який ХБС супроводжується депресією різних ступенів. Вираженість депресивного синдрому у пацієнтів з ХБС доволі варіабельна і коливається в межах 10-100%. Особливу роль у хронізації процесу грає депресія.

Мета дослідження. Виявити наявність взаємозв'язку між хронічним болем (ХБ) у спині і розвитком депресії у хворих з хронічною дорсалгією.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі неврологічного відділення клініки КЗ СОКЛ. Було обстежено 25 пацієнтів з хронічним болем у спині. Тривалість захворювання складала від 1 до 5 років. Обстеження хворих включало: оцінку сомато-неврологічного статусу, оцінку болю в спині за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), дослідження рівня депресії за допомогою шкали тривоги та депресії.