

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

## ПОШИРЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ

*Михалейко Л.Б., Бігун Н.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Боженко Н.Л.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
кафедра неврології*

**Актуальність** теми дослідження обумовлена зростаючими вимогами з боку суспільства до особистості та здоров'я медичних працівників, якості наданої ними медичної допомоги, адже професія медика має величезну соціальну важливість. Велика відповідальність лягає на нього не лише за фізичне здоров'я пацієнта, але також за його психічне здоров'я і соціально-психологічну адаптацію. Синдром емоційного вигорання – реакція організму, що виникає внаслідок впливу професійних стресів і характеризується фізичним, емоційним та мотиваційним виснаженням. Лікарі мають підвищений ризик розвитку ряду психологічно зумовлених патологічних станів: поведінкових розладів, депресії, синдрому емоційного вигорання. Проблемою є не тільки розвиток вигорання у медичних працівників, а й невміння вчасно його помітити.

**Мета:** виявлення наявності та сформованості симптомів емоційного вигорання, їх залежності від статі, фаху, стажу роботи, факторів, що впливають на виникнення даного синдрому у медичних працівників.

**Матеріали та методи:** емпіричне дослідження відбувалося за допомогою методики на вивчення рівня емоційного вигорання В.В.Бойка. Тестування проводилося серед 50 лікарів Львівської обласної клінічної лікарні.

**Результати:** синдром емоційного вигорання (СЕВ) виявлений у 85,0% опитаних лікарів. У фахівців терапевтичного профілю є більш вираженим, які мають справу з пацієнтами із хронічними захворюваннями. У чоловіків і жінок відмінності у показниках не суттєві. Між рівнем вигорання та стажем роботи виявився значний зв'язок. Для лікарів зі стажем роботи 20 і більше років характерна на стадії формування фаза «Виснаження». Відсутність СЕВ (15,0%) виявлена в лікарів із стажем роботи 2 та 13 років.

**Висновки:** Серйозність проблеми емоційного вигорання у медичних працівників потребує комплексного підходу до її вирішення, що має бути спрямованим на матеріальне заохочення, постійне підвищення післядипломної освіти, формування сприятливого соціально – психологічного клімату в колективі. Потрібно забезпечити психологічне навчання лікарів, середніх медичних працівників для того, щоб підвищити у них навички ефективного спілкування та саморегуляції. Шляхом корекції способу життя, методу самоконтролю емоцій, комунікативності можливе попередження та подолання синдрому вигорання.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОМИЛКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ МІАСТЕНІЇ У ХВОРОГО ЗІ СПІНАЛЬНО-БУЛЬБАРНОЮ ФОРМОЮ БОКОВОГО АМІОТРОФІЧНОГО СКЛЕРОЗУ

*Мороз О., Седлярук Д., Юринець Р.*

*Науковий керівник: Малярська Н.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
кафедра нервових хвороб*

**Актуальність.** Схожість БАС і міастенії пояснюють зниженням надійності нервово-м'язової передачі, що при міастенії є ключовим механізмом патогенезу, а при БАС супроводжує певні стадії загибелі мотонейрона в періоди де- і реіннервації м'язових волокон.

**Мета.** На основі клінічного випадку продемонструвати окремі складнощі проведення дифдіагностики БАС та міастенії.

**Матеріали та методи.** Вивчення історії хвороби пацієнта К., що лікувався в неврологічному відділенні ЛОКЛ, використовуючи аналітичні методи дослідження.

**Результати.** Хворий К., 53р., поступив в стаціонар ЛОКЛ 2015р. Скарги на утруднення мови, гугнявість, поперхування твердою їжею, зменшення симптомів після відпочинку. З

урахуванням клініки, проведених досліджень (позитивна прозеринова проба), встановлено діагноз: Міастенія, глотково-лицева форма, вперше виявлена, прогресуючий перебіг.

Повторна госпіталізація - 02.2017. Скарги на утруднене ковтання, порушену мову, зниження об'єму м'язів верхніх кінцівок. Об'єктивно: глоссоплегія, глотковий і піднебінний рефлекси відсутні, мова гнусава, м'язовий тонус підвищений в ногах, м'язова сила в руках та ногах знижена різко, атрофія м'язів кистей, гомілок, грудної ділянки; сухожилкові рефлекси підвищені, патологічні рефлекси Штрюмпеля з обох ніг. ЕНМГ: ознаки вираженої полінейропатії нервів нижніх кінцівок аксонально-демієлінізуючого характеру. Встановлено діагноз: Боковий аміотрофічний склероз, поширена спінально-бульбарна форма із вираженим змішаним тетрапарезом із порушенням функції ходи та самообслуговування, елементами бульбарного синдрому у вигляді помірної дизартрії та дисфагії, 3ст. важкості.

**Висновок.** Складність дифдіагностики міастенії і БАС у даному випадку полягала в певних клінічних ознаках (утруднення мови та ковтання, що покращувалось після відпочинку – феномен патологічної втомлюваності), позитивна прозеринова проба, що у дебюті захворювання свідчили на користь міастенії. Однак симптоми в динаміці, проведена ЕНМГ дозволили у підсумку встановити правильний діагноз – БАС.