

лікарськими засобами (“Ферроцель”, “Ферроклеї”, “Ферроклеї-С” і “Ферроклеї-Ц”). Встановлено, що створені лікарські засоби виявляли, протягом всього періоду лікування, протекторну, сорбційну, антимікробну і стимулюючу дії. Вони безпечні при застосуванні та не викликають алергічних реакцій, володіють широким терапевтичним ефектом на аеробну та анаеробну ранову інфекцію, і можуть застосовуватися за будь-яких умов не вимагаючи хірургічної обробки рани. Завдяки їх прозорості є можливість візуально вести спостереження за станом ран та перебігом ранового процесу. Все це дає можливість рекомендувати їх для застосування в клінічній практиці при місцевому лікуванні інфікованих ран протягом усіх фаз ранового процесу без застосування інших лікарських засобів. Застосування “Ферроцеля” і “Ферроклеїв” дозволить поліпшити ефективність місцевого лікування інфікованих ран м'яких покривів, і в 2-2,5 рази скоротити вартість і тривалість курсу лікування, що буде віддзеркалюватися на показниках роботи, і буде сприяти раціональному використанню бюджетного фінансування лікувально-профілактичними установами охорони здоров'я.

Ключові слова: інфікована рана, рановий процес, нанодисперсні ферромагнетичні порошки.

UDC 616-08+616-001.4

NANODISPERSIVE FERROMAGNETIC PULVERES in TRIATMENT WOUNDS

Kryzyna P.S., Pysmennaj E.V., Sysov A.S., Lesovoj D.E., Kusnecov N.J.

Summary. Experimental study of “Ferrocel”, “Ferroclej”, “Ferroclej-C”, “Ferroclej-Ц” utilization for treatment of infected wounds was performed in 50 white rats (180-220 g). Established what creation medical agency manifestation within always time medical treatment protective, sorbtion, antimicrobial and stimulative affect. They safe whet application and volunteer allergy and different. Owing to clarity possibility guide look on alter condition wound and current wound process. This give possibility recommend to application clinical practice to local treatment infected wound genial fabric populy drift all wound process without apply another curative facility. Application “Ferrocel” and “Ferroclej” peermint improvement efficacy local treatment infected wound genial fabric and 2-2.5 one abbreviation cost and duration course treatment.

Key words: infected wounds, wounds process, nanodispersive ferromagnetic pulver.

Стаття надійшла 14.01.2011 р.

УДК 616.89 – 071.2 – 036 – 02:613.867

І.В. Лещина

КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ НАПРУЖЕНОЇ РОЗУМОВОЇ ПРАЦІ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Дослідження виконано відповідно до НДР Харківського національного медичного університету «Вивчення системних механізмів індивідуальної неспецифічної стійкості до стресу», (№ державної реєстрації 0101U001910).

Вступ. Широка поширеність психічних та поведінкових розладів (ППР) серед молоді ставить до числа пріоритетних проблеми їх ранньої діагностики, профілактики і корекції [1, 9].

В структурі психічної патології у студентів, розлади межового спектру займають провідне місце [4, 7, 10], що призводить до зниження навчальної адаптації та погіршення успішності. У клінічній структурі межових психічних розладів переважають порушення невротичного кола, зокрема, невротичні реакції (астенічного, істеричного та обсесивно-фобического типів) [5]. У більшості випадків причинами невротичних, пов'язаних зі стресом розладів у студентів є психогенії, пов'язані з навчальною діяльністю.

Безсумнівно, навчання у вузі є специфічною розумовою працею, що вимагає постійної, трива-

лої активної напруги інтелектуальних, емоційних, вольових та інших психічних функцій [1, 7, 8]. Серед основних причин розвитку ППР у студентів ряд авторів виділяють труднощі адаптації до нової мікросоціального середовищі, високий рівень вимог, що висуваються до психіки студентів у процесі навчальної діяльності [1, 10], що посилюється різними психологічними кризами, серед яких:

- кризи професійного вибору, коли свідомий вибір професії відбувається вже після початку навчання у вузі за іншою спеціальністю;
- кризи, пов'язані з відносинами в батьківській родині, які характерні як для студентів зі зрілою особистістю і тенденцією до самостійності, які обмежені матеріальною залежністю від батьків, так і для емоційно-залежних молодих людей;
- кризи сексуальних відносин, що виникають у зв'язку із зростанням статевого потягу при обмежених можливостях створити і матеріально

підтримувати свою сім'ю, кризи, пов'язані з розчаруванням у романтичних відносинах;

- кризові ситуації в академічній діяльності, пов'язані з початком та закінченням навчання у вузі, академічною успішністю, ситуацією розподілу [5].

Багато авторів відзначають велику поширеність екзогенно-органічних психічних розладів в популяції студентської молоді [4, 7], які в загальній структурі психічної патології займають до 44%. Клінічна картина неврозоподібних й психопатоподібних розладів екзогенно-органічній природі у студентів найбільш часто проявляється астенічним (63%) і експлозивним (15%) синдромами [2].

Значну частину в структурі психічної патології молоді займають афективні розлади. Відмінною особливістю, яких є переважання стертих форм з провідними інтелектуальними розладами, які рідко своєчасно розпізнаються як хворобливі стани й служать найбільш частою причиною навчальної дезадаптації студентів [2, 5].

Незважаючи на велику кількість робіт присвячених вивченню психічного здоров'я і психічних розладів студентської молоді проблеми їх ранньої діагностики, психопрофілактики і корекції з позиції системного підходу залишаються не до кінця розкритими й потребують подальшого вивчення поширеності, структури, особливостей клінічних проявів психічної патології студентської молоді з урахуванням сучасних реалій системи вищої освіти.

Вищевикладене обумовило мету дослідження: визначити структуру психічних та поведінкових розладів у осіб напруженої розумової праці на моделі студентів-медиків III-IV курсів в сучасних умовах реформування системи вищої медичної освіти.

Об'єкт і методи дослідження. Нами проведено комплексне суцільне скринінгове поперечне (cross-sectional study, одномоментне) дослідження 832 студентів III-V курсів на базі Харківського національного медичного університету. Обсте-

ження здійснювали за допомогою спеціально розробленої нами «Анкетні обстеження студента», яка включала до себе розділи відповідно до методів дослідження.

Клініко-анамнестичний метод полягав у дослідженні даних анамнезу щодо соматичного, психічного, неврологічного станів студентів (особливу увагу приділяли наявності травм голови в минулому). Крім того, до «Анкетні...» були включені спеціальні опитувальники для виявлення ознак початкової нестачі кровообігу головного мозку та групи ризику формування синдрому вегетативної дистонії.

Клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом стандартизованого інтерв'ю, спостереження та огляду. За допомогою розробленої нами «Анкетні...» було визначено загальну оцінку власного самопочуття студентами та наявності у них скарги та окремі психопатологічні симптоми відповідно до психічних сфер (свідомість, сприйняття, пам'ять, увага, мислення, емоції, ефektorно-вольова). При цьому, позитивні відповіді на контрольні запитання «Анкетні...» слугували підставою для проведення розширеного психіатричного огляду з використанням дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10: ДДК-10 [3].

Математичні, статистичні методи. Обробку та аналіз одержаних даних здійснювали методами математичної статистики [6] на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003». Проведений частотний аналіз представленості окремих ознак з оцінкою достовірності їх частот точним методом Фішера.

Результати досліджень та їх обговорення. Проаналізовано результати суцільного обстеження 832 студентів у віці від 18 до 26 років (середній вік $20,22 \pm 0,058$ років).

Серед дослідженого контингенту ППР нами були виявлені у 251 особи (30,17 %), практично здоровим виявився 581 (69,83 %) студент (рис. 1 А).

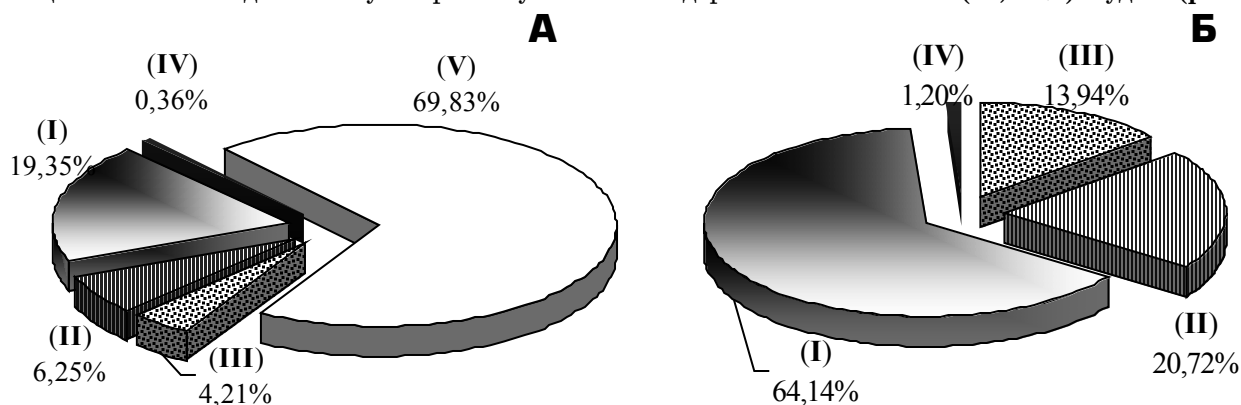


Рис. 1. Структура психічних та поведінкових розладів серед усіх обстежених (А) та серед студентів-медиків з психічною патологією (Б) за діагностичними категоріями МКХ-10.

Примітка: I - невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-49), II - афективні розлади (F30-39), III - органічні, в тому числі симптоматичні, психічні розлади (F00-09), IV - поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-59), V - без психічних розладів.

В структурі психічної патології найбільша питома вага належала невротичним, пов'язаним зі стресом та соматоформним розладам, при меншому значенні афективних, органічних, в тому числі симптоматичних, та поведінкових, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами, психічних розладів (рис. 1 Б).

Нами відмічено, що суб'єктивні загальні оцінки самопочуття й наявні окремі психічні скарги та симптоми (за психічними сферами) по результатам скринінгу всієї когорти обстежених практично відповідали кількості студентів з ППР.

Так, зберігалася тенденція щодо позитивної характеристики самопочуття у 795 (95,55 %) осіб, а також переважання оцінки «гарне» у чоловіків (65,23 % Ч, 52,08 % Ж, $p < 0,001$), «задовільне» – у жінок (43,02 % Ж, 31,13 % Ч, $p < 0,001$), але модулі її відносних значень були відмінними від таких, що були отримані при опитуванні стосовно загального стану здоров'я, так як і розподіл обстежених за цією категорією. Тобто усі обстежені розрізняли поняття стан здоров'я і самопочуття.

Між тим, у значній кількості студентів реєстрували неухвалюваність (70,31 %) млявість, розбитість (72,64 %) при стомленні, зниження продуктивності при фізичній та розумовій роботі (72,47 %), розумову втому ввечері (55,53 %). Ці жалоби достовірно частіше виникали у жінок у порівнянні з чоловіками (відповідно 75,09 % Ж та 61,92 % Ч, 77, 74 % Ж, та 64,24 % Ч, 44,53 % Ж та 31, 31 % Ч (розумова продуктивність), 60,00% Ж та 47,68% Ч, $p < 0,001$). Вірогідні гендерні розбіжності спостерігали за наявністю неприємних відчуттів в області серця (37,92 % Ж, 25,17 % Ч, $p < 0,001$) та головним болем, що тисне (48,87 % Ж, 26,82 % Ч, $p < 0,001$), з'являється ввечері (45,85 % Ж, 28,81 % Ч, $p < 0,001$), пов'язаний зі змінами погоди (38,68 % Ж, 24,50 % Ч, $p < 0,001$), розумовим навантаженням (32,45 % Ж, 17,22 % Ч, $p < 0,001$), хвилюванням (18,87 % Ж, 10,93 % Ч, $p < 0,001$), які також частіше були у жінок.

Нами відмічено, що більшість обстежених (у середньому $558 \pm 15,44$ осіб) заперечували наявність симптомів патології психіки (окрім емоційної та ефекторно-вольової сфер, по яким середня кількість студентів, що відповіли «ні» стосовно скарг, склала $543 \pm 21,51$ особи, а без їх урахування – $577 \pm 21,63$) Тобто значення цих M_{cp} наближувалися до числа практично здорових (581 студент).

При порівнянні чоловіків та жінок достовірні відмінності ($p < 0,001$) були виділені за наступними психопатологічними ознаками.

Стани запаморочення (свідомість) частіше виникали у жінок (13,58 % Ж, 6,29 % Ч, $p < 0,001$), симптоми порушень сприйняття (образи (15,56 % Ч, 6,79 % Ж, $p < 0,001$), оклики (28,48 % Ч, 18,30 % Ж, $p < 0,001$) без наявності реального подразника, відчуття змін соматичного «Я» (13,91 % Ч, 6,98 % Ж, $p < 0,001$), зниження суб'єктивної яскравості відчуттів (11,26 % Ч, 5,28 % Ж, $p < 0,001$) – у чоловіків. Порушення розумової діяльності у вигляді труднощів розуміння сенсу прочитаного переважали у жінок (49,25 % Ж, 38,41 % Ч, $p < 0,001$) (відповідь «ні» (59,93 % Ч, 49,25 % Ж, $p < 0,001$) на це запитання надала більшість чоловіків). Схильність до абстрактних міркувань була більшою мірою притаманна чоловікам (в 1,5 рази) (30,46 % Ч, 20,57 % Ж, $p < 0,001$).

Порушення з боку емоційної сфери такі як: перепади настрою, підвищена емоційна чутливість, вразливість* (55,47 % Ж, 35,76 % Ч, $p < 0,001$), слабкодушність, плаксивість* (28,11 % Ж, 13,91 % Ч, $p < 0,001$), дратівливість (66,04 % Ж, 49,34 % Ч, $p < 0,001$), занепокоєння, внутрішню напруженість* (57,36 % Ж, 41,36 % Ч, $p < 0,001$), тривожність (38,68 % Ж, 28,81 % Ч, $p < 0,001$), відчуття провини після спалаху емоцій (61,89 % Ж, 47,012 % Ч, $p < 0,001$), почуття ворожості до близьких (80,75 % Ж, 71,19 % Ч, $p < 0,001$) – значною мірою реєстрували у жінок.

В той час як в 1,6 разів більше чоловіків відмічали байдужість до власної долі (22,52 % Ч, 14,15 % Ж, $p < 0,001$).

Примітка. Тут і на наступній сторінці. * - відповідь «ні» на дані запитання достовірно ($p < 0,001$) частіше надавали чоловіки.

Зазначену тенденцію спостерігали при оцінці стану ефекторно-вольової сфери. Так, кількісне або якісне зниження працездатності* (49,62 % Ж, 33,11 % Ч, $p < 0,001$), періоди відсутності активності* (71,89 % Ж, 57,95 % Ч, $p < 0,001$), млявість, бездіяльність (50,75 % Ж, 39,74 % Ч, $p < 0,001$), нетерплячість (75,66 % Ж, 58,28 % Ч, $p < 0,001$), непевненість у собі* (34,72 % Ж, 24,50 % Ч, $p < 0,001$) частіше визначали у жінок. А періоди невідповідності вчинків навколишній дійсності (27,82 % Ч, 17,92 % Ж, $p < 0,001$), схильність до прийому алкоголю (25,83 % Ч, 14,72 % Ж, $p < 0,001$) та бродяжництва (10,93 % Ч, 2,83 % Ж, $p < 0,001$) – у чоловіків (жінки більшою мірою заперечували ці прояви (78,49 % Ж, 68,54 % Ч, 83,02 % Ж, 68,87 % Ч, 93,40 % Ж, 85,76 % Ч, $p < 0,001$).

Розподіл студентів, що мали ППР, за діагностованими нозологічними одиницями по рубрикам МКХ-10 представлений в табл. 1.

Клінічна картина психічних та поведінкових розладів у обстежених повністю відповідає діагностичним критеріям МКХ-10, але мали

Таблиця 1

**Розподіл обстежених з психічними та поведінковими розладами
за діагностичними рубриками МКХ-10 (абс., %)**

Психічні та поведінкові розлади (шифр за МКХ-10)	Студенти з ППР (n=251)	
Органічні, в тому числі симптоматичні, психічні розлади (F00-09) у т.ч.		
посткоммоційний синдром (F07.2)	35	13,94
Афективні розлади (F30-39) у т.ч.		
гіпоманія (F30.0)	18	7,17
легкий депресивний епізод (F32.0)	16	6,37
циклотимія (F34.0)	6	2,39
дистимія (F34.1)	12	4,79
Усього (F30-39)	52	20,72
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-49) у т.ч.		
агорафобія (F40.0)	4	1,59
соціальні фобії (F40.1)	8	3,19
панічний розлад (F41.0)	1	0,40
змішаний тривожно – депресивний розлад (F41.2)	1	0,40
ОКР. Переважно нав'язливі думки або роздуми («розумова жуйка») (F42.0)	6	2,39
адаптаційні розлади. короткочасна депресивна реакція (F43.20)	38	15,13
адаптаційні розлади. пролонгована депресивна реакція (F43.21)	42	16,73
адаптаційні розлади. змішана тривожно - депресивна реакція (F43.22)	27	10,76
соматизований розлад (F45.0)	7	2,79
СВД. Серця та ССС (F45.30)	6	2,39
СВД. Верхніх відділів ШКТ (F45.31)	4	1,59
СВД. Нижніх відділів ШКТ (F45.32)	9	3,59
неврастенія (F48.0)	8	3,19
Усього (F40-49)	161	64,14
Поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50-59) у т.ч.		
атипова нервова анорексія (F50.1)	3	1,20
Усього	251	100,00

Примітка: Тут і далі. ОКР – obsesивно-компульсивний розлад, СВД – соматоформна вегетативна дисфункція, ССС – серцево-судинна система, ШКТ – шлунково-кишковий тракт.

місце особливості клінічної типології ППР, що визначалися наявністю певних ознак (в структурі дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10:ДДК-10) та відсутності інших при загальному задовольнянні критерію.

Так, наприклад, при посткоммоційному синдромі клінічна картина (при повному задовольнянні критеріїв А, Б, В1-В4 (з урахуванням необхідних 3 за В), відсутності ознак В5, В6) характеризувалася переважно наступними проявами за такими критеріями (тут і далі аналізуються ДДК-10):

а) В1 – головний болем, підвищенням сприйнятливості к раніше нейтральним звукам, світлу, запахам, зазвичай поганим рівнем самопочуття до та після занять з відчуттям млявості;

б) В2 – емоційними бурхливими коротко тривалими реакціями у вигляді люті, переляку з почуттям провини після «виходу» з цього стану, з боку емоцій здебільше занепокоєнням, відчуттям внутрішньої напруженості, тривожністю, тугою, буркотливістю, песимістичністю, зниженим настроєм;

в) В3 – наявністю суб'єктивних скарг на постійну неуважливість, млявість, розбитість, розумову втому, зниження продуктивності при розумовій роботі, значні або помірні порушення пам'яті.

Аналогічними образом верифіковані усі нозологічні форми ППР, які представлені у зведеній таблиці (табл. 2).

Таблиця 2

Особливості деяких ознак психічних та поведінкових розладів у студентів-медиків за діагностичними критеріями МКХ-10:ДДК-10

Діагностична категорія	Діагностичні критерії, що повністю задовольняються	Відсутні діагностичні ознаки	Специфічні прояви діагностичних ознак
Гіпоманія (F30.0)	А-Г	В2	А – підвищений настрій, дурашливість; В1 – підвищена активність; В3 – підвищена відволікаємість; В4 – нічний сон зазвичай становить 3-6 та менше годин, у сполученні з відсутністю відчуття сну
Легкий депресивний епізод (F32.0)	А-В	В2, В3	В1 – знижений настрій, туга, песимістичність, буркотливість; В2 – періоди ослаблення емоцій, байдужості до себе, оточуючих, власних долі, стану, зниження кола інтересів до зовнішнього вигляду, розваг, професійних, улюблених занять, домашніх справ, навчання; В3 – зниження працездатності, млявість, розбитість, бездіяльність, швидка втомлюваність, відчуття розумової втоми, значної розумової напруженості при навчанні, зниження продуктивності: психічної, при розумовій та фізичній роботі, думки про непрацездатність, її кількісне або якісне зниження; В4 – невпевненість у собі, думки про власну малоцінність; В5 – сповільненість мислення або мови; В7 – зниження апетиту.
Циклотимія (F34.0)	А-Г	В7, В8	В5 – замкнутість;
Дистимія (F34.1)	А-В	В7, В8	В5 – слабкодухість, плаксивість; В10 – замкнутість; В11 – сповільненість мислення і мови
Агорафобія (F40.0)	А-Д		А1 – страх має характер нав'язливого, раптового, з повною критикою; В1 – неприємні відчуття в області серця у вигляді болю, серцебиття, завмирання, «зупинки», важкості; В2 – супроводжується почервонінням або зблідненням обличчя; В9 – непритомність (втрата свідомості або відчуття її втрати); В8 – відчуття перистальтики; В14 – відчуття мурашок на шкірі, оніміння або похолодання пальців (або цілком) кистей, стоп.
Соціальні фобії (F40.1)	А-Д	В2	А – сильна або помірна невпевненість у собі, думки про власну малоцінність, схильність до уходу в себе, замкнутість. А1 – страх має характер нав'язливого, раптового, з повною критикою; В – см. F40.0.

Панічний розлад F41.0	A-B		Б – см. F40.0.
Змішаний тривожно – депресивний розлад (F41.2)	відповідає критеріям МКХ-10	см. F32.0 - B2, B3	см. F32.0 за виключенням B1 (туга), B2, B3; включення: занепокоєність, відчуття внутрішньої напруженості, сильна або помірна тривожність.
ОКР. Переважно нав'язливі думки або роздуми («розумова жуйка») (F42.0)	A-Г		A – нав'язливі спогади пережитого, думки і побоювання, страхи, що виникають раптом, проти власного бажання, з повною критикою та, від яких неможливо позбутися самостійно.
Адаптаційні розлади. Короткочасна депресивна реакція (F43.20)	A-B		A – погана (незадовільна) переносимість відриву від домашніх умов, труднощі в адаптації в навчальному колективі; Б – знижений настрій, песимістичність, туга.
Адаптаційні розлади. Пролонгована депресивна реакція (F43.21)	A, Б	В	см. F43.20
Адаптаційні розлади. Змішана тривожно - депресивна реакція (F43.22)	A-B		см. F43.20 у сполученні з занепокоєністю, відчуттям внутрішньої напруженості, сильною або помірною тривожністю.
Соматизований розлад (F45.0)	відповідає критеріям МКХ-10		Незадовільна оцінка стану власного здоров'я та власного самопочуття як поганого; наявність періодів ослаблення емоцій, байдужості до себе, оточуючих, власних долі, зниження кола інтересів до зовнішнього вигляду, розваг, професійних, улюблених занять, домашніх справ, навчання; зниження працездатності, млявість, розбитість, бездіяльність, швидка втомлюваність, відчуття втоми, значної розумової напруженості при навчанні, зниження продуктивності: психічної, при розумової та фізичної роботі, думки про непрацездатність, її кількісне або якісне зниження; невпевненість у собі.
СВД. Серця та ССС (F45.30)	A-Д	A2-5, B5, B4-7	Незадовільна оцінка стану власного здоров'я та власного самопочуття як поганого; B1 – неприємні відчуття в області серця у вигляді болю, серцебиття, завмирання, «зупинка», важкості.
СВД. Верхніх відділів ШКТ (F45.31)	A-Д	A1,3-5, B1,2,4, B1,2,6	Незадовільна оцінка стану власного здоров'я та власного самопочуття як поганого; B5 печія, відрижка, важкість у шлунку.

СВД. Нижніх відділів ШКТ (F45.32)	А-Д	А1,2,4,5, Б1,2,4, В1,2,3,6	Незадовільна оцінка стану власного здоров'я та власного самопочуття як поганого; В5 біль та інші відчуття у животі, схильність до запорів, проносів, «здуття» живота.
Неврастенія (F48.0)	А-Д		А – причини труднощів у навчанні – важкість учбового матеріалу, зазвичай поганий рівень самопочуття перед та після занять, навчання потребує значного розумового напруження; зниження працездатності, млявість, розбитість, бездіяльність, швидка втомлюваність, відчуття розумової втоми, значної розумової напруженості при навчанні, зниження продуктивності: психічної, при розумовій та фізичній роботі, думки про непрацездатність, її кількісне або якісне зниження; відчуття втоми від розваг; знижений настрій; невпевненість у собі, думки про власну малоцінність; замкнутість; дратівливість; схильність до короткочасних бурхливих реакцій.
Атипова нервова анорексія (F50.1)	А-Г		Наявність до навчання та у теперішній час зниження апетиту, нудоти, блювання, неприємних відчуттів в області шлунку, запорів, поносів, зокрема таких, що власноруч стимулюються

Висновки. Підводячи підсумок вищевикладених результатів дослідження треба відмітити наступне.

Психічні та поведінкові розлади у студентів медиків III-IV курсів виникають в 30,17 % випадків, представлені переважно невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформним розладами, повністю відповідають загальним діагностичним критеріям МКХ-10, але мають певні особливості, що притаманні студентській молоді, за деякими ознаками та симптомами ДДК-10.

Абсолютні та відносні значення за провідними скаргами і симптомами стосовно психічних сфер (за результатами скринінгу усієї когорти обстежених) практично відповідали кількості осіб, що мали ППР, та відносилися здебільше до емоційної, ефекторно-вольової сфер і супроводжувалися вегетативними змінами та порушеннями.

Перспективи подальшого дослідження. Проблема вивчення психічного здоров'я та психічних розладів у осіб напруженої розумової праці лишається актуальною та потребує подальших досліджень, особливо в напрямках ранньої діагностики та психопрофілактики.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гавенко В.Л. Пограничные психические расстройства у лиц напряженного умственного труда / В.Л. Гавенко // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2000. - №3. - С. 54 - 56.
2. Зорко Ю.А. Психические и поведенческие расстройства у студентов / Ю.А. Зорко // Медицинские новости. – 1998. – №12. – С. 9-12.
3. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
4. Клиническая структура психических расстройств у студентов Томских ВУЗов. Л. Т. Шершнева, И. Е. Куприянова, З. А. Ситдинов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – №3. – С. 28 – 29.
5. Лазовская, О. Е. Актуальные проблемы в изучении депрессивных расстройств у студентов вузов / О. Е. Лазовская. // Медицинский журнал - 2010. - N 2- С.15-19.
6. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: Моріон, 2000 – 320 с.
7. Рогозина М.А., Подвигин С.Н. Ранняя диагностика пограничных психических расстройств у студентов медицинского вуза / М.А. Рогозина // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2009. - Т. 8. - №3.
8. Синайко В.М. Особенности динамики психического состояния студентов медицинского ВУЗа / В.М. Синайко // Український вісник психоневрології. – 2001. – Том 9, вип. 2(27). – С.42 - 44.
9. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М.К. Хобзей, П.В.Волошин, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Том 18, вип. 3(64). – С. 10 - 14.
10. Чуркин А.А. Клинико-динамические особенности формирования пограничных психических расстройств у учащейся молодежи / А.А. Чуркин, А.В. Берсенев // Российский психиатрический журнал – 2003. - №5. – С. 21 - 24.

УДК 616.89 – 071.2 – 036 – 02:613.867

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ НАПРЯЖЕННОГО УМСТВЕННОГО ТРУДА

Лещина И.В.

Резюме. В работе представлены результаты клинико-анамнестического и клинико-психопатологического обследования студентов медицинского вуза. Проведен анализ частоты встречаемости и структуры психических расстройств в студенческой популяции.

Ключевые слова: психопатологические особенности, психические и поведенческие расстройства, студенты-медики.

УДК 616.89 – 071.2 – 036 – 02:613.867

КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ НАПРУЖЕНОЇ РОЗУМОВОЇ ПРАЦІ

Лещина І.В.

Резюме. У роботі представлені результати клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного обстеження студентів медичного вузу. Проведено аналіз частоти зустрічальності і структури психічних розладів в студентській популяції.

Ключові слова: психопатологічні особливості, психічні та поведінкові розлади, студенти-медики.

UDC 616.89 – 071.2 – 036 – 02:613.867

CLINICAL STRUCTURE of MENTAL and BEHAVIORAL DISORDERS at PERSONS INTENSE BRAINWORK

Leshchina I.V.

Summary. Psychopathological and clinical-anamnestic findings in medical students are presented in this article. Authors describe results of mental disorders frequency and typology analysis performed in the sample of medical students.

Key words: psychopathological features, mental and behavioral disorders, medical students.

Стаття надійшла 4.02.2011 р.

УДК 617.764.6–002–089.87.168

В.Б. Лищенко, Е.И. Кондратьева, О.В. Левтюх

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕОПЕРАЦИЙ, С ПРИМЕНЕНИЕМ
ВРЕМЕННЫХ ДРЕНАЖЕЙ, У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ
ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА**

ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии им. акад. В.П. Филатова

АМН Украины" (г. Одесса)

Данная работа выполнена в рамках научной темы ОНМУ «Применение эмбриофетальной трансплантации при воспалительных и дистрофических заболеваниях глаза», государственный регистрационный номер 0103U007952.

Вступление. Основной способ восстановления проходимости слезоотводящих путей при хроническом дакриоцистите – дакриоцисториностомия, т.е. наложение искусственного соустья между слезным мешком и полостью носа. Многие офтальмологи для профилактики рецидивов вновь сформированного анастомоза при наружной дакриоцисториностомии применяют разные модели дренажей [7,9,10]. Однако рецидивы заболевания встречаются от 13 до 42% случаев [11]. Мы решили провести анализ причин рецидивов

оперированных дакриоциститов, а также оптимизировать методику реопераций.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных с оперированным дакриоциститом путем профилактики рецидивов сформированного анастомоза между слезным мешком и слизистой носа.

Объект и методы исследования. Нами проанализированы причины рецидивов хронических дакриоциститов у 31 больного (у 14 пациентов посттравматического генеза), которым ранее была выполнена дакриоцисториностомия, причем 19 больным операция ранее были произведена в других лечебных учреждениях. Возраст больных составлял от 19 до 55 лет. Мужчин – 14, женщин – 17. В 15 случаях больные