

включали антропометричне дослідження; біохімічне дослідження крові; добовий моніторинг АТ; добовий моніторинг ЕКГ з визначенням часових характеристик варіабельності ритму серця: SDANN, SDNNi, rMSSD; езофагогастроуденоскопію, ехокардіографію; анкетування за опитувальником А.М. Вейна для виявлення ознак вегетативних змін.

Результати та обговорення. У пацієнтів з АГ на фоні ГЕРХ виявлений вищий рівень вегетативної дисфункції за результатами анкетування за опитувальником А.М. Вейна. Величина середнього балу становила $38,22 \pm 1,06$ проти $32,88 \pm 1,11$; $t = 3,33$; $p < 0,01$ групи контролю. Дослідження вегетативної регуляції за часовими характеристиками ВРС показало, що в пацієнтів з АГ на фоні ГЕРХ значення rMSSD та SDNN вірогідно нижчі, ніж у групі контролю ($24,38 \pm 0,85$ мс проти $29,32 \pm 1,16$ мс відповідно ($p < 0,001$) та $131,51 \pm 1,94$ мс проти $125,6 \pm 1,35$ мс відповідно ($p < 0,05$)). Аналіз часових характеристик ВРС довів переважання в даній групі відносної симпатикотонії при відносній парасимпатичній недостатності. Група хворих із супутньою ГЕРХ продемонструвала вірогідно більш високі середньодобові показники систолічного АТ (САТ) — $136,12 \pm 1,47$ мм рт.ст. проти $131,17 \pm 2,13$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) групи контролю. Показники варіабельності систолічного та діастолічного АТ як у денний, так і в нічний період часу були вищими в групі із супутньою ГЕРХ. За наявності ГЕРХ виявлено кореляційний зв'язок між величинами середнього САТ у денний період та SDNNind ($0,26$; $p < 0,05$), варіабельністю САТ за добу та величиною rMSSD ($-0,44$; $p < 0,05$), а також між варіабельністю діастолічного АТ за добу та rMSSD ($-0,33$; $p < 0,05$) за відсутності зазначених взаємозв'язків у контрольній групі хворих на АГ.

Висновки. Хворі на АГ за наявності супутньої ГЕРХ демонструють більш глибокий рівень вегетативної дисфункції за результатами оцінки часових характеристик ВРС і характеризуються відотною симпатикотонією. Параметри часових характеристик ВРС мають вірогідний зв'язок з середньодобовими показниками САТ та показниками добової варіабельності як систолічного, так і діастолічного АТ у хворих на АГ із супутньою ГЕРХ.

Досвід вивчення гендерних особливостей емоційного вигорання у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями

Омелянович В.Ю., Гриневич Є.Г., Макаренко С.М.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Актуальність. Найбільш чітко описаним у науковій літературі психологічним феноменом, що є відбиттям як процесу професійної психологічної деформації, так і, в остаточному підсумку, маркером порушень адаптаційних процесів, є синдром емоційного вигорання. Цей синдром зазвичай роз-

цінюється як стрес-реакція у відповідь на безжалісні виробничі й емоційні вимоги, що викликані зайвою відданістю людини своїй роботі із супутнім зневажанням сімейним життям або відпочинком. Схильність до соматичних захворювань «вигораючих» осіб вказує на доцільність вивчення особливостей розвитку емоційного вигорання саме в пацієнтів, адаптаційні резерви яких були недостатніми і соматизація психологічного конфлікту в яких вже відбулася у вигляді психосоматичного захворювання (ПСЗ).

Мета дослідження: виявлення гендерних особливостей симптоматичної структури емоційного вигорання у працівників ризиконебезпечних професій, які страждають від психосоматичних захворювань.

Матеріали та методи. Матеріал дослідження: 1-ша група — 274 пацієнти, які страждають від психосоматичних захворювань; 2-га (контрольна) група — 1176 практично здорових, адаптованих осіб. Методи дослідження — методика ДРЕВ (В.В. Бойко), опитувальник SCL-90-R (L.R. Derogatis з співавт.) у адаптації Н.В. Тарабріной, ієрархічний кластерний аналіз, однофакторний дисперсійний аналіз Фішера, ϕ^* -кутове перетворення Фішера.

Результати та обговорення. У групі практично здорових жінок і серед усіх представників чоловічого гендера «вигоряючих» респондентів значущо менше ($\phi^* \geq 3,03$; $p < 0,0001$). У «вигоряючих» жінок, які страждають від ПСЗ, шкали виснаження значущо більші ($p = 0,01$), ніж у практично здорових. Показники усіх шкал опитувальника SCL-90-R у пацієнтів із ПСЗ обох гендерів мають більші значення у випадку вираженого емоційного вигорання ($p > 0,05$).

Висновки. У чоловіків емоційне вигорання характеризується не тільки проявами резистентності, але й проявами фази виснаження. Селективне емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація та редукція професійних обов'язків, характерні для пацієнтів незалежно від гендерної приналежності, у чоловіків доповнюються симптомами емоційного дефіциту та емоційної відстороненості. Психосоматичні захворювання у жінок супроводжуються більш глибокими проявами емоційного вигорання, ніж у практично здорових. Встановлена особлива роль у процесі емоційного вигорання практично здорових представників жіночого гендера симптомів тривоги та депресії.

Малоінвазивні хірургічні втручання — етап у лікуванні тяжких форм некротичного панкреатиту

Парацій З.З.¹, Гордовський В.А.¹, Миценко І.М.², Чантурідзе А.А.², Каспрук А.В.², Ткачук О.В.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Актуальність. Актуальність досліджень, присвячених проблемі діагностики та лікування важких форм некротичного панкреатиту (НП), обумовлена

великою частотою захворюваності та високими відсотками летальності.

Мета дослідження: оцінити роль черезшкірного пункційного дренування (ЧПД) під контролем ультразвуку в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати лікування 187 пацієнтів із тяжкими формами НП з 2012 по 2016 рік. Вік пацієнтів становив від 22 до 76 років, чоловіків було 124 (66,8 %), жінок — 63 (33,2 %). Середній вік пацієнтів становив 46 років. За етіологічними чинниками, що призвели до розвитку некротичного панкреатиту, розподіл був такий: аліментарний НП (алкогольний) — 143 (76,0 %), біліарний НП — 21 (11,4 %), ідіопатичний — 16 (8,0 %), після проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії — 7 (3,7 %). Тяжкість перебігу НП оцінювали за шкалою APACHE II — у середньому 11 балів (від 8 до 15 балів). Середня тяжкість перебігу НП була у 87 пацієнтів (45,7 %), тоді як тяжка форма перебігу НП була відмічена в 101 пацієнта (54,3 %).

Усі пацієнти були розділені на 2 групи: до першої групи (контрольної) було включено 74 пацієнтів (37,0 %), прооперованих без проведення попередніх малоінвазивних втручань; до другої групи (основної) було включено 113 пацієнтів (63,0 %), яким на першому (передопераційному) етапі було проведено малоінвазивні дренуючі втручання (1–3 маніпуляції). За тяжкістю перебігу НП, поширеністю парапанкреатичних ускладнень обидві групи є репрезентативними.

Показаннями для проведення ЧПД були: можливість проведення дренування за даними УЗД та комп'ютерної томографії, наявність рідинного компонента в зоні некрозу. ЧПД проводилося з метою усунення компресії на оточуючі органи та тканини, зменшення інтоксикації, прискорення демаркації зони панкреонекрозу та підготовки за необхідності до відкритої лапаротомної дренуючої операції.

Результати та обговорення. Із 113 хворих основної групи в 64 осіб (57,0 %) після проведеного ЧПД відмічався абортивний перебіг некротичного панкреатиту, пригнічення запального процесу, зниження інтоксикації, гіпертермії, лейкоцитозу та гострофазових білків (прокальцитонін та С-пептид), у 17 (26,4 %) з них діагностований стерильний панкреонекроз (за даними бактеріологічного дослідження пунктату). Серед найчастіших ускладнень ЧПД відмічали його неефективність через наявність великих секвестрів або густого гною, що слугувало показаннями для передренування дренажами з більшим діаметром чи проведення оперативного втручання (з міні-доступу або лапаротомія). Найкращі результати після ЧПД відмічалися при оментобурситах і значно гірші — при «бокових» парапанкреатитах (параколіт, паранефрит), і найгірші результати — при флегмонах заочеревинного простору. Показаннями для оперативного втручання були: неефективність ЧПД

упродовж 3–5 діб; поява міхурців повітря в рідинних скупченнях за даними КТ; наявність великих секвестрів та затікання контрастної речовини в заочеревинну клітковину при проведенні фістулографії; флегмона заочеревинного простору. Перевагу віддавали міні-доступам (поперекової право- чи лівобічної люмботомії, оментобурсостомії). Такі операції проведено в 89 (56,0 %) хворих, летальність у цій групі становила 12 випадків (13,4 %). 71 (44,0 %) пацієнту були проведені розширені лапаротомні операції, летальність у цій групі становила 27 (37,0 %).

Загальна летальність у першій групі пацієнтів становила 15 (20,2 %) осіб, у другій групі — 13 (11,4 %).

Висновки. ЧПД під ультразвуковим контролем у хворих на некротичний панкреатит може застосовуватися як самостійний метод лікування та як перший етап передопераційної підготовки хворого до відкритої лапаротомної операції. Застосування даної методики знижує загальну летальність з 20,2 до 11,4 %.

Діагностика дисоціативного моторного розладу й дистонії плечового поясу в пацієнта після черепно-мозкової травми й сукупної профпатології в практиці сімейного лікаря

Періг Ю.С., Титова Т.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Актуальність. Дисоціативні розлади (лат. *dissociare* — відділятися від спільності) — група психічних розладів, що характеризуються змінами або порушеннями ряду психічних функцій — свідомості, пам'яті, почуття особистісної ідентичності, усвідомлення безперервності власної ідентичності. Зазвичай ці функції інтегровані в психіці, але коли відбувається дисоціація, деякі з них відокремлюються від потоку свідомості й стають певною мірою незалежними. Так, може втрачатися особистісна ідентичність і виникати нова, як це відбувається в станах фуґи або множинної особистості, або ж окремі сподаги можуть стати недоступними для свідомості, як у випадках психогенної амнезії.

Мета дослідження: удосконалення навиків ефективного збору анамнезу, об'єктивної діагностики, мінімізація інструментальних обстежень для проведення диференціальної діагностики.

Матеріали та методи. Проводилось об'єктивне обстеження з вивченням історії хвороби пацієнта.

Хворий звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на неможливість швидко розмовляти через заїккання (спазм м'язів до повного унеможливлення рухів), тремор губ, рук, що посилюється при психоемоційному навантаженні та грі на валторні. Полегшення стану приносить вживання алкоголю та кави. Пацієнта турбує знервованість, періодично — головний біль, порушення сну (прокидається часто