

of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27 (8), 1607–1612. doi: 10.1093/annonc/mdw205

10. Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E. K., Watzke, H., Schrank, B. (2015). Informal

caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Supportive Care in Cancer*, 24 (5), 1975–1982. doi: 10.1007/s00520-015-2987-z

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 24.10.2016*

Мухаровська Інна Романівна, кандидат медичних наук, Київський міський клінічний онкологічний центр, вул. Верховинна, 69, м. Київ, Україна, 03115
E-mail: mukharovska.i@gmail.com

УДК: 616.8:378.4.046.4

DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86539

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ ПРОФІЛЬ І РІВЕНЬ ПРОФЕСІЙНИХ ЗНАНЬ СЛУХАЧІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ «НЕВРОЛОГІЯ» В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

© А. В. Паснок, О. Є. Січкорізі

Проведене тестування 52 слухачів передатестаційного циклу «Неврологія» методом стандартизованого багатофакторного опитування особистості виявило наявність емоційної лабільності з психоастенізацією та аутизацією в умовах реформування системи післядипломної освіти та медичної галузі. Також виявлений ріст резервних механізмів адаптації до подій, що відбуваються з бажанням розширити рівень спеціальних знань та вмінь

Ключові слова: слухачі передатестаційного циклу «Неврологія», стандартизоване багатофакторне опитування особистості, рівень професійних знань

In order to investigate psycho-emotional profile of neurologists, studying on pre-cycle «Neurology», in circumstances of constant reforms of both medical field, and postgraduate education, their test in writing (51 person) was carried out by standardized multifactor personality test. The given method allowed determining quantitatively and qualitatively (in points) existing psycho-emotional problems of this category of neurologists independently of age, sex and work experience, e. g.: the presence of emotional lability with psycho-asthenisation and autisation, as well as reserve mechanisms of adaptation increasing (communicability and expansion of social desirability).

Materials and methods. *The additional test of the level of special professional skills in the given group at the beginning and in the end of studying on the 30-day pre-cycle showed a probable improvement of the knowledge level, according to the complex theses data, therefore, it can be argued about the presence of motivational factors in students to expand and to improve their knowledge in specialty during postgraduate training.*

Results *of the conducted research of neurologists' psycho-emotional profile have shown the presence of emotional lability with psycho-asthenisation and autisation under constant reforms of medical field conditions. Nevertheless, in contrast to the specified profile changes, the adaptive desire of both special knowledge expanding, and active participation in the mentioned changes are formed in modern students.*

Conclusion. *In order to reduce psychological disadaptation problems manifestation in modern pre-courses students, it should more widely publicize and discuss the advisability of medical field reforms, both in available informational sources for doctors (social and medical publications, journals, associations and specialty societies meetings), and during studying at postgraduate education department. Understanding and appropriate positive perception of the necessity of changes in medical field will reduce effectively anxiety and pessimism among doctors*

Keywords: *pre-cycle «Neurology» students, standardized multifactor personality test, professional skills level*

1. Вступ

Процес реформування системи освіти на сьогодні є таким, що триває та далеким від повного вирішення всіх глобальних завдань із урахуванням всебічних пропозицій та значного світового досвіду. На сьогодні прийнятий Закон України «Про вищу освіту», постійно пропонуються нові проекти положень «Про післядипломну освіту у сфері вищої освіти», «Про

стратегію розвитку освіти на період 2015–2025 року» [1]. Вказані зміни та нововведення повинні сприяти удосконаленню післядипломної освіти з метою підготовки висококваліфікованих кадрів, що можуть гідно конкурувати в умовах зростаючого науково-інформаційного прогресу [2–4].

Проте серед широкого кола медичних працівників часом спостерігається негативне сприйняття,

а часом і не розуміння насушності змін у медичній сфері, що формує ріст негативізму по відношенню до реформування медицини в цілому. З метою об'єктивізації та виокремлення психологічних та соціальних проблем, які на сьогодні наявні у лікарів, нами було проведено кількісно-якісне вивчення психоемоційного профілю курсантів передатестаційного циклу «Неврологія», а також здійснено співвідношення наявних психологічних проблем до рівня отриманих спеціальних знань під час їхнього навчання на кафедрі факультету післядипломної освіти. Актуальність даного дослідження полягає в об'єктивній (бальній) оцінці психоемоційного стану лікарів невропатологів в умовах перманентного реформування медичної галузі для розробки подальших рекомендацій з метою покращення розуміння медиками необхідності та нагальності майбутніх змін.

2. Обґрунтування дослідження

Постійна динаміка змін у реформуванні системи післядипломної освіти, невизначеність не тільки в довготривалому але і в короткочасному майбутньому лікарів, що працюють, негативно впливають на їх нервово-психічну сферу, знижуючи опірність до стресових ситуацій. Оскільки безперервні зміни в реформуванні післядипломної освіти, провокують підвищену напругу та триваюче психоемоційне перевантаження, сучасний лікар знаходиться в стані перманентного стресу [5], що ймовірно впливає на мотивацію набуття та закріплення професійних знань [6]. Разом з тим, робіт, що висвітлювали б психоемоційні проблеми лікарів та вивчали рівень і здатність до покращення їх професійних знань, в умовах реформування системи післядипломної освіти, ми не зустрічали.

3. Мета дослідження

На основі проведеного стандартизованого багатофакторного опитування особистості отримати кількісно-якісну характеристику психоемоційного профілю слухачів передатестаційного циклу «Неврологія» та співставити з рівнем отриманих знань під час навчання (за допомогою комплексних кваліфікаційних робіт) в умовах реформи системи післядипломної освіти для подальшої розробки рекомендацій по удосконаленню та більш повній адаптації освітнього процесу.

4. Матеріали і методи

Дослідження проводилися на кафедрі невропатології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти лікарів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького під час 30-ти денного навчання 52 слухачів (лікарів-невропатологів) на 2-х передатестаційних циклах «Неврології».

Психоемоційний профіль вивчали методом стандартизованого багатофакторного обстеження особистості (СБОУ) [7], що дозволяє не тільки якісно, але і кількісно (в балах) провести оцінку психоневротичних змін. Основою методу є концепція особисто-

сті, що має типологічні індивідуальні ознаки – психоемоційний профіль, який виявляється ведучими тенденціями (характеристика обстежуваної особи).

Показники психологічного діагностичного обстеження СБОУ виявляють наявні в обстежуваного психологічні проблеми, прикордонні стани розладів психіки та причини дезадаптації. При аналізі результатів обстежень виявлені критерії дозволяють віднести дані зміни особистості до профілю особистості чи до проявів патологічного невротичного стану в умовах дезадаптації [8].

Авторами методики СБОУ розроблені шкали оцінки правдивості та старанності відповідей обстежуваного та його відношення до самого тестування: шкала «тенденція представити себе у вигідному світлі» чи «неправди» (L), «випадкового чи навмисного спотворення відповідей» чи «вірогідності» (F) та «пом'якшення чи приховування симптомів» (K).

Шкала L формується з відповідей на ствердження, що демонструють бажання обстежуваного довести свої дуже суворі дотримання соціальних норм. Друга шкала F дозволяє стверджувати надійність отриманих результатів. Високі чи низькі показники по даній шкалі ставлять під сумнів вірогідність отриманих відповідей обстежуваного.

В дослідженні нами використовувались нормативні дані власної контрольної групи, оскільки вони найбільш повно відповідали західно-регіональним особливостям психоемоційного профілю населення.

Вивчалися середні бали по 12 основних (з 13-ти) шкалах. З основних шкал ми не представляли результати тестування по шкалі 5 «чоловічності – жіночності» оскільки ці характеристики є суворо індивідуалістичні.

Тестування рівня професійних знань слухачів проводили шляхом проведення комплексних кваліфікаційних робіт (ККР), що включали відповіді на 80 тестових питань з 4-ма варіантами. Слухачі мали впродовж академічної години (45 хвилин) письмово обрати вірну відповідь із 4-х запропонованих варіантів. Опитування слухачів проводили в перший день передатестаційного циклу та на 29-й день навчання (перед заключним екзаменом). Оцінка вірності відповіді проводилась шляхом підрахунку відсотку вірних відповідей до числа всіх запитань (80 тестів).

Статистичну обробку даних проводили з урахуванням прийнятих нормативів ГОСТу 16263; ГОСТу 11.004-74, положення про ведення медичної статистики [9] за допомогою персонального комп'ютера та програмних статистичних пакетів Windows 7, Libre Office 5.0, Quattro Pro для Windows (Borland International 1993, версія 5.0).

Загальний статистичний аналіз включав розрахунок середнього (\bar{X}), мінімального (Min) та максимального (Max) значень, медіани (M), середнього квадратичного відхилення (SD), стандартної похибки (m). Рівень вірогідності усіх цифрових показників (p) визначався за допомогою параметричного критерію t-Ст'юдента. Різницю між порівнюваними величинами вважали достовірною при $p < 0,05$.

Вірогідність значимості різних процентів визначали методом кутового перетворення Фішера. Кількісна характеристика взаємозв'язку досліджуваних ознак виводилася на підставі обчислення показників сили зв'язку між ними (коефіцієнтів кореляції Пірсона, що лежать в множині $[-1; +1]$) [10].

5. Результати дослідження

В дослідженні взяло участь 52 слухача (середній вік – $44,25 \pm 1,77$ років), з яких було 13 чоловіків (середній вік – $50,92 \pm 2,62$ років) та 39 жінок (середній вік – $42,03 \pm 2,08$ років). Як бачимо група, що складалася з жінок, була вірогідно молодшою ($p < 0,05$) та по чисельності більшою від групи чоловіків, тому ми розподілили дану групу на дві окремі: жінки до 35 років (14 осіб середнього віку $30,21 \pm 0,73$ років) та старші 35 років (25 осіб середнього віку $48,64 \pm 2,34$ років). Чоловіків до 35 років у нашому дослідженні не було. Таким чином, при порівнянні групи чоловіків та групи жінок після 35 років у віковому аспекті вірогідної різниці не було ($p > 0,05$). Групу контролю склали 22 здорові особи (середній вік $46,13 \pm 2,40$ років) (11 чоловіків середнього віку $46,82 \pm 3,38$ років та 11 жінок середнього віку $45,46 \pm 3,72$ років).

Психоемоційний профіль є цілісною характеристикою особистості, та в процесі життя людини формується на підставі конституційно заданих властивостей нервової системи та визначає особистісні, притаманні тільки цій особі стилі переживань, мислення, поведінки між людьми, визначає мотиваційну скерованість, реакцію на стрес, можливості адаптації до зовнішніх та внутрішніх подразників.

Вказані характеристики профілю особи створюють умови, що здатні обмежувати ступені свободи при формуванні адаптації в соціумі, в якому проживає людина: соціальну спрямованість та бажаність, мотиваційну поведінку, моральні пріоритети. Головним центром всіх орієнтирів особи є самосвідомість, яка включає в себе усвідомлене «Я» в руслі соціальних відношень. Баланс між власним «Я» та середовищем, яке оточує, реалізується через здатність особи до самооцінки та самоконтролю, тоді як соціальна бажаність особи виявляється через призму його соціальної участі та самозадоволення.

Для кожного індивідуального профілю існує притаманний тільки йому стиль переживань поточних подій, процесів мислення, поведінкової мотиваційної направленості, певний пріоритет життєвих цінностей, тобто властивостей, що формуються ведучою тенденцією присутньою «тут і зараз». Тенденцію можна трактувати як дефініцію, що включає в себе як умови по формуванню тієї чи іншої особистісної властивості так і саму властивість. До складу тенденції також входять зміни, що розвиваються упродовж формування індивідуально-особистісних властивостей. Внаслідок виникаючих змін довколишнього середовища, ми перебуваємо в стані постійного стресу з надлишковою емоційною напругою. Останнє і призводить до зростання ознак соціально-психологічної дезадаптації. У вказаній

ситуації типологічні особливості можуть сприяти успішній адаптації індивідуума до екзо- та ендо- подразнень чи перерости в дезадаптивний стан, з подальшим зануренням у власні проблеми та переходом у хворобу [11].

Психопатологічний стан розвивається при певних обставинах і його формування відбувається при взаємодії дезорганізуючого впливу причинних факторів навколишнього середовища та наявних в особистості протидіючих ресурсів, його захисних та компенсаторних можливостей. Дві перемінні величини складають функцію адаптації. Перша – це тенденція до самореалізації, до досягнення успіху, та задоволення потреб в протидію до несприятливих навколишніх факторів, що значно обмежують самореалізацію особи. Тоді як надлишкові показники стенічної самореалізації загрожують дезадаптацією по соціально-поведінковому типу. Друга перемінна величина – відмова від самореалізації при переважанні соціального тиску над особистістю, що формує невротичний дезадапційний профіль. При перенапруженні вказаних двох перемінних величин відбувається взаємне їх нівелювання з формуванням стійких психосоматичних розладів [11].

Назви, індекси та номери шкал, що були використані при інтерпретації результатів опитування обстежених представлені в табл. 1.

Слухачі циклів передатестаційної підготовки з великим розумінням віднесли до пропозиції дослідження їхнього психоемоційного профілю в умовах сьогодення та продемонстрували відкритість до співпраці з дослідниками, що дало змогу отримати вірогідні результати.

Результати тестування обстежуваних контрольної групи та групи слухачів по основних шкалах представлені в табл. 2.

Нами не виявлено вірогідного збільшення балів по шкалах L та F у обстежуваних ($p > 0,05$), а отже результати тестування є правдивими та вірогідними. Наявне вірогідне зниження ($p < 0,05$) кількості балів по шкалі K у слухачів ми розглядали як особливу їхню відвертість при проведенні тестування (відсутність потреби в приховуванні чогось) (табл. 2).

Підтвердженням наявності у всіх слухачів емоційної лабільності та підвищеної стурбованості про своє здоров'я став високий рівень балів по шкалах 1 та 2 ($p < 0,05$) (табл. 2).

Про підвищений рівень тривожності, невпевненості в собі, гальмуванні на негативних переживаннях, наявність психоастенічної реакції на зовнішні подразнення у лікарів-слухачів свідчить високий рівень балів по 6 та 7 шкалах у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$) (табл. 2).

Нами не виявлено ($p > 0,05$) підвищеної імпульсивності та схильності до асоціальних вчинків у всіх обстежених (шкала 4) (табл. 2).

Невпевненість в можливості адекватного захисту та підтримки суспільства в критичній життєвій ситуації та відсутність значної співучасті колег та оточуючих призвели до розвитку елементів аутиза-

ції, тобто входу в переживання, що пов'язані з невпевненістю в завтрашньому дні в умовах сучасної конкурентної ринкової боротьби за місце праці та зі зростаючими вимогами роботодавців (шкала 8) ($p < 0,05$ у порівнянні з групою контролю) (табл. 2).

Таблиця 1
Назви, індекси та номери шкал стандартизованого багатофакторного опитування особистості

Індекс шкали	Номер шкали	Назва шкали
L	–	Тенденція представити себе у вигідному світлі («неправда»)
F	–	Випадкового чи навмисного спотворення відповідей («вірогідність»)
K	–	Пом'якшення чи приховування симптомів («корекція»)
Hs	1	Підвищена стурбованість про здоров'я («надконтроль»)
D	2	Тривожність з депресивними тенденціями («песимістичність»)
Hu	3	Схильність до істерії, демонстративність («емоційна лабільність»)
Pd	4	Схильність до асоціальних вчинків («імпульсивність»)
Pa	6	Афектна ригідність, підозрілість («ригідність»)
Pt	7	Самовразливість, внутрішня напруженість («тривожність»)
Sc	8	Відхід від дійсності, аутизація («індивідуалістичність»)
Ma	9	Гіпоманіакальні тенденції («оптимістичність»)
Si	0	Комунікабельність, соціальні контакти («інтроверсія»)

Таблиця 2
Результати стандартизованого багатофакторного обстеження особистості контрольної групи та групи слухачів по основних шкалах (у балах)

Індекс шкали	Номер шкали	Група		p
		контрольна (n=22)	слухачів (n=52)	
L	–	4,18±0,40	3,58±0,35	>0,05
F	–	6,68±0,87	6,42±0,60	>0,05
K	–	15,14±0,71	12,39±0,67	<0,05
Hs	1	3,77±0,44	7,48±0,65	<0,05
D	2	18,36±0,888	23,48±0,74	<0,05
Hu	3	15,77±0,72	19,63±0,75	<0,05
Pd	4	18,14±0,75	18,56±0,63	>0,05
Pa	6	6,05±0,45	9,58±0,43	<0,05
Pt	7	6,55±0,53	13,94±1,02	<0,05
Sc	8	8,18±0,84	13,56±1,05	<0,05
Ma	9	12,73±0,62	16,50±0,58	<0,05
Si	0	20,77±1,10	29,69±1,05	<0,05

У групі слухачів, була наявна підвищена кількість набраних балів по шкалі 9 – «оптимістичність»

($p < 0,05$ у порівнянні з групою контролю), що може засвідчити про наявність вираженої спроби адаптації до умов середовища в ситуації постійних змін в суспільному житті. Наявне завищення балів по 9 шкалі свідчить про гіперкомпенсаторну активацію у відповідь на стрес. Підтвердженням останнього також є вірогідний ($p < 0,05$ у порівнянні з групою контролю) ріст балів по 0 шкалі (табл. 2).

Нами також був проведений гендерний аналіз результатів тестування методом СБОО, що представлений в табл. 3.

Таблиця 3
Результати стандартизованого багатофакторного обстеження особистості групи чоловіків та групи жінок по основних шкалах (у балах)

Індекс шкали	Номер шкали	Група		p
		чоловіки (n=13)	жінки (n=39)	
L	–	3,77±0,51	3,51±0,44	>0,05
F	–	5,54±1,36	6,72±0,67	>0,05
K	–	14,00±1,33	11,85±0,77	>0,05
Hs	1	6,85±1,67	7,69±0,68	>0,05
D	2	22,31±1,39	23,87±0,88	>0,05
Hu	3	20,00±2,13	19,51±0,72	>0,05
Pd	4	18,00±1,19	18,74±0,75	>0,05
Pa	6	9,77±0,94	9,51±0,48	>0,05
Pt	7	10,76±1,80	15,00±1,18	>0,05
Sc	8	13,00±2,13	13,74±1,22	>0,05
Ma	9	17,54±1,24	16,15±0,65	>0,05
Si	0	28,46±1,75	30,10±1,29	>0,05

З даних табл. 3 можна зробити висновок про відсутність вірогідних відмінностей в результатах набраних балів за основними шкалами СБОО в залежності від статі ($p > 0,05$).

Проводячи початковий контроль знань слухачів ми узагальнили загальний стаж лікарської роботи усіх курсантів, що склало 21,26±1,73 роки та спеціальний неврологічний стаж – 19,74±1,60 років. Рівень балів при проведенні перших ККР склав 64,86±1,04 %, з яких жінки набрали 63,68±1,23 %, а чоловіки 68,37±1,67 %. Отже успішність при входному тестуванні у чоловіків була вірогідно вищою ($p < 0,05$) та корелювала з загальним лікарським стажем (коефіцієнт кореляції (r) склав 0,4592, $p = 0,0114$). А у групі слухачів-жінок результати тестування не мали кореляційного зв'язку ні з загальним, ні з неврологічним стажем.

За підсумками заключного опитування знань по спеціальності всі курсанти вірогідно ($p < 0,05$) покращили свій результат до 74,90±1,39 %. Причому, чоловіки показали кращий результат і при заключному тестуванні набрали 78,75±1,59 % вірних відповідей, проти 73,62±1,73 % у жінок ($p < 0,05$). Дана різниця в успішності була роз'яснена нами тим фактом, що у групі жінок старше 35 років заключна успішність була вірогідно найнижчою, у порівнянні з молодшими жінками ($p < 0,05$), а саме 71,25±2,09 % проти 77,86±2,10 %.

6. Обговорення результатів дослідження

Під час дослідження було виявлено, що в умовах сьогодення постійні зміни умов праці та невпевненість у майбутньому різко погіршують психоемоційний профіль слухачів передатестаційного циклу «Неврологія» по основних шкалах стандартизованого багатофакторного обстеження особистості.

За вказаним тестуванням можна стверджувати, що слухачам в цілому притаманна спроба підвищити свій рівень контролю за актуальними подіями, що вторинно призводить до зростання внутрішньої напруженості та відтак виснаження резервних можливостей нервової системи. Тим самим відбувається астенізація особистості, а в якості самозахисту організм включає механізм аутизації, тобто певною мірою відходить від реальності, обмежуючи тим самим ймовірні причини розвитку напруження та тривожності.

Попри всі негаразди в суспільстві та постійні зміни до професійних вимог лікарі-невропатологи роблять спробу розширити коло своїх контактів за рахунок підвищення рівня соціальної участі в актуальних подіях сьогодення, а також завдяки можливості активного спілкування з колегами та отримання нових знань під час проведення передатестаційних циклів «Неврологія». Про що свідчить достовірний ріст відсотку вірних відповідей після навчання на циклі у слухачів.

7. Висновки

Нами не виявлено стійких психосоматичних розладів у обстежених лікарів-слухачів передатестаційних циклів «Неврологія».

Найявний у них психоемоційний профіль свідчить про проблеми адаптації лікарів-неврологів до змін, які сьогодні відбуваються при реформуванні післядипломної освіти та самої медичної галузі в цілому.

З метою зменшення дезадаптаційних чинників, на нашу думку слід більш широко висвітлювати доцільність проведених реформ, їх обґрунтованість та проводити обговорення необхідних змін серед широкого кола спеціалістів. Розуміння та адекватне сприйняття модернізації суспільства буде ефективно знижувати тривожність та песимістичність серед лікарів.

Надана можливість обговорити зміни з висвітленням їх доцільності в медичній галузі в широкому колі спеціалістів, а також розширити межу набутих знань по спеціальності під час проведення передатестаційного циклу позитивно впливають на рівень фахової підготовки слухачів.

Важливим також є широке роз'яснення викладачами передатестаційних циклів особливостей змін атестації та можливостей самоудосконалення рівня необхідних знань по неврології.

Література

1. Степко, М. Ф. Вища та післядипломна освіта – взаємодія та баланс цілей в сучасних умовах [Текст] / М. Ф. Степко // ScienceRise. – 2015. – Т. 9, № 5 (14). – С. 17–21. doi: 10.15587/2313-8416.2015.50828
2. Вороненко, Ю. В. Стан медичної освіти – очевидності глибокого реформування й неочевидності шляхів вирі-

шення проблем [Текст] / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 63–65.

3. Сибірцев, В. В. Сучасні тенденції розвитку післядипломної освіти [Текст]: наук.-метод. конф. / В. В. Сибірцев // Андрагогічні засади післядипломної освіти. – 2015. – С. 134–144. – Режим доступу: <http://konferenciya.jimdo.com>

4. Січкоріз, О. Є. Шляхи оптимізації безперервного професійного розвитку в умовах реформування системи охорони здоров'я [Текст] / О. Є. Січкоріз // Медична освіта. – 2016. – № 1. – С. 44–46.

5. Лотоцька-Голуб, Л. Л. Проблема дослідження чинників емоційного вигорання лікарів [Текст]: зб. наук. пр. / Л. Л. Лотоцька-Голуб // Психологічні науки. – 2013. – Т. 2, № 11 (99). – С. 178–183.

6. Олійник, Е. В. Сучасні проблеми підготовки лікарів на етапі післядипломної освіти [Текст] / Е. В. Олійник // Медична освіта. – 2012. – № 4. – С. 111–112. doi: 10.11603/me.v0i4.1359

7. Собчик, Л. Н. Стандартизований багатофакторний метод дослідження личности [Текст]: метод. рук. / Л. Н. Собчик // Методы психологической диагностики. – М., 1990. – 78 с.

8. Шевага, В. М. Деякі особливості психоемоційних змін у хворих на ниркову енцефалопатію [Текст] / В. М. Шевага, А. В. Паєнок, А. М. Задорожний, Б. В. Задорожна // Львівський клінічний вісник. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 14–17.

9. Straus, S. E. Evidence-based medicine: How to practice and teach it [Text] / S. E. Straus, W. S. Richardson, P. Glaszion, R. B. Haynes. – London: Churchill Livingstone, 2011. – 305 p.

10. Біостатистика [Текст] / ред. В. Ф. Москаленко. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.

11. Паєнок, А. В. Клініко-параклінічні прояви енцефалопатій різного генезу (рання диференційна діагностика) [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Паєнок. – К., 2008. – 288 с.

References

1. Stepko, M. F. (2015). Graduate and post-graduate education – the interaction and balance of purposes in modern conditions. ScienceRise, 9/5 (14), 17–21. doi: 10.15587/2313-8416.2015.50828
2. Voronenko, Iu. V., Mincer, O. P. (2010). State of Medical Education – evidence of deep reform and non-obvious solutions to problems. Medical Education, 2, 63–65.
3. Sibirtsev, V. V. (2015). Modern trends in postgraduate education. Andragogical principles postgraduate education, 134–144. Available at: <http://konferenciya.jimdo.com>
4. Sichkoriz, O. I. (2016). Ways of optimizing continuous professional development in the health reform. Medical Education, 1, 44–46.
5. Lotoc'ka-Golub, L. L. (2013). Problem of studying the factors of emotional burnout doctors. Psychological Science, 2 (11 (99)), 178–183.
6. Oliynyk, I. V. (2012). Modern problems of training of doctors during postgraduate education. Medical Education, 4, 111–112. doi: 10.11603/me.v0i4.1359
7. Sobchik, L. N. (1990). Standardized multi-factor method of personality research. Methods of psychological diagnosis. Moscow, 78.
8. Shevaga, V. M., Payenok, A. V., Zadorozhnyy, A. M., Zadorozhna, B. V. (2013). Some features of psycho-emotional

changes in patients with renal encephalopathy. Lviv clinical visnyk, 3 (3), 14–17.

9. Straus, S. E., Richardson, W. S., Glaszion, P., Haynes, R. B. (2011). Evidence-based medicine: How to practice and teach it. London: Churchill Livingstone, 305.

10. Moskalenko, V. F. (Ed.) (2009). Biostatistics. Kyiv: Book plus, 184.

11. Payenok, A. V. (2008). Clinical and paraclinical manifestations of encephalopathy different genesis (early differential diagnosis). Kyiv, 288.

Дата надходження рукопису 21.10.2016

Паснок Анжеліка Володимирівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра невропатології та нейрохірургії ФПДО, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010
E-mail: a.payenok@gmail.com

Січкоріс Орест Євгенович, кандидат медичних наук, доцент, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010
E-mail: fpdo@meduniv.lviv.ua

УДК: 616.711.6.17:616.833-07-009.7-008.13

DOI: 10.15587/2519-4798.2016.85422

НЕЙРОСТИМУЛЯЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ БЛОКАД МЕДІАЛЬНИХ ГІЛОЧОК ЗАДНІХ ГІЛОК СПИННОМОЗКОВИХ НЕРВІВ У ЛІКУВАННІ БОЛЬОВОГО “ФАСЕТ-СИНДРОМУ” ПОПЕРЕКОВОГО СПОНДИЛОАРТРОЗУ ТА ПЛАНУВАННІ ДЕНЕРВАЦІЇ ДУГОВІДРОСТКОВИХ СУГЛОБІВ

© О. В. Перфільєв

У статті обговорюється проблема лікувально-діагностичних блокад у разі больового “фасет-синдрому” поперекового спондилоартрозу та плануванні денервації дуговідросткових суглобів. Наведено досвід ефективності виконання блокад медіальних гілочок задніх гілок спинномозкових (МГ ЗГ СМН) нервів під контролем нейростимуляції у 96 пацієнтів, протягом 3, 6 та 12 місяців. Встановлено переваги даного методу і рекомендації до широкого застосування

Ключові слова: больовий фасет-синдром, нейростимуляція, медіальні гілочки задніх гілок спинномозкових нервів

Aim of research is an improvement of blocks of medial branches of posterior rami of spinal nerves (MB PR SN) in treatment of the “pain facet syndrome” of lumbar spondyloarthritis and planning of denervation of zygapophysial joints by the additional identification of target nerves by neurostimulator.

Material and methods. 96 patients with lumbar “facet syndrome” (40 men and 56 women) 18–75 years old. All patients underwent blocks of MB PR SN under “C-arm” control and electrostimulation by “B BRAUN Stimuplex Dig RC Nerve Stimulator”. The effectiveness of MB PR SN blocks was evaluated during a week, in 1, 3, 6 and 12 months by VAS and questionnaire Roland-Morris.

Results of research. At the beginning 524 blocks were done at the level L3-S1 in 96 (100 %) patients. 420 blocks in 70 patients at the levels L3-L4, L4-L5, L5-S1, and 104 ones in 26 patients at the levels L4-L5, L5-S1. The positive dynamics was observed during 3 months with decrease of pain syndrome from 50 % to 72 %, and improvement of living activity from 50 % to 67 %. In 54 patients (56 %), the blocks were repeated at 7 day. That is 270 blocks in 45 patients at the levels L3-L4, L4-L5, L5-S1, and 36 blocks in 9 patients at the levels L4-L5, L5-S1. The positive dynamics was observed during 6 months with decrease of pain syndrome from 50 % to 58 %, and improvement of living activity from 38 % to 63 %. MB PR SN neurotomy was done in 18 patients (18,7 %) after two blocks under endoscopic control with decrease of pain syndrome by 63–86 % depending on age and improvement of living activity by 50–75 % more than 1 year.

Conclusion. Electric stimulation of multi-sectional muscles during MB PR SN blocks allows reliably identify the necessary nerve rami, decrease the falsely positive and falsely negative results at anatomic variation of nerves location that gives a reason for using this method for both treatment of pain facet-syndrome and planning of ZJ denervation in patients with lumbar spondyloarthritis

Keywords: pain facet-syndrome, neurostimulation, medial branches of posterior rami of spinal nerves