

крита репозиція та малоінвазивна фіксація за допомогою канюльованих стягуючих гвинтів; II група (18 переломів) – відкрита репозиція та фіксація пластиною з гвинтами; III група (7 переломів) – репозиція та фіксація за технікою МІРО/(малоінвазивний остеосинтез пластиною). Ефективність раннього післяопераційного періоду (оцінку післяопераційного болю) оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Віддалені функціональні результати (якість життя) оцінювали за шкалою The Lower Extremity Functional Scale (LEFS) через 1,5 та 3 місяці після виписки.

Результати дослідження. Больовий синдром спостерігався в ранньому післяопераційному періоді найбільш часто серед пацієнтів II групи. У тій же групі відзначалась наявність випадків крайових некрозів шкірного клаптя, які у 2-х випадках потребували повторних оперативних втручань.

У ранньому післяопераційному періоді набряк м'яких тканин був більш виражений у I та особливо III групі пацієнтів, але зменшувався на фоні протинабрякової терапії на 2-3 та 5-6 добу відповідно. Тривалість загоєння напряму залежала від об'єму травматизації тканин. Пацієнти виписані на амбулаторне лікування в середньому на 11 добу.

Висновки. Малоінвазивне оперативне втручання при переломах п'яткової кістки має певні переваги перед відкритим остеосинтезом, за умов володіння технікою та відповідним обладнанням, і здатне запобігти значній кількості ускладнень у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ПРИ УРАЖЕННІ ЛОБНОЇ ЧАСТКИ

Гольцваниченко В.

Науковий керівник: к. мед. н. Єгоров В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Сучасна література з психіатрії недостатньо висвітлює клінічні прояви, які відзначаються при ураженні лобної частки. Більшість сучасних посібників характеризує лобний синдром як прояви деменції з апато-абулічною симптоматикою, або навпаки, загальною розгальмованістю. Дані твердження не розкривають сутності ураження лобної частки та не дають повного розуміння у лікарів та студентів.

Мета дослідження: дослідити клінічні прояви у сфері психіки та поведінки при ураженні лобної частки.

Матеріали та методи дослідження. Нами розглянуто клінічний випадок пацієнта В., який перебував на лікуванні у психіатричному стаціонарі. Проведено наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний метод, лабораторні, інструментальні – магнітно-резонансна томографія головного мозку (МРТ ГМ) з контрастною речовиною Дотавіст.

При огляді пацієнт скарж не висловлював. Родичі скаржилися на його бездіяльність, надмірну захопленість іграми на мобільному телефоні та переглядом порнографічних фільмів, соціальну та сексуальну нестриманість, зниження працездатності. З анамнезу відомо: період раннього дитинства без особливостей. Зростав у благополучній сім'ї. Закінчив загальноосвітню школу та ВНЗ. Працював комірником близько 10 років. Служив в армії. Має жінку та дитину грудного віку. Родичі характеризували пацієнта як веселого, компанійського, добродушного. Алкоголем не зловживав, близько 2-3 роки тому епізодично вживав марихуану. Вірусних гепатитів, туберкульозу, COVID-19, хронічних захворювань, ЧМТ з втратою свідомості, оперативних втручань не було. Алергологічний, сімейний, психіатричний анамнез не обтяжений.

У поле зору психіатрів потрапив вперше, погіршення стану відмітилось 1,5 року тому. На роботі нічого не робив, сидів «у телефоні», неодноразово отримував догани з боку начальства. Виказував дивні жарти до колег: «вы пока сидите, я у вас украл томиу меди, в карманчике вынес». Через деякий час був звільнений, нескритично віднісся до власного звільнення, пояснив: «у начальника вавка в голове». Надалі ніде не працював, більшу частину часу проводив за грою на телефоні, дивився дитячі мультики та фільми про людей з вадами розвитку. У сімейних справах потребував постійного контролю дій та ініціативи з боку дружини. Відзначились розлади в соціальній сфері, під час відвідування друзів без дозволу лазив по шафам, ящикам, не звертав уваги на зауваження. Стереотипно розповідав одні й ті самі історії людям. Розповідав дитині неадекватні казки: «їжачок наштрикнувся... очі повилазили». Посилились статеві та харчові потяги – почав мастурбувати та переглядати порнографію у присутності жінки, куплену для 1,5 річної дитини їжу забирав та з'їдав самостійно. За ініціативою жінки повторно влаштувався на роботу, проте через невиконання трудових обов'язків пацієнта звільняли. Оглядався неврологом, встановлений діагноз: цереброваскулярна хвороба неуточно-

на. Був направлений до психіатричного стаціонару з підозрою на шизофренію.

Психічний статус: рухливо спокійний, гіпомімічний. Доступний формальному мовному контакту, відповіді короткими фразами. Орієнтований у місці, часі, власній особистості вірно. Зазначав, що перебуває в психіатричному стаціонарі бо «жінка направила», не вважав себе психічно хворим. Відповідав «не знаю» на більшість заданих запитань, казав «хочу до доньки», просив про виписку. На запитання про причини звільнення з роботи – мовчить, при повторному запитанні відповідь «не знаю». Мислення непродуктивне, маячних ідей не висловлював. Знижена короткотривала пам'ять, здатність до концентрації уваги. Настрій рівний, емоційно вихолощений. Коло інтересів обмежене задоволенням фізіологічних потреб, бажанням догляду за донькою. Суспільно небезпечних та суїцидальних тенденцій не виявляв. Критика стану відсутня.

За час перебування у клініці був нав'язливим з бажанням виписки. Інструкцій не засвоював, постійно підходив до персоналу з одними й тими ж самими питаннями. Був нестримний до власних потягів, ігнорував оточуючих та соціальну ситуацію. В періоди між стереотипними запитаннями до персоналу був бездіяльним.

Було встановлено синдромальний діагноз: **любовий синдром**. Проведено МРТ ГМ з контрастом **Дотавіст**, згідно з висновком: ознаки локального розширення зовнішніх лікворних просторів на рівні лобних часток з явищами церебральної атрофії, розширення бокових шлуночків, остеохондроз міжхребцевих дисків шийного відділу хребта.

У стаціонарі отримував лікування (мг на добу): **рисперидон 4 мг**, **аміназин 150 мг**, **мемантин 10 мг**. Значних змін у поведінці під впливом психофармакотерапії не відзначилось. За ініціативою пацієнта та родичів був виписаний з відділення незважаючи на поради лікарів продовжити лікування, з діагнозом «**Легкий когнітивний розлад**».

Висновки. Описані у випадку клінічні прояви, а саме: **стерсотиї** у поведінці, порушення соціальної поведінки, посилення базових потягів, порушення мислення у вигляді неспроможності довгострокового планування подій, погіршення продуктивності праці, емоційна вихолощеність відповідають симптомам ураження любової долі, що підтверджується на МРТ ГМ з контрастуванням речовиною **Дотавіст**.