



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ  
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ  
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

***5 лютого 2021 року***

**Запоріжжя – 2021**

вибору, дослідження хватальних рефлексів, є більш чутливою для скринінгу лобної дисфункції та уражень підкоркових структур.

Висновки:

1. У хворих на МП доцільно комплексно використовувати нейропсихологічні шкали MMSE, MoCA та FAB. Це дозволяє не тільки встановити факт наявності когнітивних порушень, а й оцінити їх вираженість.

2. Шкали MMSE, MoCA та FAB можуть використовуватися для оцінки динаміки когнітивних порушень на фоні комплексного лікування.

## **АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ПРИ НЕПСИХОТИЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

Розов П.Р. І медичний факультет, 6 курс

(наук. кер. доц. Саржевський С.Н.)

Актуальність. Серед різновидів аутоагресивної активності, що супроводжують невротичні розлади, практичні лікарі зосереджують увагу тільки на суїцидальній поведінці, як єдиному прояву аутоагресії. Таким чином, ігноруються різноманітні еквівалентні форми саморуйнування, що теж призводять до суттєвого збитку особистості та оточення.

Мета. Вивчення різновидів та особливості лікування саморуйнівної поведінки при невротичних та органічних розладах.

Матеріали. Спостерігалися 32 хворих – 15 чоловіків (47%) та 17 жінок (53%) віком 23 – 41 років, що лікувалися в поліклінічному відділенні Запорізької обласної психіатричної лікарні з переважно неспсихотичною симптоматикою та аутоагресивною поведінкою.

Методи: клініко – психопатологічний, катамнестичний.

Результати. Внаслідок співставлення аутоагресії та психіатричної нозології виявлено 2 групи, що синдромально мали схожу симптоматику, але відрізнялися проявами деструктивної поведінки.

Хворі першої групи (24, 75%) виявляли органічний генез симптоматики. Нозологічно це: розлади особистості внаслідок епілепсії, хвороби Паркінсона, судинних захворювань ЦНС, мозкових травм. Провідними були тривожні розлади, елементи депресивного реагування, нав'язливі стани. Виявлено схожість механізмів гетеро- та аутоагресії, ці прояви формувалися імпульсивно та проходили короткочасно. Серед клінічних факторів, що посилювали деструктивний ризик спостерігалися:

- схильність до дисфорій, особливо з тривожно – депресивним компонентом;
- формування афективних психогенних реакцій;
- нетривалий термін захворювання (до 5 років).

Специфічні органічні зміни особистості впливали на аутоагресивну поведінку, при вираженості експлозивності, полярності афекта, вона фіксувалась та повторювалась. Суїцидальна активність займала незначну частку аутоагресії, переважали демонстративно – шантажні спроби, де найчастіше була мета привернути до себе увагу. Лікування було ефективним в разі призначення комплексу засобів з урахуванням органічного процесу (ноотропи, судинні препарати) та антидепресанти, переважно селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну. Різновиди психотерапії дієвого ефекту не мали.

Друга група представлена психогенною невротичною симптоматикою (8 хворих, 25%): розлади адаптації з порушенням поведінки та емоцій; короткочасна депресивна реакція; посттравматичний стресовий розлад; генералізований тривожний розлад. Саморуйнівна поведінка була суто суїцидальною з включенням поступово зростаючої динаміки: спершу

антивітальні загальні висловлювання, далі думки та уявлення, що переходили в задуми та наміри лишити себе життя. Пресуїцидальні висловлювання формувалися тижнями та звертали на себе увагу оточуючих, тому вчасна госпіталізація в стаціонар дозволяла запобігати спробам. Серед клінічних проявів найбільшим ризиком суїцидальної активності була тривога з її емоційними, вегетативно-соматичними та руховими проявами. Виявлено фактори, що потенціювали цей ризик:

- анамнестичні - суїцидальні дії в минулому або в родичів; тривалі соматичні захворювання;
- особливості особистості – акцентуації за демонстративним або циклоїдним типами; низька самооцінка або незрілість особистості.

У лікувальну тактику включалися антидепресанти з переважною протитривожною дією, ефективні наслідки мала психотерапія.

Висновки. Незважаючи на зовнішню схожість неспсихотичних розладів, важливо уточнювати генез патології та різновиди аутодеструктивних проявів, що допоможе в ефективній оцінці та лікуванні різноманітної аутоагресивної активності хворих, довготривалому прогнозі саморуйнівної поведінки.

## **ВПЛИВ КОМПЛЕКСНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ НА ДИНАМІКУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА НЕЙРОПАТІЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРМІНУ ПОЧАТКУ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Рунчева К.А. II медичний факультет, 5 курс  
(наук. кер. проф. Козьолкін О. А.)

Нейропатія лицевого нерва (НЛН) зустрічається найчастіше серед патологій черепних нервів. Її частка складає від 2 до 5 % захворювань периферійної нервової системи запально – дегенеративного характеру. Ця хвороба в середньому вражає 35 осіб на 100000 населення на рік. НЛН призводить до погіршення якості життя, появу психосоціальних розладів та виникнення тимчасової непрацездатності. Тому рання діагностика та негайний початок лікування, реабілітації після встановлення діагнозу можуть сприяти більш сприятливому прогнозу.

Мета дослідження. Оцінити вплив комплексних лікувальних заходів на динаміку відновлювальних процесів у хворих на нейропатію лицевого нерва на підставі порівняльного аналізу ефективності реабілітації в різні періоди захворювання. У зв'язку з цим були поставлені наступні задачі: 1) Дослідити в динаміці ступінь неврологічних розладів у хворих на НЛН на початку і в кінці реабілітації. 2) Проаналізувати динаміку відновлювальних процесів у хворих на нейропатію лицевого нерва. 3) Провести порівняльний аналіз ефективності реабілітаційних заходів в залежності від терміну їх початку у хворих на нейропатію лицевого нерва.

Матеріали та методи. На базі відділення нейрореабілітації КНП «Міської клінічної лікарні №6» м.Запоріжжя було опрацьовано 74 історії хвороб пацієнтів з НЛН. Середній вік хворих  $42,6 \pm 15,5$ , кількість чоловіків – 44(59,5%), жінок – 30(40,5%). Пацієнти були поділені на дві групи: перша – ті, що почали курс реабілітації одразу після гострого періоду (10-14 доба), (n=49, середній вік  $44,5 \pm 16,46$ ) і друга - яким розпочали реабілітацію пізніше (20-30 доба), (n=25, середній вік  $38,8 \pm 12,9$ ). Для оцінки ефективності реабілітації досліджувалась динаміка відновлювальних процесів, насамперед регресу лагофталму та зубної формули. Для аналізу даних застосовувався непараметричний критерій  $\chi^2$  Пірсона. Відмінності вважали достовірними при значеннях  $p < 0,05$ .