



**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**

43,8%, при цьому в здатність потойбічних істот впливати на людей і їх оточення – 24,8% (дереалізація); в існування магічних цілительів вірить 22,9% (деперсоналізація), при цьому у власні магічні цілительські здібності вірить 4,8% (деперсоналізація, парагнозис); в ауру вірить 41% (інтуїтивізм), при цьому 9,5% опитаних вважають, що особисто володіють здібностями бачити / відчувати ауру людини (інтуїтивізм, парагнозис); в карму – 55,2% (парагнозис); в реінкарнацію вірить 51,4% (парагнозис); в ясновидців вірить 41,9% (дереалізація); в порчу вірить 39% (парагнозис); у пристріт – 37,1% (парагнозис); в реальну силу відвороту і привороту вірить 24,8% (парагнозис); в телепатію – 21,9% (інтуїтивізм); в нумерологію – 35,2% (символізм); в астрологію, гороскопи, натальні карти – 29,5% (символізм); в хіромантію – 20% (символізм); в силу талісманів вірить 47,6% (символізм); в силу мінералів – 21,9% (символізм); в одержимість злими духами – 20% (деперсоналізація); в долю – 29,5% (парагнозис).

Висновки: незважаючи на передбачувані низькі рівні магічного світогляду серед студентів 5 курсу ЗДМУ, які могли зробити їх вдалою групою порівняння в дослідженнях психопатологічних варіантів магічного мислення, отримані результати вказують на високі показники магічного мислення і світогляду у студентів, що вимагає подальшого аналізу даного феномена в соціальному, культурологічному і психологічному контекстах.

## **ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ**

Гаранич Л.С., І медичний факультет, 5 курс  
(наук. кер. проф. Козьолкін О.А.)

Актуальність. На сьогодні мозковий ішемічний інсульт (МІІ) залишається однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сучасної неврології. Щорічно у світі реєструється близько 16 мільйонів нових випадків, серед яких близько 5,7 мільйона закінчуються летально. Одне з основних ускладнень МІІ – постінсультні когнітивні порушення, які мають негативний вплив на показники якості життя пацієнтів, обмежують соціальну адаптацію та ускладнюють реабілітацію хворих, тож представляють важливу медико-соціальну проблему.

Мета дослідження. Ознайомитися з діагностичними шкалами, які використовуються для оцінки когнітивних порушень у хворих на МІІ. За для цього були поставлені наступні завдання:

- 1) дослідити склад субтестів шкали MMSE (Mini Mental State Examination);
- 2) дослідити склад субтестів шкали MoCA (The Montreal Cognitive Assessment);
- 3) дослідити склад субтестів шкали FAB (Frontal assessment battery).

Матеріали та методи. Було проведено огляд статей з електронних ресурсів наукових баз PubMed, UpToDate та проаналізовані джерела спеціалізованої літератури.

Результати. Для діагностики когнітивних порушень у хворих на МІІ використовують шкали MMSE, MoCA, FAB. Шкала MMSE - один з найбільш часто використовуваних інструментів для оцінки когнітивних функцій, складається з ряду субтестів, які дозволяють швидко і ефективно оцінити орієнтування в часі, місці, функцію мови, гнозису, праксису, стан короткочасної та довготривалої пам'яті. Проте, у неї є обмеження при тестуванні функцій лобової частки, включаючи виконавчу функцію і області уваги. Шкала MoCA- більш чутлива та інформативна для діагностики легкого когнітивного дефіциту, перевіряє такі області, як оптико-просторова діяльність, орієнтування, виконавчі функції, абстракція, найменування предметів, увага і віднімання, мова, пам'ять та відстрочене відтворення. Шкала FAB дозволяє оцінити функції концептуалізації, швидкість мови, динамічний праксис, просту та ускладнену реакцію

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