



ISSN 2522-1116

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

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І  
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

## **ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**

**науково-практичної конференції з міжнародною участю  
молодих вчених та студентів**

**«Актуальні питання сучасної медицини і  
фармації - 2021»**

**15 – 16 квітня 2021 року**



**ЗАПОРІЖЖЯ – 2021**

УДК: 61

А43

Конференцію зареєстровано в Укр ІНТЕІ (посвідчення № 163 від 12.02.2021).

### **ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:**

**Голова оргкомітету:** проф. Колесник Ю.М.

**Заступники голови:** проф. Туманський В.О., проф. Беленічев І.Ф.

**Члени оргкомітету:** проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Павлов С.В., доц. Лур'є К.І., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., проф. Разнатовська О.М., ст.викл. Абросімов Ю.Ю., голова студентської ради Турчиненко В.В.

**Секретаріат:** ас. Данукало М.В., ст.викл. Борсук С.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 15 – 16 квітня 2021 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 202с.

**ISSN 2522-1116**

Запорізький державний медичний  
університет, 2021.

що було суб'єктивно пов'язано ними з почуттям сонливості ( $p < 0,001$ ). Слід також відзначити відсутність статистично значимих відмінностей між ГД та ГК за такими показниками якості сну, як пізній час (після 23 години) відходу у сон ( $p = 0,96$ ), тривалість сну ( $p = 0,89$ ), що у абсолютної більшості студентів обох груп не була меншою за 6 годин, та досвід вживання снотворних лікарських засобів ( $p = 0,36$ ).

**Висновки:** Стани психічного виснаження чинять значний вплив на різні сфери функціонування студентської молоді, зокрема знижують якість сну. Можна вважати наявність диссомнічних проявів невід'ємною складовою досліджуваних станів, але визначення їх ролі у патогенезі психічного виснаження потребує подальшого вивчення.

## **ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ З НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИМИ СИМПТОМАМИ**

Злобін О. О.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Лінський І.В.

Кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Актуальність.** Нейропсихіатричні симптоми часто зустрічаються у людей похилого віку. Пілотні дослідження показали, що близько половини пацієнтів із судинною деменцією демонструють нейропсихіатричні симптоми. Наявність та тяжкість психопатологічних симптомів, рівень когнітивного зниження, а також коливання таких симптомів можуть різнитися у осіб із різними типами деменції, але всі хворі із судинною деменцією завжди потребують поліпшення психічного функціонування.

**Мета дослідження:** з'ясувати ефективність поліпшення психічних функцій за допомогою психотерапевтичних втручань у осіб із судинною деменцією, які страждають на психопатологічні симптоми.

**Матеріали та методи:** Дослідження проведено на 40 пацієнтах із судинною деменцією із застосуванням психодіагностичного методу (шкала NPI). Середній вік пацієнтів становив 67,9 року.

**Результати дослідження.** Аналіз частоти реєстрації психопатологічних симптомів за допомогою опитувальника NPI у осіб із судинною деменцією до психотерапевтичних втручань виявив, що марення відмічалось у 5 (12,5%) пацієнтів, галюцинації - у 2 пацієнтів (5%), збудження - у 10 пацієнтів (25%), депресія - у 9 пацієнтів (22,5%), тривога - у 8 пацієнтів (20%), ейфорія - у 1 пацієнта (2,5%), апатія - у 12 пацієнтів (30%), дратівливість - у 7 пацієнтів (17,5%), порушення сну - у 14 пацієнтів (35%), порушення харчування - у 1 пацієнта (2,5%). Після проведення психотерапевтичних втручань було виявлено, що марення зареєстровано у 5 (12,5%) пацієнтів, галюцинації - у 2 пацієнтів (5%), агітація - у 7 пацієнтів (17,5%), депресія - у 4 пацієнтів (10%), тривожність - у 4 пацієнтів (10%), ейфорія - у 1 пацієнта (2,5%), апатія - у 8 пацієнтів (20%), дратівливість - у 2 пацієнтів (5%), порушення сну - у 6 пацієнтів (15%).

**Висновки:** Психотерапевтичні втручання були дуже ефективними для зменшення депресії, тривожності, дратівливості та розладів сну у осіб із судинною деменцією. Ефективність психотерапевтичних втручань у зменшенні збудження та апатії була обмеженою. Психотерапевтичні втручання у боротьбі з маренням та галюцинаціями не дали результатів, і ці психопатологічні симптоми слід лікувати із застосуванням антипсихотичних препаратів.

## **КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АНОЗОГНОЗІЇ ТА РІВНЯ АЛЕКСИТИМІЇ**

Кондратенко М. Ю.

Науковий керівник: д.мед.н. доц. Підлубний В.Л.

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження:** Встановити клініко-анамнестичні характеристики хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади з явищами анозогнозії. Проаналізувати залежність анозогнозії від рівня алекситимії.

**Матеріали та методи:** За допомогою клініко-анамнестичного дослідження було проведено на суцільному контингенті шляхом аналізу медичної документації вивчення 80 пацієнтів з діагнозами тривожно-фобічних та соматоформних розладів.

**Результати:** В результаті аналізу даних клініко-анамнестичного дослідження було встановлено три типи анозогнозії при тривожно-фобічних та соматоформних розладах: анозогнозія у відношенні хвороби – тип анозогнозії, при якій хворий не усвідомлює або несвідомо заперечує у себе наявність захворювання як такого, але визнає наявність симптомів та дискомфорту які вони вчиняють (виявлений у 34% хворих з тривожно-фобічними розладами та 47% хворих з соматоформними розладами). Рівень алекситимії при даному типі анозогнозії незначний; анозогнозія у відношенні симптомів хвороби – тип анозогнозії, при якій хворий заперечує як наявність симптомів хвороби так і наявність її симптоматичних проявів, не заперечуючи проте наявність дискомфорту (виявлений у 33% хворих з тривожно-фобічними розладами та 38% хворих з соматоформними розладами). Рівень алекситимії – середній; анозогнозія у відношенні дискомфорту – тип анозогнозії, при якій хворий заперечує наявність хвороби, її симптоматичних проявів та також дискомфорту, який ці симптоми продукують (виявлений у 10% хворих з тривожно-фобічними розладами та у 9% – з соматоформними розладами). Рівень алекситимії – високий. Встановлено, що анозогнозія при соматоформних розладах більш поширена та проявляється тим, що скарги пацієнтів сфокусовані на соматичних симптомах, тоді як про психопатологічні симптоми пацієнти не повідомляють, та в підсумку, психічні порушення лікарями виявляються лише після ретельного вивчення анамнезу, об'єктивного та інструментального дослідження.

**Висновки:** Анозогнозія при тривожно-фобічних та соматоформних розладах є розповсюдженою проблемою. Діагностика та лікування цих розладів потребують модифікації існуючих діагностичних методик з урахуванням патопластичного впливу зазначеного фактору. Дослідження алекситимії є перспективним засобом своєчасної діагностики анозогностичного синдрому у пацієнтів з вказаними розладами.

## **МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ ТОЧНОСТІ КЛІНІКО-НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ТА ВИХОДУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ СПОНТАННОГО СУПРАТЕНТОРІАЛЬНОГО ВНУТРІШНЬОМОЗКОВОГО КРОВОВИЛИВУ НА ТЛІ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАДОПОМОГОЮ ОЦІНКИ ГУМОРАЛЬНИХ МАРКЕРІВ**

Кузнєцов А. А.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Козьолкін О.А.

Кафедра нервових хвороб

Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження:** оцінити інформативність сироваткової концентрації маркерів ушкодження церебральних структур, прозапальної активації, деградації екстрацелюлярного матриксу, неоангіогенезу та показників метаболізму заліза у визначенні прогнозу перебігу та виходу гострого періоду спонтанного супратенторіального внутрішньомозкового крововиливу (ССВМК) на тлі консервативної терапії.

**Матеріали та методи:** Проведено проспективне, когортне, порівняльне дослідження 106 пацієнтів в гострому періоді ССВМК на тлі консервативної терапії. Оцінку рівня неврологічного дефіциту здійснювали за шкалою коми Full Outline of UnResponsiveness та National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Візуалізацію церебральних структур здійснювали методом комп'ютерної томографії. Протягом 24 годин з моменту госпіталізації визначали сироваткові концентрації білка S100B, інтерлейкіну 6 (ІЛ-6), інтерлейкіну 10 (ІЛ-10), матричної металопротеїнази-9 (ММП-9), васкулярного ендотеліального фактору росту А (ВЕФР-А), а також вміст гепсидину, феритину та заліза в сироватці крові, загальну залізо-зв'язуючу здатність сироватки із наступним розрахунком коефіцієнту сатурації трансферину (у 88 пацієнтів). Комбінованими клінічними кінцевими точками виступали раннє клініко-неврологічне погіршення (РКНП) та несприятливий вихід гострого періоду ССВМК у вигляді значення 4-6 балів за модифікованою шкалою Ренкіна на 21 добу захворювання. Статистична обробка результатів здійснювалася інструментами логістичного регресійного аналізу, ROC-аналізу, кореляційного аналізу.

**Отримані результати.** Раннє клініко-неврологічне погіршення (РКНП) та несприятливий вихід гострого періоду ССВМК зареєстровані відповідно в 22 (20,8%) та 61 (57,5%) випадках відповідно. Пацієнти з несприятливими варіантами перебігу та виходу гострого періоду ССВМК відрізнялися більш високими сироватковими концентраціями білка S100B, ІЛ-6, ІЛ-10, ММП-9, ВЕФР-А, гепсидину, феритину, при цьому зазначені показники прямо корелювали з тяжкістю ураження церебральних структур. На підставі множинного логістичного регресійного аналізу встановлено, що з ризиком РКНП асоційовані сироваткові концентрації