

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*До 213-ої річниці відкриття
харківської вищої медичної школи*



**Збірник тез
міжвузівської конференції
молодих вчених та студентів
«Медицина III тисячоліття»**

22-24 січня 2018

м.Харків - 2018



УДК 61.061.3 (043.2)
ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 22-24 січня 2018 р.)
Харків, 2018. – 380 с.*

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено Вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 21 грудня 2017 р.



Нейронауки



гени шизофренії та біполярного розладу, що не дає нам права з упевненістю підносити тезу: творчий процес неможливий без психічних розладів.

При цьому, якщо розглядати біографії відомих людей, наприклад письменників, нескладно простежити таку тенденцію: більшість страждали легкими проявами психопатології або залежністю від алкоголю. Хотілося б розповісти про деяких з них.

Гоголь Микола Васильович. Немає чіткого уявлення про те, чим хворів Гоголь. Фахівці найчастіше називають два терміни: шизофренія і БАР, останній здається найбільш імовірним.

Життєдіяльність Гоголя змінювалася з загальмованої, апатичної на збуджену, готову до дій, що приписується до симптомів БАР. Протягом життя письменник страждав нападами депресії, яка в підсумку його і зламала. Остання і найтяжча була спровокована смертю приятельки Катерини Хомякової, і привела до гибелі Гоголя, обставини якої досі є широко обговорюваними у світі.

Ернест Хемінгуей. Страждав депресією, суїцидальною поведінкою.

У якийсь період життя письменник зрозумів, що не може писати. Депресія, почуття страху, переслідування не давали Хемінгуею написати, що було заплановано. До своїх близьким він звернувся з такою фразою: "Що буває з людиною, коли вона раптом усвідомлює, що вже не напише тих книг, які поклявся написати?".

Даний стан привів Хемінгуея в психіатричну лікарню, по виходу з якої письменник покінчив з життям.

Едгар Аллан По. «У мене така пригніченість духу, яка погубить мене, якщо буде продовжуватися ... Ніщо не може мені доставити радості ... Переконайте мене, що мені треба жити ...», – так письменник говорив про самого себе.

Едгар По страждав депресіями, маревними ідеями переслідування і провалами в пам'яті, лякав оточуючих своєю неадекватною поведінкою. Життя його обірвалося у психіатричній лікарні, куди він потрапив після сильного алкогольного сп'яніння. Збувся найбільший страх письменника: смерть наздогнала По в цілковитій самотності, навколо були лише галюцинації.

Дані факти породжують масу питань, на які поки немає можливості отримати чітку відповідь. При цьому багато вчених заперечують наявність взаємозв'язку. Наприклад, Альберт Ротенберг, професор психіатрії Гарвардського університету, вважає, що немає ніяких доказів зв'язку між психічним захворюванням і творчістю. «Це романтичне уявлення із XIX століття, що художник є борцем, огидним від суспільства і бореться з внутрішніми демонами», – говорить він. «Візьміть Ван Гога. Він просто виявився психічно хворим, а також креативним».

Будь-яка думка має право на життя. Продовжувати дослідження в цьому напрямку, звичайно, необхідно. Адже цікаво дізнатися, що саме таїться за загадковим процесом створення чогось абсолютно нового і геніального, яке подарували нам і перераховані мною письменники, і інші творчі люди.

Тимошук М.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА РІВНЯ АНГЕДОНІЇ У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна**

Науковий керівник: професор Кожина Г.М.

Актуальність. Згідно з даними ВОЗ 10-15% світового населення на рік вражається депресією. Ризик розвитку депресії зростає протягом життя становить 5 до 12% у чоловіків та від 10 до 25% у жінок. Депресивний розлад є причиною близько 70% всіх вчинених самогубств. Через це смертність серед пацієнтів з депресивними розладами становить близько 15%. Одним із основних проявів депресії є ангедонія - зниження інтересу до життя

або повна втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка зазвичай була пов'язана з позитивними емоціями. Такий стан може суттєво знижувати оцінку пацієнтом якості свого життя і бути однією з передумов самогубства.

Психоосвітня робота з пацієнтами з депресією та їх родичів є невід'ємною частиною сучасної інтегрованої психіатричної допомоги та одним з найпоширеніших методів психосоціального втручання. Психоосвітні заходи спрямовані на створення терапевтичного альянсу, активацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта.

Метою нашого дослідження було вивчити вплив рівня ангедонії на сприйняття пацієнтами якості свого життя та можливість поліпшення стану за допомогою проведення психоосвітніх програм.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 23 пацієнтки ХОКПЛ № 3 віком 23-42 роки, у яких було діагностовано помірний (F32.1) і важкий (F32.2) депресивний епізод. Діагнози були виставлені згідно МКБ 10. Хворі отримували стандартну терапію за клінічними протоколами охорони здоров'я України. Поряд з медикаментозною та психотерапевтичною підтримкою була випробувана система психоосвіти. Стан хворих був досліджений до та після використання психоосвітніх методик за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, шкалою Монтгомері-Айсберга MADRS, шкалою оцінки депресії Гамільтона HRDS (HAM-D), а також за шкалою «Показник якості життя», розробленою Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G., 1999, шкалою визначення рівня ангедонії SHAPS. Шкала якості життя була заповнена пацієнткою, одним із родичів і лікарем хворої.

Заняття психоосвітою для пацієнтів з депресією проводилися в закритих групах, кількість учасників 7 чоловік. Кожен психоосвітній цикл складався з 10-12 сеансів, що тривали 45 хвилин із частотою 1-2 рази на тиждень.

Результати. Нами було отримано такі середні результати у хворих з тяжкою депресією до використання психоосвітньої програми: за HRDS – 21, MADRS – 35, за HADS – 16 за шкалою депресії, 9 за шкалою тривоги, високий рівень ангедонії (12), якість життя – 3,9 за результатами опитування хворих, 6,5 – родичів, 6,7 – лікаря. У хворих з помірним депресивним епізодом: HRDS – 17, MADRS 29, за HADS – 9 за шкалою депресії, 6 за шкалою тривоги, підвищений рівень ангедонії (9), ЯЖ – 4,9; 7,2; 7,6 відповідно. Після впровадження психоосвіти ми змогли побачити зниження рівня ангедонії (до 7 у пацієнтів з тяжкою депресією і до 5 з помірною), а також підвищення оцінки хворими якості свого життя до 6,8 та 7,5 відповідно. Зміцнилася впевненість пацієнток в боротьбі з хворобою, посилилася терапевтична співпраця між лікарем та хворими.

Висновки. Таким чином, оцінка якості життя пацієнтів з депресією залежить від здатності хворих отримувати позитивні емоції, на що можуть суттєво вплинути методи психоосвіти.

Трегубенко А.Р.

СТРУКТУРА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ З КУРСУ ХНМУ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна**

Науковий керівник: доцент Георгієвська Н.В.

Актуальність. Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це стан, який характеризується наявністю розумового та емоційного виснаження, фізичної втоми, а також зниженням задоволення від виконаної роботи. В його розвитку виділяють три послідовних фази: напруження, резистентності, виснаження, кожна з яких характеризується певним комплексом симптомів. СЕВ виникає як психологічний механізм захисту від дії зовнішніх факторів,

Курбанов Р.Г.О.	258
ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВИРАЖЕНІСТЮ СИМПТОМІВ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА.....	258
Лєсна А.С.	259
КОРЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	259
Лихая В.М, Колюбаєва Е.Ю.	260
ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ НА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ.....	260
Ліха В.М.	260
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕРВОВОЇ БУЛІМІЇ У ДІВЧАТ ТА ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ	260
Куфгеріна Н.С., Макарова А.В. Зюзіна М.С.	261
ВИЯВЛЕННЯ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ	261
Масловська А.О.	262
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В ЛІКУВАННІ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ	262
Михайленко Н.О.	263
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ КЛІНІЧНИМИ ДАНИМИ ТА КОМП'ЮТЕРНО- ТОМОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ГЕМОРАГІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ЗАХВОРЮВАННЯ.....	263
Нагорний І.А.	263
СУЧАСНИЙ СТАН ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ	263
МЕДИЧНОГО ВИШУ	263
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ З ПТСР	264
Петрук Б.Ю.	265
ОСНОВНІ ВАРІАНТИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З ЕПІЛЕПТИЧНИМИ ЗМІНАМИ ОСОБИСТОСТІ, МОЖЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ.....	265
Репнікова А.В., Сасенко С.С.	266
ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ПОЄДНАННЯ ШИЙНИХ М'ЯЗОВО-ТОНІЧНИХ СИНДРОМІВ ТА ВЕСТИБУЛО-КОХЛЕАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ПОЧАТКОВИМИ ЯВИЩАМИ ШИЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ	266
Сіліна М.П.	267
Оцінка рівню апатії, самовдоволеності життям та ступеню тривожності у хворих на шизофренію	267
Сымкина В.Е., Глущенко С.В.	268
РИСК РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В АНАМНЕЗЕ.....	268
Тарасенко Д.В.	269
ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ТА НАРКОТИЧНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ	269
Тімохіна А.О.	270
ЗВ'ЯЗОК ТВОРЧОСТІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ ТВОРЧИХ ПРОФЕСІЙ	270
Тимошук М.В.	271
Трегубенко А.Р.	272
Структура синдрому емоційного вигорання у студентів 3 курсу хнму	272
ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З ПАТОЛОГІЄЮ ЦЕРВІКАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	273
Усик А.В.	274
ВЛИЯНИЕ СМАРТФОНОВ НА ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ	274
Федосова Д.С.	275
ВПЛИВ РАЦІОНУ ХАРЧУВАННЯ НА СТАН НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ	275