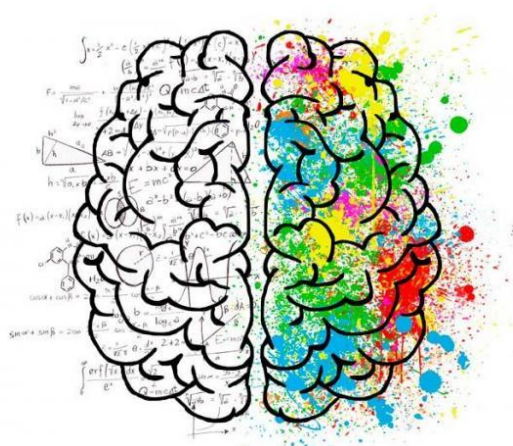


**Міністерство освіти і науки України
Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології**



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕЙРОНАУК
ЗБІРНИК ТЕЗ**

Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів



Харків, 2018

УДК 616.89

A43 Актуальні питання нейронаук: Збірник тез Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів (Харків 27 квітня 2018 р.) / Міністерство освіти і науки України, Харківський національний медичний університет – Харків: – 2018. – 61 с.

Відповідальний за випуск професор Г.М. Кожина

Відповідальність за якість та достовірність матеріалів несуть автори публікацій.

Актуальність. Ішемічний Інсульт (ІІ) на даний момент становить близько 80% від загального числа цереброваскулярних порушень головного мозку (ГМ), на тлі багатоетапного і тривалого лікування перед нами стояла мета в підтвердженні доцільності застосування аторвастатину при даній патології.

Мета даної роботи: дослідження впливу аторвастатину на профілактику повторних ішемічних інсультів.

Матеріали і методи. Ми проаналізували дані історій хвороби 64 пацієнтів за період 2014-2016 роки, які перенесли ІІ, з яких 38 приймали препарати аторвастатину в гострій фазі в дозі 40 мг, а 26 пацієнтів не приймали даний препарат (контрольна група).

Результати. У період гострої фази рівні холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) у всіх були в рамках 110-180 мг / дл (2,86 - 4,68 ммоль / л). Уже через два місяці застосування рівень холестерину ЛПНЩ в досліджуваній групі становив 62 мг / дл (1,61 ммоль / л), тобто знизився на 57%, в той час, як в контрольній групі практично не змінився - 136 мг / дл (3,53 ммоль / л).

За весь час дослідження зниження вмісту холестерину ЛПНЩ в групі, що приймала аторвастатин, порівняно з контрольною групою склав 40%, також спостерігалось зниження рівня тригліцеридів, загального холестерину і підвищення рівня ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ).

Висновки. Таким чином, атеросклеротичні ураження судин є основною причиною рецидивів ІІ. Проведений нами аналіз підтвердив необхідність включати ліпід-коригувальну терапію аторвастатином якомога раніше для профілактики розвитку повторного ішемічного інсульту.

Куряча О.П.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

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

Науковий керівник – доц., к.мед.н. Лещина І.В.

Актуальність. Діяльність студента-медика належить до емоційно напружених видів діяльності, що може, за відсутності належного контролю та резервів саморегуляції своїх емоцій, призвести до розвитку синдрому емоційного вигорання, що може виявлятися в порушенні стану як психічного, так і соматичного здоров'я. Важливим компонентом системи ресурсів особистості є її спрямованість та ціннісні орієнтації.

Мета: визначити фактори ризику формування емоційного вигорання у студентів-медиків.

Матеріали та методи. Було проведено анкетування 37 студентів медичних факультетів Харківського національного медичного університету 2-5 курсів (2 курс-6 особи, 4 курс-24 осіб, 5 курс- 7 особи) віком від 18 до 21

року, за допомогою методик «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойко та «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча. Усі обстежені надали інформовану згоду на проведення дослідження.

Результати. За результатами аналізу отриманих даних було виявлено, що 27 (73%) респондентів виявлять у себе окремі ознаки синдрому емоційного вигорання. У 19 осіб у відповідях превалювали ознаки формування фази напруження, серед яких у 3 студентів виявлені критерії вже сформованої фази, 11 осіб в своїх відповідях позначали ознаки типові фазі виснаження, початкові прояви 3 фази емоційного вигорання спостерігалися у 1 респондента. 9 студентів мали окремі ознаки як фази напруження так і резистенції, без чіткого превалювання симптомів однієї них. Найбільш розповсюдженими симптомами вигорання у студентів-медиків стали: неадекватність реагування (78%), редукція професійних обов'язків (63%), особистісна відстороненість (37%), емоційний дефіцит (33%), тривога та пригнічений настрій (30%), прояви психосоматичних реакцій, які спостерігалися у 41% опитаних, що вказує на високий рівень емоційного стресу в групі обстежених.

При аналізі ієрархії цінностей студенти виділяються лідерів: життєва мудрість, продуктивне життя, суспільне визнання, цікава робота. Здоров'я стало пріоритетом лише для 37% опитаних. Найнижчі позиції в ієрархії цінностей займали задоволення, краса природи та мистецтва, щастя інших, любов та щасливе сімейне життя. При цьому здоров'я та щасливе сімейне життя мали останні позиції у тих студентів, у кого виявлялися ознаки переважно фази резистенції й виснаження, а також спостерігався більше сформований характер симптомів.

Висновки: проблема формування синдрому емоційного вигорання має місце у переважній більшості обстежених студентів. Переважання ознак фаз напруження говорять про підвищений запит до системи адаптаційних можливостей та стресостійкості студентів, а наявні ознаки резистенції та формування фази виснаження може свідчити про давність існування цієї проблеми у деяких студентів та подальше прогресування процесу з виснаженням компенсаторних можливостей організму та формуванням психосоматичної патології, що потребує адекватної корекції. Одним із факторів ризику розвитку синдрому емоційного вигорання у студентів-медиків можна розглядати структуру ієрархії їх цінностей, а саме знецінення цінності здоров'я, щастя інших, задоволення та щасливого сімейного життя.

Враховуючи викладене, слід зазначити, що процес набуття професійних знань та вмінь є не менш складним та стресогенним, ніж період їх застосування в практичній діяльності та потребує впровадження адекватних заходів профілактики формування синдрому емоційного вигорання у медичних фахівців вже у період студентського життя. Заходами профілактики можуть стати вправи на підвищення саморегуляції емоційного стану, в тому числі аутотренінги, переосмислення цінностей з підвищенням пріоритету цінності здоров'я в цілому та власного зокрема, формування

позитивного погляду на життя, уникнення негативного впливу з боку оточення, популяризація здорового способу життя, дотриманням раціонального режиму праці та відпочинку з метою запобігання перевтоми.

Кутарева М.Ю.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА: СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ЛІКУВАННЯ

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

Науковий керівник – проф. д.мед.н. Мозгова Т.П.

Актуальність. Деменція – (від. латинського dementia – божевілья) набуває недоумство, характеризується стійким зниженням пізнавальної діяльності з утратою раніше засвоєних знань, навичок, з затрудненням здобуття нових. За даними ВОЗ, в 2017 році у всьому світі нараховується близько 50 мільйонів людей, страждаючих на деменцію.

Хворобу Альцгеймера описав відомий вчений Алоїс Альцгеймер в 1907 році. Захворювання проявляється у людей похилого віку. Характерним є ураження кори головного мозку – атрофія скроневих та тім'яних ділянок і гіпокампа. При хворобі Альцгеймера у людини страждає короткочасна пам'ять, при збереженні довготривалої пам'яті. Людина не може згадати, куди поклала свої речі і куди вона прямувала в даний момент. З часом це прогресує і хворий не може назвати імена своїх родичів, свою адресу і не може згадати як його звати. Ще одним з ознак хвороби є апатія, хворий стає байдужим до оточуючих, байдужим щодо себе. Коли він намагається згадати знайоме слово або улюблене заняття, його спроби закінчуються провалом. В наслідок цього посилюється апатія.

Мета. Теоретичні передумови оптимізації лікування хвороби Альцгеймера.

Матеріали та методи. Було обстежено 5 хворих зі скаргами на зниження пам'яті на поточні події (зі слів хворих) та зниження пам'яті, апатію й неохайність (зі слів родичів). Всім хворим було проведено планове обстеження, яке включало оцінювання когнітивних порушень за тестом малювання годинника та МРТ головного мозку.

Результати. За результатами тесту виявлена нездатність правильно малювати стрілки годинника на готовому циферблаті у 1 хворого, це дає нам підставу вважати, що стан деменції дорівнює ступеню деменції при хворобі Альцгеймера; помірне когнітивне зниження та емоційно-особистісні порушення спостерігалися як у цього, так й у інших хворих.

Більш детальніше допомагає розпізнати хворобу Альцгеймера методика магнітно-резонансної томографії, яка дозволяє побачити у хворого характерні ознаки хвороби: порушення обміну речовин в тканинах мозку, та як наслідок, зменшення кількості речовини мозку (середній обсяг втрати речовини мозку становить при хворобі Альцгеймера 1% в рік, в нормі цей

ВПЛИВ ПРИЙОМУ КВЕТІАПІНА НА ПЕРЕБІГ ДЕПРЕСИВНО І ПСИХОТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА АФЕКТИВНУ ПАТОЛОГІЮ.....	16
Друмова А.А, Шнурко Е.О.	17
ВИВЧЕННЯ І ВИЯВЛЕННЯ НА РАННІХ ЕТАПАХ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СМАРТФОНІВ У СТУДЕНТІВ 1-6 КУРСІВ ХНМУ. МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ГАДЖЕТ-АДДИКЦІЇ	17
Животовська А.І.....	19
КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ОСОБИСТОСТІ ПРИ РОЗЛАДАХ АДАПТАЦІЇ	19
Закернична Н.В.	20
ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО І СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ	20
Зеленська К.О., Красковська Т.Ю.	21
ОСНОВНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	21
Комар В.О.....	22
ЕТИЛМЕТИЛГІДРОКСИПРИДИНУ СУКЦИНАТ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЕПІЛЕПСІЇ	22
Коровіна Л.Д., Кондратенко А.П.	23
ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ.....	23
Косенко Ю.В.	24
ЗДОРОВИЙ І НЕВРОТИЧНИЙ ПЕРФЕКЦІОНІЗМ У СТУДЕНТІВ ІV КУРСУ	24
Котков О.Р.....	25
РОЛЬ АТОРВАСТАТИНУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПОВТОРНИХ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ	25
Куряча О.П.	26
ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ.....	26
Кутарева М.Ю.	28
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА: СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ЛІКУВАННЯ.....	28
Латанська Н.С.	29
„ПОРТРЕТ” ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	29
Лежнюк А.С.	30
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДИТЯЧОЇ ШИЗОФРЕНІЇ.....	30
Лі К.-М.М.	32
NEUROPSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SENSORY PROCESSING SENSITIVITY AND ITS RELATION TO PANIC ATTACKS	32