

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

З МАТЕРІАЛАМИ VII МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

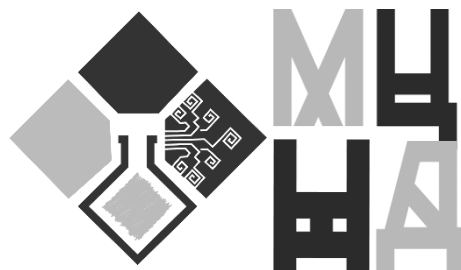
25 КВІТНЯ 2025 РІК

М. ОДЕСА, УКРАЇНА

**«РОЗВИТОК НАУКОВОЇ ДУМКИ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО
СУСПІЛЬСТВА: СУЧАСНИЙ ДИСКУРС»**



ЗБІРНИК НАУКОВИХ
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ
VII МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



РОЗВИТОК НАУКОВОЇ ДУМКИ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО СУСПІЛЬСТВА: СУЧАСНИЙ ДИСКУРС

| 25 квітня 2025 рік
м. Одеса, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2025

Організація, від імені якої випущено видання:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»

Номер запису організації в Єдиному реєстрі громадських об'єднань: 1499141.

Голова оргкомітету: Сотник С.Г.

Верстка: Білоус Т.В.

Дизайн: Бондаренко І.В.

Рекомендовано до видання Вченою Радою Інституту науково-технічної інтеграції та співпраці. Протокол № 16 від 24.04.2025 року.



Конференцію зареєстровано Державною науковою установою у сфері управління Міністерства освіти і науки «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» в базі даних науково-технічних заходів України на поточний рік та бюлетені «План проведення наукових, науково-технічних заходів в Україні» (Посвідчення № 97 від 06.01.2025).

Збірник наукових праць з матеріалами конференції видано офіційно суб'єктом видавничої справи зі **Свідоцтвом ДК № 7860 від 22.06.2023**.

Матеріали конференції знаходяться у відкритому доступі на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0).

Р 64 **Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс:** збірник наукових праць з матеріалами VII Міжнародної наукової конференції, м. Одеса, 25 квітня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. — 204 с.

ISBN 978-617-8440-71-8

DOI 10.62731/mcnd-25.04.2025

Викладено матеріали учасників VII Міжнародної наукової конференції «Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс», яка відбулася 25 квітня 2025 року у місті Одеса.

УДК 082:001

© Колектив учасників конференції, 2025

© ГО «Міжнародний центр наукових досліджень», 2025

ISBN 978-617-8440-71-8

© ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025

БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ: АНАЛІЗ МЕТАБОЛІЧНИХ ТА РЕПРОДУКТИВНИХ ЧИННИКІВ Гудь В.О., Нагута Л.О.	164
РОЛЬ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СТУДЕНТІВ Луценко І.В., Юрова А.А.	167
РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У РАННЬОМУ ВИЯВЛЕННІ ТА СПОСТЕРЕЖЕННІ ЗА ОНКОЛОГІЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) Велигоря Т.О., Овдюн А.С.	170
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ УВІ СНІ ТА ЙОГО РОЛЬ У ПОРУШЕННЯХ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ Кречківська Л.М., Молоток В.В.	178
СКРИНІНГ ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ Суркова О.А., Янковой Д.П.	181
СТАН ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ НАЦІОНАЛЬНИХ І МІЖНАРОДНИХ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ СТАНОМ НА 2020, 2022 РОКИ Свирид А.С.	185

СЕКЦІЯ XV.

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, СПОРТ ТА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ

ФІЗИЧНА ПІДГОТОВЛЕНІСТЬ СТУДЕНТІВ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я Салатенко І.О.	188
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

СЕКЦІЯ XVI.

КУЛЬТУРА ТА МИСТЕЦТВО

ENSEMBLE PERFORMANCE: INTERPERSONAL ALIGNMENT OF MUSICAL Novak M.	190
ДЕКОРАТИВНО-ПРИКЛАДНЕ МИСТЕЦТВО ТА СТИЛІЗАЦІЯ Чернишова К.	196
ІСТОРИЧНЕ СТАНОВЛЕННЯ МУЗИЧНИХ СТИЛІВ У ТВОРЧОСТІ УКРАЇНСЬКИХ КОМПОЗИТОРІВ Бондаренко О.Л.	198

СКРИНІНГ ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Суркова Олена Андріївна

Студент 6 курсу, 2 групи, 1 медичного факультету
Харківський національний медичний університет, Україна

Янковой Дмитро Павлович

Студент 6 курсу, 2 групи, 1 медичного факультету
Харківський національний медичний університет, Україна

Науковий керівник: Бобро Лілія Миколаївна

канд.мед.наук,
доцент кафедри загальної практики - сімейної медицини та внутрішніх хвороб
Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ.

Депресивні розлади часто супроводжують пацієнтів з хронічними хворобами і значно впливають на якість їх життя. Але проблема скринінгу цих психопатологічних станів значною мірою корелює з віком. Люди молодшого віку з подібними проблемами звертають на себе увагу оточення, оскільки ведуть активне соціальне життя, завзято працюють і відпочивають. Раптове «випадіння з життя» і зниження зацікавленості сім'єю, роботою, колом друзів майже одразу змушує родичів і близьких турбуватись і врешті-решт призводить до звернення за медичною допомогою. А от стосовно пацієнтів похилого і старечого віку, на жаль, в українському соціумі домінує тенденція до нормалізації депресивних станів, знецінювання і байдужості відносно душевних переживань хронічно хворих пацієнтів цієї категорії. Бувають виключення з вищенаведених сценаріїв, але вони лише контрастують стандартні і звичні варіанти розвитку подій.

Враховуючи вищенаведене, саме сімейний лікар, як найдоступніший лікар для більшості сімей, повинен попідкуватися про первинну діагностику і скринінг депресивних станів принаймні у своїх декларантів. А особливо, у вразливої їх частини – пацієнтів літнього і старечого віку.

Мета роботи:

Вивчення вітчизняних і закордонних підходів до скринінгу депресивних станів у пацієнтів, що мають хронічні захворювання.

Формулювання рекомендацій сімейним лікарям для кращого розпізнавання депресій, зменшення кількості діагностичних помилок та немотивованих призначень психоактивних препаратів.

Матеріали та методи:

Спираючись на українські клінічні протоколи [1], виконані на замовлення МОЗ міжнародні настанови (з перекладом) [2], а також на новітні тематичні статті, опубліковані у міжнародних медичних виданнях [3][4], ми сформулювали дані рекомендації, що можуть бути швидко інтегровані у практику будь-якого зацікавленого сімейного лікаря. Метод, який ми застосовували – аналітичний.

Результати та обговорення.

Згідно з наказом МОЗ України, сімейним лікарям рекомендують для скринінгу депресії у пацієнтів групи ризику використовувати «Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire) [1]. При позитивній відповіді хоча б на одне запитання PHQ-2 проводять подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9. У разі підтверджуючої суми балів уточнюють особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість».

У наступних розділах приводяться рекомендації по немедикаментозному і медикаментозному лікуванні пацієнтів з легкою і середньо-тяжкою депресією сімейним лікарем самостійно. Показово, що при неефективності нефармакологічного лікування у пацієнтів з легкою депресією (з обтяжуючими обставинами) чи з депресією середньої тяжкості упродовж 2-4 тижнів показано призначення антидепресантів 1 лінії з періодом обов'язкової активної терапії 3-4 місяці під контролем сімейного лікаря [1].

Але у вищенаведеній діагностично-лікувальній схемі присутнє одне слабке місце, а саме використання недиференційованого опитувальника PHQ-9 як основного, і по суті єдиного, орієнтира для сімейного лікаря.

Подібного відверто слабкого скринінгового підходу не знайдеш у міжнародних виданнях. А особливо незручним цей опитувальник робить його недиференційованість, тобто бали за відповідь пацієнт отримує лише по шкалі депресії, що, як виявилось, може значно спотворити результати скринінгу.

Нами був проведений невеликий експеримент: 5 знайомим людям (3 жінки та 2 чоловіка, середній вік 25 років, 4 мали хронічні захворювання),

що проживають у зоні незначно віддаленій від місця ведення активних бойових дій (до 20 км) і які ствердно відповіли на хоча б одне з питань PHQ-2 нами були надіслані опитувальники PHQ-9 (рекомендований національним протоколом для сімейних лікарів) та опитувальник Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (рекомендований національним протоколом для лікарів психіатрів) [1, 4]. У системі HADS бали за відповіді нараховуються окремо по шкалі тривоги і депресії, відповідно і питання мають різну ступінь негативного забарвлення.

Отримані результати за PHQ-9: 3 пацієнтів мають легку депресію, 1 пацієнт середньої важкості і 1 важку депресію.

Отримані результати за HADS: 3 пацієнти мають субклінічно виражену тривогу, 1 має клінічно виражену тривогу і не має депресії. І 1 пацієнт має субклінічно виражену тривогу і легку форму депресії.

Відповідно, теоретично можливим є факт призначення в майбутньому антидепресантів пацієнтам, які цього не потребують.

Проаналізувавши ситуацію і доступні джерела ми дійшли висновку, що при підозрі сімейного лікаря на розвиток у пацієнта з хронічною хворобою істинної депресії після проходження людиною рекомендованих національним протоколом опитувальників, треба застосовувати до неї ще декілька додаткових тестів.

Нами були виокремлені: тестування за системою Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMISE) за розділами Ментальне здоров'я, підпунктами «Депресія» і «Тривожність» або PROMIS Depression Short Form (PROMIS-D-SF) [3].

Тестування за системою HADS, що рекомендована до використання як у новітніх міжнародних публікаціях, так і національним протоколом для лікарів-психіатрів [4].

Обидві системи тестів мають чудові показники у відношенні «час на заповнення – точність діагностики», є у вільному доступі та не потребують особливих знань для інтерпретації результатів. Їх релевантність та відсутність спотворених результатів підтверджена міжнародними групами дослідників [3,4]. Додатково обидві опитувальні системи довели свою ефективність для скринінгу у пацієнтів з хронічними захворюваннями [3, 4].

Враховуючи обмежений час лікарського прийому ми сформулювали такі рекомендації:

- Якщо по результатах первинного скринінгу (PHQ-2, PHQ-9) лікарем загальної практики був встановлений синдромальний діагноз депресії і

призначене немедикаментозне лікування, то такий сценарій все ж є прийнятним.

• За нашим глибоким переконанням і з результатами нашого аналітичного дослідження: на повторних консультаціях, перед прийняттям сімейним лікарем рішення про призначення АД 1 лінії (згідно національного протоколу) – проходження додаткових міжнародних тестувань є абсолютно необхідним кроком [1].

• Для пацієнтів, що знаходяться на лікуванні антидепресантами під контролем сімейного лікаря, вельми бажано було б провести тестування за шкалою тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS) [2], яка допомагає достовірно оцінити ризик самогубства в пацієнтів з депресією.

Висновки.

Сімейна медицина це порівняно молодий напрямок у системі національної охорони здоров'я населення України. Її розвиток абсолютно необхідний для переважної більшості жителів країни і в той же час абсолютно неможливий без якісного методологічного забезпечення. Висвітлені у даній роботі рекомендації покликані покращити і узгодити з міжнародним досвідом одну з ланок функціонування системи сімейної медицини, а саме – догляд за ментальним здоров'ям населення, що страждає на хронічні захворювання.

Список використаних джерел:

1. Наказ МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 р. «Про затвердження уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при депресії»
2. Клінічна настанова МОЗ 00716 «Депресія» і клінічна настанова МОЗ 00715 «Виявлення і діагностика депресії», 2017-08-25, створена DUODECIM Medical Publications, Ltd., Helsinki, Finland. Автор: Erkki Isometsä.
3. Стаття: «Two-step screening for depressive symptoms in patients treated with kidney replacement therapies: a cross-sectional analysis.» За авторства: Sumaya Dano, Haoyue Helena Lan, Sara Macanovic, Susan Bartlett, Doris Howell, Madeline Li, Janel Hanmer, John Devin Peipert, Marta Novak, Istvan Mucsi. Журнал: Nephrol Dial Transplant, 2023 May 4.
4. Стаття: «Psychometric Properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Protocol for a Systematic Review» За авторства: Aleksandra Nikolovski, Lara Gamgoum, Arshpreet Deol, Shea Quilichini, Ethan Kazemir, Jonathan Rhodenizer, Ana Oliveira, Dina Brooks, Sanaa Alsubheen. Збірник журналів: JMIR Res Protoc. 2022 Sep 22.