

ХАРКІВСЬКИЙ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

5-7  
ЛЮТОГО  
2025

ЗБІРНИК

# ФЕСТИВАЛЮ МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ 2025

“Медицина третього  
тисячоліття”



МІСТО-ГЕРОЙ ХАРКІВ





Prokopchuk Diana	202
HISTORY OF THE ORIGIN, DEVELOPMENT AND DEFINITION OF THE TERM "SLANG"	202
Pugach Valentyna	204
THE ATTITUDE OF FIRST-YEAR CLINICAL PSYCHOLOGY STUDENTS TO EMOTIONAL INTELLIGENCE IN EDUCATION	204
Рзаєва Нурай Асаф кизи	205
ЕТИМОЛОГІЯ ТА СТРУКТУРА НАЗВ СЕРЦЕВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	205
Serdiukova Kira	207
INFLUENCE OF ORTHODONTIC TREATMENT ON PRONUNCIATION IN ENGLISH AND UKRAINIAN-SPEAKING PATIENTS	207
Сиром'ятникова Карина Євгеніївна	209
СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛАТИНСЬКИХ ТЕРМІНІВ НА ПОЗНАЧЕННЯ СУГЛОБІВ	209
Тарасова Єлизавета Максимівна, Бондарук Данило Володимирович	211
ЛАТИНСЬКА ТЕРМІНОЛОГІЯ В ОНКОЛОГІЇ	211
Tolstova Yelyzaveta	212
LANGUAGE BARRIERS AND ADAPTATION OF STUDENTS ABROAD	212
Штонда Андрій Едуардович	214
МОВНІ ЗАСОБИ ЕМПАТІЇ У СПІЛКУВАННІ ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ	214
Shcherbina Yevgenia	216
BENEFITS OR RISKS OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICAL INSTITUTIONS	216
НЕЙРОНАУКИ	218
Борсук Дарія Іванівна	219
ГЛЮКАГОНОПОДІБНИЙ ПЕПТИД-1 (GLP-1) У КОНТЕКСТІ ЛІКУВАННЯ АДИКЦІЙ: ТЕРАПЕВТИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ ТА ОБМЕЖЕННЯ	219
Веснін Артур Вікторович	221
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУГИ	221
Гармаш Ірина Віталіївна	223
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	223
Григорян Наріне Аршалуйсівна	224
РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ: ГЕНЕТИЧНИЙ АСПЕКТ	224
Jain Shrreya	226
BENEFITS OF NAPPING: ENHANCING COGNITIVE AND EMOTIONAL RESILIENCE	226
Ivanenko Polina Serhiivna	228
DYSTONIA: A COMPREHENSIVE REVIEW OF DEFINITION, NOMENCLATURE, CLASSIFICATION, ETIOLOGY, AND TREATMENT	228
Кондратенко Анастасія Павлівна	231
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І КОМОРБІДНІСТЬ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ І РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ У ЖІНОК ІЗ ШИЗОАФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ	231
Нартова Алєся Василівна, Цебрюк Катерина Олегівна	234
ВПЛИВ ІМІТАЦІЙНИХ ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ НА РОЗВИТОК РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	234
Скобенко Марія Володимирівна	236
ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ МОДЕЛЮВАННЯ НЕЙРОГЕНЕЗУ АЕРОБНИМИ ВПРАВАМИ	236
Старкова Віолетта Дмитрівна	239
ПОРІВНЯННЯ ЗНАЧУЩОСТІ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ, ЩО ЗАЛИШИЛИСЯ ТА ВИЇХАЛИ З М. ХАРКІВ	239
Сушецька Дарина Андріївна	242
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РІЗНИХ ТИПІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ПРИ ЦУКОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ	242
Тімченко Катерина Станіславівна, Апанасенко Аліса Альбертівна	244
ПОРУШЕННЯ СНУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПІД ЧАС ВІЙНИ	244
Цебрюк Катерина Олегівна	245
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСАССОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ У ВОЛОНТЕРІВ	245
ПЕДІАТРІЯ ТА НЕОНАТОЛОГІЯ	247
Андрущенко Віра Віталіївна, Дяченко Марина Сергіївна	248
РОЛЬ ПРОТОЧНОЇ ЦИТОМЕТРІЇ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ	248
Бутко Вікторія Вікторівна	249
ЕТИОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ АПЛАСТИЧНОЇ АНЕМІЇ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ АПЛАСТИЧНИХ КРИЗІВ У ДІТЕЙ	249
Гасумова Назрін	252
ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛІТУ У ПІДЛІТКА 17 РОКІВ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	252



Conclusion. Dystonia remains a complex and challenging group of disorders to treat. Advances in classification, genetics, and pathophysiology have increased the understanding of the disease. While treatments are available, the search for specific therapies continues, and a multidisciplinary approach to treatment is essential for providing symptomatic relief. Future research should focus on understanding disease mechanisms and developing novel treatment strategies to improve the quality of life for patients with dystonia.

*Кондратенко Анастасія Павлівна*

**КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І КОМОРБІДНІСТЬ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ І РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ У ЖІНОК ІЗ ШИЗОАФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Кожина Г.М.

Актуальність. Поза межами доказової медицини досі залишається проблема одночасного поєднання декількох хвороб, у тому числі коморбідність – наявність декількох хронічних захворювань, пов'язаних між собою єдиним патогенетичним механізмом. Також, особливої уваги набуває персоніфікація допомоги. Ця проблема хвилювала лікарську спільноту протягом багатьох років, як доказ – великий перелік назв, що в історичному аспекті іменували цей термін: поліморбідність, мультиморбідність, мультифакторність, поліпатія, подвійний діагноз, плюрипатологія і багато інших. Але уніфікованої термінології донині не існує. Щорічно близько 100 млн популяції планети виявляють ознаки депресії, до того ж у жінок ризик виникнення і рецидиву депресивного розладу вдвічі вищий, порівняно із чоловіками.

Мета дослідження: вивчити коморбідність тривожно-депресивних і особистісних розладів серед жінок із розладами шизоафективного спектру для надання ефективної медико-психологічної допомоги у сучасних умовах.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 60 жінок з тривожно-депресивними розладами шизоафективного спектру, які перебували на



стаціонарному лікуванні у КНП ХОР «Обласній клінічній психіатричній лікарні №3». Середня тривалість життя із захворюванням –  $6,5 \pm 1,2$  роки. У ході дослідження для оцінки вираженості депресії і тривоги застосовувались шкали тривоги і депресії Гамільтона, опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна, а для визначення особистісних особливостей було використано Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник.

Результати. Найчастіше шизоафективний реєстр складала: шизоафективний розлад, депресивний тип (F25.1) - у 20 пацієток (33,3%), шизоафективний розлад, змішаний тип (F25.2) – у 16 пацієток (26,7%). Рідше зустрічалися інші шизоафективні розлади (F25.8) – у 20% серед обстежених жінок, шизоафективні розлади неуточнені (F25.9) – у 12 осіб (20%). У обстеженій групі під час дослідження за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна виявлено наявність тривожно-депресивних розладів різного ступеня вираженості у 98% пацієток, при цьому прояви тривоги були відзначені у 94% досліджуваних, депресії різних ступенів тяжкості – у 100% обстежених; більше ніж у половини пацієток було відзначено наявність проявів тривоги середнього ступеня вираженості (55%), у 36% обстежуваних - без клінічно значущої тривоги і у 10% пацієток - констатували виражену тривогу. Під час дослідження конституційно-особистісних особливостей за допомогою Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника було виявлено, що особистісні особливості обстежених пацієток не досягали ступеня психопатії (особистісного розладу), однак у всіх випадках можна було відзначити акцентуації тих чи інших рис характеру. Серед усіх обстежених демонстративний тип особистості зустрічався у 6 хворих (10%), застрягаючий тип особистості у 16 хворих (26,7%), дистимічний тип був виявлений у 40% випадків (24 пацієтки), тривожно-боязкий тип у 10 хворих (6,7%), у 6,6% випадків було виявлено емотивний тип особистості. За результатами тестування було виявлено, що найчастіше тривожно-депресивні розлади зустрічалися в осіб із дистимічним типом особистості. На тлі впливу психотравмуючої ситуації легко виникали депресивні розлади тяжкого і вкрай тяжкого ступеня за шкалою Гамільтона. Депресію



середнього ступеня тяжкості було виявлено у 25% хворих, їхнє виникнення було пов'язане із сімейними конфліктами. В осіб із застрягаючим типом особистості у 75% випадків було виявлено депресію важкого ступеня за шкалою Гамільтона, депресивні розлади середнього і вкрай важкого ступеня зустрічалися у 12,5% випадків. Легкий депресивний розлад за шкалою Гамільтона було виявлено у 2 пацієнток із демонстративним типом особистості. У інших випадках в осіб із демонстративним типом особистості було виявлено депресивний розлад середнього ступеня тяжкості. За тривожно-боязкого типу особистості частіше виникала депресія середнього ступеня тяжкості за шкалою Гамільтона (80%), і лише у 2 пацієнток була діагностована депресія важкого ступеня. Серед усіх обстежених емотивний тип особистості зустрічався в 5,7% випадків, і для цих пацієнток характерним був розвиток депресії середнього ступеня тяжкості. Розвиток депресії чинив негативний вплив на працездатність, на ставлення до сім'ї, самооцінку, адаптацію у соціумі.

**Висновки.** Визначення коморбідності тривожно-депресивних розладів і конституційно-типологічних особливостей особистості пацієнток шизоафективного спектру дає можливість визначити глибший рівень тривоги та депресії, поліморфізм клінічних проявів, що є фактором попередження несприятливого прогнозу захворювання, дає змогу більш диференційовано здійснювати лікувально-реабілітаційну допомогу та оптимізувати персоналізований підбір методів психотерапевтичного впливу з урахуванням особистісних особливостей хворих.