

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



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕЙРОНАУК

ЗБІРНИК ТЕЗ

Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених

Харків, 2019

УДК 616.89

A43 Актуальні питання нейронаук: Збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених (Харків 26 квітня 2019 р.) / Міністерство освіти і науки України, Харківський національний медичний університет – Харків: – 2019 – 61 с.

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск професор Г.М. Кожина

Відповідальність за якість та достовірність матеріалів несуть автори публікацій.

Elisha Reanna Selvaratham, Martin Istanzeze.
**TREATMENT OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER WITH ACUTE
MANIC EPISODE.**

Kharkiv National Medical Universiti, Kharkiv, Ukraine
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Scientific supervisor: PhD Korovina L.

Mood disorders are enough big group of pathology in a clinic of mental illness. It can manifest by symptoms of increase or decrease of emotions and formed a lot of different syndromes. When we talk about mania syndrome, basically we understanding pathological good mood.

It can be as a severe or cyclothymic, simple or psychotic mania (hyperthymic, angry, unproductive, confused), or complex (manic-delusional, confabulatory, silly).

Contingent of research consists of 10 women with schizoaffective disorder. All of them are 37 ± 2.5 years old. All the patients have psychotic mania as a main psychopathological syndrome in their clinical picture.

In our research were used clinical and anamnestic, clinical and psychopathological methods of examination.

Syndrome of psychotic mania was dominated in all group of research. All patients, during history of their disease were hospitalized due to their abnormal behavior. It manifests with pathological good mood (simple hyperthymic) or angry variant of mania. 3 patients last two exacerbations, shows a manic-delusional variant and 1 patient was with foolishness mania.

Modern treatment of schizoaffective disorder include second-generation antipsychotic. All patients have medicamental remissions, during there disease, with risperidone, amisulpride or quetiapine. This patient didn't received typical neuroleptics, electro-convulsive therapy. Activation of psychotic symptoms were observed, on average, 1.4 ± 0.9 times in 2 years.

During treatment of this exacerbation we used quetiapine and lithium drug in standard doses for patient with this nosological form.

After 1 month of such treatment all patients showed decrease of symptoms, 4 of them was in the state of remission. Contingent of research shows normalization of mood, adequate behavior, normalization of night sleep and appetite. There delusional ideas became much less actual. So, we can say that atypical antipsychotics and lithium, as a variant of combined therapy, more effective for this cohort of patients than therapy with atypical antipsychotics only.

Koampah Abena Nkansa
**COMPREHENSIVE APPROACH TO PSYCHOTHERAPEUTIC
CORRECTION OF ORGANIC AFFECTIVE DISORDERS**
Kharkiv National Medical Universiti, Kharkiv, Ukraine
Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Scientific supervisor: PhD, associate professor Strelnikova I.

We made a complex examination of 11 persons of both sexes, aged 21 - 47 years old, with organic affective disorders belonging to category F 06 ICD 10. The survey was conducted for clinical and psychopathological characteristics of organic affective disorders and the development of the principles of prevention and rehabilitation.

These results suggest that there are a number of factors that provoke the development of affective disorders in the examined patients. These are the factors related to residual-organic pathology combined genesis, stressors, information exposure, heavy loads, reducing social security and life standards of the most of Ukrainian people, the social tension in society, the need for quick response and decision-making, conflict in society, intrapersonal conflicts.

Target organs are the thymus, stomach, spleen and pancreas. They give a response to the occurrence of the above disease. This contributes to the launch of the complex pathogenesis of organic affective disorders. We studied and discussed the main types and clinical manifestations of organic affective disorders in detail.

The study showed that the clinical features of the structure of organic affective disorders determined the cause. Depending on etiopathogenetic factors there are following options of organic affective disorders: nosogenic, psychogenic, pharmakogenic and combined.

It was established that in the examined patients the depressive disorders, affective reaction, dysphoria, and obsessive-phobic disorders, rarely - hypomania fairly often. At the same time we observed the following options for depression: sadness, adynamic, hypochondriacal, anxiety and depression with depersonalization.

In this work we studied the degree of mental stress, asthenic conditions, anxiety and depression in different groups of patients according to specific diagnostic scales. The above data have allowed developing a comprehensive system of pathogenetically grounded psychotherapeutic correction of organic affective disorders.

The results showed that using of the activities make the rehabilitation complex. Its use is essential in order to achieve effective social and employment recovery in patients with organic affective disorders.

Terekhovskaya L.A., Kannappan Vignesh Chenna

CLINICAL FEATURES OF DEPRESSIVE DISORDERS OF ORGANIC AND PSYCHOGENIC GENESIS

**National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine
Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy with postgraduate course**

Scientific supervisor: PhD, Associate professor N.V. Ratsyborynska-Poliakova

Relevance: Mankind has known depressive disorder since time immemorial. 60% of all mental pathology consists of depression states. Core symptoms of depression include: depressed mood, loss of interest, reduced energy and pathological guilt. Considering the etiological and pathogenic classification of

depressive disorder, it can be classified into endogenous, organic and psychogenic depressions. Psychogenic implies that the depression results from some stress, psychotrauma occurring in the sufferer's life. Organic depressions have a wide variation in personality dimension and has a direct link to neurological disorders. Patients with organic and psychogenic depression had differed on variables like age, duration of the present attacks, past history and family history of psychiatric illness and the presence of precipitating factors. But they did not differ on other sociodemographic variables like sex, urban/rural distribution, education, marital status and religion.

Objective: To establish a difference in clinical features between the 2 groups of depression i.e. psychogenic and organic

Materials and Methods: A search was conducted for articles as regards psychogenic and organic depressions. This yielded a total of 15 articles. And these articles were reviewed. Also, a comprehensive clinical-psychodiagnostic and psychopathological examination of 67 participants was conducted on the basis of the VOKGVV.

Results: In the study, according to the results of the Zung technique, it was found that the manifestations of mild depression of situational or neurotic genesis are characteristic of 22,39% of respondents, signs of a subdepressive condition or masked depression was also 22,39%. In the presence of craniocerebral trauma acquired on the battlefield, the manifestations of mild depression of situational or neurotic genesis were found to be 21,88%, they are characterized by high levels of personal anxiety (71,43%) and a high probability of neuropsychiatric failures (71,43%), high levels situational anxiety was detected in 42, 86%; signs of a subdepressive state or masked depression – 34,38%, characterized by a high level of ST (81,82%), a high level of personal anxiety was found at 36,36%, a high probability of neuropsychiatric breakdowns – 36,36%, moreover 63,64% of them are likely in very severe conditions. Among the respondents who denied craniocerebral trauma in the history of the manifestation of mild depression of situational or neurotic genesis, 22,8% of them were characterized by high personal anxiety levels (75%) and a high probability of neuropsychiatric failures (87,5%), a high level of situational anxiety was detected in 37,5%; signs of a subdepressive state or masked depression – 11,4%, characterized by a high level of situational anxiety (100%), a high level of personal anxiety detected in 75%, high probability of neuropsychiatric failures - 75%.

Conclusion: A heterogeneous position on the origin of depressive disorders suggests that some symptoms, such as psychomotor disturbances, indicate that the subtypes are biologically distinct, and not a function of severity. Since there is no gold standard for diagnosis of depression, this method of classification plays an important role in choosing a treatment and understanding the neurobiology of depression. Comparing the signs of depression with respondents with organic and psychogenic trauma in history, it was discovered that in the presence of recorded lesions of the brain more manifestations of subdepressive state or masked depression were revealed, and in the absence of craniocerebral trauma, the presence of signs of depressive states is accompanied by a higher personality anxiety and a higher risk

of neuropsychiatric disruptions. For both groups, in the presence of signs of mild depression with situational or neurotic genesis is more pronounced personality anxiety, and with signs of a subdepressive state or masked depression - situational. With increased severity of depressive states, the probability of neuropsychiatric breakdown is reduced. Further research is needed to build a concrete distinction between these types of depression.

Абдул Самад Рашид

ПОЄДНАНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Коровіна Л.Д.

Актуальність. Розлади настрою, а саме тривога і депресія лідирують серед неспсихотичної патології. Депресивні розлади все частіше трапляються серед молодого населення і не тільки знижують їх якість життя, а благополуччя. Депресія – це не тільки поганий настрій (патологічно знижений настрій), це і зниження продуктивності через зниження швидкості мислення, зниження фізичної активності. Тому ми вважаємо, що дослідження депресивних розладів у молодого населення дуже актуальна тема.

Матеріали та методи. Ми досліджували 12 осіб, обох статей, віком 25 - 40 років. Всі вони страждали на депресію, середнього ступеня виразності. Наявний епізод був першим в їх житті. Спадковість не була обтяжена з психічних захворювань. Ми використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психо-діагностичний методи дослідження.

З наявних психометричних шкал для діагностики депресії ми вибрали шкалу Гамільтона, як найбільш поширеною серед дослідників і клініцистів.

Результати. Ми не виявили відмінності серед наших пацієнтів за макро- і мікросоціальними складовим. У клінічній картині були виявлені такі розлади: патологічне зниження настрою ($16,2 \pm 1,9$ балів за тесту Гамільтона), пізня інсомнія (тривалість сну скорочувалася в основному за рахунок ранніх пробуджень) і зниження апетиту (яке не приводило до зниження маси тіла більш ніж на 5%). Значущого когнітивного зниження хворі не виявляли. Ніхто з контингенту дослідження не виявляв психотичних симптомів.

Хворим з контингенту дослідження була запропонована комплексна терапія. Вона вміщувала в себе монотерапію антидепресантів СІЗЗС та індивідуальні сеанси когнітивно-поведінкової психотерапії один раз в тиждень 10 тижнів.

Даний підхід показав свою ефективність, так як у всьому контингенті дослідження значно (суб'єктивно і об'єктивно) знизилася виразність депресії ($7,1 \pm 1,3$ балів по тесту Гамільтона).

Таким чином, ми прийшли до висновку, що комплексна терапія депресії ефективна. Психотерапевтична корекція, а в нашому дослідженні це когнітивно-поведінкова терапія, дозволяють доповнити лікування антидепресантами і прискорити одужання пацієнтів.

Бабаєва Н.В., Перина А.В., Гаврилов К.А.
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО
РОЗЛАДУ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Стрельнікова І.М.

Актуальність: Обсесивно-компульсивний розлад - це хронічне захворювання, яке призводить до глибокої інвалідизації і негативно позначається на соціальній та економічній сфері пацієнта. Часом людина може зациклюватися на якихось речах, але якщо вам в голову нав'язливо приходять жахливі думки, навіть якщо ви намагаєтеся позбутися них, ви змушені знову і знову повторювати якісь дії. Наприклад, мити руки, можливо, у вас обсесивно-компульсивний розлад (ОКР).

Мета: Визначити клінічні особливості різних клінічних проявів ОКР, їх динаміку та наслідки з урахуванням віку, початку захворювання.

Результати: Приблизно у однієї людини з 50 в якусь мить життя може проявлятися ОКР. В рівній мірі це може бути як чоловіки, так і жінки. ОКР зазвичай починається в підлітковому або юнацькому віці. З плином часу прояви ОКР можуть посилюватися або зменшуватися, але часто люди не звертаються за допомогою на протязом багатьох років.

Головні ознаки захворювання. Повторюються думки, які змушують пацієнта відчувати тривогу - «нав'язливості» або «обсесії». Це може бути неприємні слова або фрази, уявні картинки або сумніви. Дії, які хворий робите знову і знову, які допомагають йому відчувати себе менш тривожно - «компульсії». Пацієнт може намагатися виправити або «нейтралізувати» думки, кажучи спеціальне слово або здійснюючи певні ритуали.

У виникненні ОКР певну роль можуть грати багато факторів. Один або декілька з перерахованих нижче можуть пояснити виникнення ОКР у пацієнта. У деяких випадках ОКР передається у спадок, так що іноді розлад може повторюватися в сім'ї. Стресові життєві події викликають ОКР приблизно в третині випадків. Життєві зміни, в яких пацієнту доводиться брати на себе більшу відповідальність, такі як: статеве дозрівання, народження дитини або нова робота. Якщо у Вас є ОКР, і воно триває протягом деякого часу, може розвинути дисбаланс серотоніну (нейромедіатора мозку).

Напочатку захворювання прояви охайності, педантичність, методичність допомагають пацієнту, але в подальшому призводять до декомпенсації. Хворі із надзвичайно високими стандартами моралі і відповідальності, можуть відчувати себе особливо погано, за наявності неприємні обсесивних думок до такої міри, що починає остерігатися і уважно стежити за ними, а це зробить їх появу ще більш імовірною.

Висновок: Обсесивно-компульсивний розлад неоднорідне захворювання, включає кілька взаємопов'язаних психопатологічних порушень, які розрізняються між собою за типом і функціональним значенням нав'язливості, виникнення і динаміку основних клінічних проявів, структурі, а також особливостям особистості і когнітивного особистісного стилю.

Байкенич А.В.

**ВПЛИВ ПРОДУКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ НА СОЦІАЛЬНУ
АДАПТАЦІЮ ПАЦІЄНТІВ З ІНВОЛЮЦІЙНИМ ПАРАНОЇДОМ**
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Самардакова Г.О.

Актуальність. Інволюційний параноїд - психічне захворювання відноситься до групи хронічних маячних розладів, що характеризується найчастіше інтерпретативним монотематичним систематизованим маренням переслідування або збитку. Захворюваність - 25-30 осіб на 100000 населення. Хворіють в основному жінки 45-65 років, що безпосередньо пов'язано з настанням менопаузи. Результат відносно сприятливий, формування особистісного та когнітивного дефектів не характерно.

Метою дослідження було визначення впливу продуктивної симптоматики на соціальну адаптацію, а також визначення особистісних особливостей хворих.

Матеріали і методи: було відібрано 11 пацієнтів ПНД з діагнозом Інволюційний параноїд на різних етапах розвитку захворювання (гострий початок або часткова ремісія). Проведено детальне опитування і спостереження з метою визначення інтенсивності продуктивних синдромів та їх впливу на поведінку хворих. Використаний опитувальник для визначення індивідуальних психологічних якостей кожного. Для дослідження були обрані: Шкала оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS), Опитувальник EPQ (Методика Г.Айзенка).

Результати дослідження: За шкалою PANSS: були виявлені високі показники Ворожості (P7), підозрливості (P6) і маревні ідеї (P1) у тривало хворіючих і відносно високі показники у які вперше звернулися, а також великі значення P3 (галюцинації), P4 (збудження) в гострому періоді і відносно малі їх значення в періоді часткової ремісії. Завжди позитивний Композитний індекс.

За опитувальником EPQ виявлені високі показники Щирості (вище 10 балів), відповідальності за свої вчинки, схильності до самоаналізу і переваги бути наодинці з собою.

Висновки: В результаті проведеного клініко-психологічного та психодіагностичного дослідження показало домінування продуктивної психосимптоматики (марення, галюцинації), які викликали ворожу налаштованість і агресивність хворих, остання курувалася фабулою хворобливих переживань. Високі показники Щирості (вище 10 балів), відповідальності за свої вчинки, схильності до самоаналізу і інтроверсії, свідчить про невідвертості випробуваного (Щирість більше 10 балів) отже, про часткове неусвідомлення своїх вчинків і дій на момент хвороби, схильності до самостійності, недостатності прагнення до постійним контактам з соціумом.

Борисенко М. В.
МУЗИКОТЕРАПІЯ ЯК ФАКТОР ПОКРАЩЕННЯ КОГНІТИВНИХ
ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: завідувач кафедри, д. мед. н., проф.

Скрипніков А.М.

Розумова відсталість досить розповсюджена патологія в світі, з тенденцією до росту патології. Не є виключенням і Україна, де середні показники в популяції сягають 1-3%. При цьому близько 75% - це особи з легкою розумовою відсталістю, що при певних обставинах, можуть досить добре інтегруватись в суспільство. В той же час олігофренії є неабиякою не тільки медико-педагогічною, але й соціальною проблемою, що потребує комплексного підходу до її вирішення. Пацієнти з даною патологією складають більше третини пролікованих в умовах дитячо-підліткового психіатричного стаціонару, при цьому в більшості мова іде про корекцію поведінкових порушень в межах розумової відсталості, що значно дезадаптують їх у суспільстві та порушують навчання в шкільних колективах.

Метою нашої роботи була оцінка ефективності впливу музикотерапії на когнітивні порушення у дітей із розумовою відсталістю.

Нами застосована групова проєктивна методика «Намалюй свій настрій» (М.О. Шевченко 2014), яка використовувалась у відношенні 40 пацієнтів з діагнозом розумова відсталість за МКХ-10 (F70-79), що знаходились на стаціонарному лікуванні в дитячо-підлітковому відділенні Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева, переважно з поведінковими розладами. Пацієнти були розділені на дві клінічні групи: першу групу склали 16 пацієнтів з проявами торпідної олігофренії, другу – 24 пацієнти з клінікою еректильної олігофренії згідно медичної документації.

Перевагами проєктивної методики «Намалюй свій настрій» є простота проведення та зрозумілість для пацієнтів навіть із значними порушеннями комунікації, достатня інформативність отриманих результатів. Дану методику застосовували для кожного пацієнта двічі, з середнім інтервалом часу близько одного тижня, не залежно від етапу активного лікування. Перший раз її використовували в традиційній формі, повторно – на тлі прослуховування музичної композиції А. Вівальді «Пори року».

Аналіз малюнків проводився за такими критеріями як дезорганізованість, схематичність, спотворення ліній, відхилення від вертикалі, порушення симетрії, розпад форми, колірність малюнка та його назва.

За оцінкою психологічного аналізу змісту малюнків в першій групі відмічене покращення різного ступеня на тлі музикотерапії в 13 обстежених, а у другій групі – в 22.

Отримані результати свідчать про досить значний позитивний вплив навіть одноразового застосування музикотерапії на прояви творчості, а отже і активацію пізнавальної діяльності, у дітей з розумовою відсталістю, що необхідно використовувати як у педагогічній діяльності так і у комплексі

лікувально-реабілітаційних заходів, враховуючи малозатратність та простоту даного методу.

Вашкіте І.Д.

**МОДЕЛІ СУПЕРВІЗІЇ В ПСИХОТЕРАПІЇ, ЩО РОЗВИВАЮТЬСЯ
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: завідувач кафедри, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

Психотерапевти, як і представники будь-якої професійної групи, особливо що працюють в сфері «професій, що допомагають», не народжуються самі по собі, але проходять певні стадії розвитку, які починаються з засвоєння простих, конкретних компетенцій, а далі, як по сходинках, рухаються в бік оволодіння все більш комплексними, узагальненими одиницями.

Горизонтальний підхід в супервізії для різних професійних сфер відноситься до тієї моделі супервізії, що розвивається в психотерапії. Європейська Асоціація Супервізії (ANSE) визначає супервізію як форму консультування, спрямовану на впевненість і розвиток якості комунікації і співпраці в різних професійних сферах. При цьому супервізор є незалежним фахівцем, а процес супервізії відбувається між супервізантом і супервізором (практикуючим фахівцем у своїй професії), де кожен діє в рамках своїх професійних стандартів) на умовах партнерства.

У європейській моделі консультування – це процес, під час якого консультант і клієнт детально розглядають певну ситуацію, висловлюють думку щодо даної ситуації і аналізують її. Така форма дозволяє сформувати конструктивне спілкування, яке спрямоване на опрацювання і вирішення особистих проблем, при цьому клієнт може усвідомити вже зроблений вибір. У процесі такої форми консультування відбувається обмін інформацією, під час якого можна ділитися емоціями.

Особливістю такої форми супервізії є емоційна підтримка, досягнення розуміння, що дозволяє клієнту усвідомити всі можливості самодопомоги. Клієнт має можливість визначити і змодельовати можливі наслідок вже скоєних ним дій, отримати підтримку при прийнятті усвідомленого і зваженого рішення.

Основним завданням такої форми супервізії є пояснення індивідуальних і системних процесів людської діяльності, а також процесів взаємодії. Предметом супервізійної роботи служать внутрішні психологічні процеси і питання взаємодії.

Вітько А. А.

**ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ
ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Керівник: асистент кафедри, к. мед. н. Борисенко В. В.

Актуальність. Проблематика депресивних розладів у сучасному світі посідає вагомe місце не лише серед психо-неврологічної патології, а й в загальній лікарській практиці. За даними ВООЗ, в європейському регіоні на депресію та тривожні розлади страждають близько 25% населення. Депресія похилого віку є важливою складовою серед загальної захворюваності на цю патологію. Наявність порушень у когнітивній сфері при затяжних депресивних розладах можуть свідчити про подальше прогресування хвороби та появу деменції. На ранніх стадіях захворювання додементні когнітивні порушення мають важливе діагностичне значення, так як легше піддаються терапевтичній корекції.

Метою даної роботи є вивчення та уточнення легких форм порушень когнітивних функцій у хворих на депресію пацієнтів похилого віку.

З метою проведення дослідження були обстежені 32 пацієнти, що мають депресію, віком від 55 до 75 років. Для збору інформації використано напівструктуроване клінічне інтерв'ю з використанням психопатологічного обстеження: Короткої шкали оцінки психічного статусу (MMSE) та тесту «Батарей лобної дисфункції». Також враховувались дані медичної документації хворих.

За даними дослідження, пацієнти похилого віку, що, як відомо з анамнезу, страждають на затяжну депресію з тенденцією до прогресування, мають легкі порушення когнітивних функцій, що проявляються зниженням швидкості виконання поставлених задач та нерівномірною ефективністю у виконенні цих задач. Також відмічаються легкі порушення пам'яті. Усі вищевказані симптоми посилюються за рахунок швидкої втомлюваності та емоційної лабільності. Пацієнти, що анамнестично мають випадки депресивних розладів, що мають періодичний чи стабільний характер, є менш підверженими порушенням з боку когнітивної сфери.

Отримані результати свідчать про те, що легкі порушення когнітивних функцій мають місце при затяжних прогресуючих депресивних розладах похилого віку. Отже, можемо зробити висновок, що необхідно приділяти більше уваги пацієнтам з такими формами захворювання для вчасної корекції лікування, контролю стану та профілактики деменції, яка може з часом проявитися при прогресуванні цих порушень.

Волков І. А.

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ
РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ НА ТРЕТИННОМУ РІВНІ ДОПОМОГИ**

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО

Науковий керівник: докт.мед.наук, професор Римша С.В.

Актуальність: Близько 50% осіб, які звертаються за медичною допомогою, страждають від недіагностованих, але поширених порушень: тривоги і депресії(О.О.Хаустова, О.В.Бушинська, О.В.Прохорова,

С.Г.Сахно,2014). За результатами досліджень (О.С.Чабан,Л.Н.Юрьєва, Е.А.Хаустова, А.Й.Мамчур, А.Е.Николенко, О.Н.Барна,2016) 64,7% лікарів повідомляли, про використання клінічного протоколу “Депресія” в своїй діяльності, рекомендовані ним скринінгові методики діагностики депресії, тривоги, соматоформного розладу від 58,8% на первинній ланці, 80% на вторинній та до 50% на третинній. Соматоформні розлади – соматичні синдроми, складовою яких є підвищена тривога та депресія. Їх не можна пояснити органічними захворюваннями, вони не є вторинними наслідками іншої психічної симптоматики, але потребують додаткової діагностики, через що на них витрачається близько 20% бюджету закладів охорони здоров'я. Вище означене актуалізує поетапне дослідження хворих для вчасної діагностики соматоформного розладу.

Мета: дослідити наявність ознак непсихотичних порушень у підлітків, що отримують спеціалізовану медичну допомогу .

Матеріали та методи: опитувальник РНQ-15, РНQ-9, опитувальник тривожності Спілбергера, опитувальник дитячої депресії Ковач, загальні аналізи сечі, крові, інструментальні методи дослідження. Досліджувані учні 6-11 класів ЗОШ, що перебувають під наглядом лікарського закладу більше 2 років

Результати: у 92% досліджених середні значення РНQ-15 склали 8,7 балів, що відповідало легкій вираженості соматичних симптомів. У 36,6% середня вираженість депресивної симптоматики за РНQ-9 склали 7,66 бала, що відповідало легким проявам депресії. При додатковому обстеженні опитувальник дитячої депресії Ковач вказував на наявність ознак депресії у 11,2% досліджуваних, у 7,5% виявлялась субдепресія, у 25,8%- легке зниження настрою. За опитувальником Спілбергера - у 32% спостерігалась виражена особистісна тривога, у 53,9% - помірна, у 13,6% спостерігалась висока реактивна тривога, у 58,6% - помірна. У 30,8% висока особистісна тривога поєднувалась з високою реактивною тривогою. У 24 - 36 % госпіталізованих пацієнтів відділень, відсутні або межові ознаки патології, що підтверджується відсутністю змін у сечі, крові та відсутністю змін при інструментальних та додаткових обстеженнях.

Висновок: Скринінгові дослідження та додаткові обстеження госпіталізованих на третинний рівень підлітків вказують на недіагностовану соматизацію існуючих симптомів захворювань. На неспеціалізованому рівні допомоги не діагностовані депресивні порушення у 18,7 %, крім того у 25,8% мають місце межові порушення настрою. Емоційно-вольові та поведінкові розлади, порушення адаптації в соціальному середовищі, свідчать про формування соматоформного розладу, як непсихотичної форми психічних порушень.

Гриценко А.С.

ОЦІНКА ВЗАЄМОВІДНОСИН ДІТЕЙ ТА ЧЛЕНІВ ЇХ СІМ'Ї, НА ПРИКЛАДІ РІЗНИХ МОДЕЛЕЙ РОДИН

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: к.мед.н., ас. Кожина Г.М.

Актуальність. На сьогодні питання взаємовідносин є дуже актуальним. Сучасний світ змінив відносини в родині. У батьків все менше часу на дітей, а дітям зручніше спілкуватися з друзями та однолітками, ніж з рідними. «Гарні стосунки з мамою – це запорука здоров'я та матеріального добробуту, з татом – успіху в соціальному світі».

Мета. Оцінити взаємовідносини між дітьми та членами їх сім'ї в різних по складу родині.

Матеріали та методи. Для того щоб дослідити взаємовідносини дітей та членів їх родин було використано арт-терапію, а саме тест–проективну методику «Баран у пляшці». В дослідженні приймали участь 11 дітей (з них 6 дівчат та 5 хлопців) віком від 7 до 14 років (7-10 років – I група, 11-14 років – II група). Дітям було запропоновано зобразити барана в пляшці та розповісти про те як він там опинився, як відчуває себе в пляшці та чи хоче з неї вийти. Також, було проведено тест «Цветик-восьмицветик» з I групою та методику Рене Жиля з II групою. Дослідження проводилося на базі КЗОЗ «Обласний багатопрофільний дитячий санаторій».

Результати. Перша група – 5 дітей (3 дівчинки та 2 хлопчика) в тесті «Цветик-восьмицветик» показала, що у 4 (80%) дітей з мамою активна взаємодія (червоний колір) – весела та активна для них людина, але можливі нестабільність в їх відносинах та оцінці дій дитини. 1 (20%) дівчинка вибрала для мами фіолетовий колір – ігнорування мами як члена родини, відсутність авторитету. У всіх дітей батько асоціюється з чорним кольором – агресія. Можливий фізичний або психологічний тиск з його сторони, що веде до стійкого конфлікту між ним та дитиною. Також всі діти обрали для свого брата чи сестри жовтий колір – «разом, поруч, близько». Це свідчить про те, що між ними є емоційна залежність, вони мають значення одне для одного та задовольняють потребу в піклуванні.

Друга група дітей проходила методику Рене Жиля – 6 дітей (3 дівчинки та 3 хлопчика). Нами було виявлено, що 5 (83,3%) дітей мають більш теплі відносини з мамою, а 1 (16,7%) (хлопчик 12 років) – з татом. Також серед робіт є робота в якій хлопчик (14 років) в № 11, 12, 18, 19, 40 зазначав свою дівчину, з якою в нього за його словами серйозні відносини. ще один хлопчик в № 5, 10, 11, 13, 17, 30, 34, 40 (майже зібравши весь блок «дружба») надавав перевагу другу, а не родині, що говорить про більший рівень довіри та взаєморозуміння з другом, ніж з сім'єю. В тесті №5 роль голови віддали бабусі – 4 (66,7%) дитини, а батьку – 2 (33,3%). При чому діти обирали місце біля головного. В блоці тестів, що призначені для взаємовідносин дітей та вчителів, лише 2 (33,3%) дитини (дівчинка 11 років та хлопчик 12 років) показали задовільний результат.

Тест–проективну методику «Баран у пляшці» пройшли всі 11 дітей. Нами було отримано такі роботи: 7 (63,6%) робіт-малюнків з пухнастими та щасливими баранами – свідчить, що 7 дітей мають сприятливий клімат в родині та їм там зручно. А ось наявність у барана рогів та копит свідчить про

боротьбу за свою точку зору, не було малюнків де б у барана відсутні роги та копита, щось одне було присутнє на всіх малюнка: 6 (54,5%) малюнків рога + копита, 3 (27,2%) малюнка – тільки рога, 2 (18,2%) – тільки копита. Проте наявність в пляшці води та/або їжі – це умови, що створили батьки для зручного перебування дитини в родині, таких малюнків – 4 (36,4%), однак вони закриті, що наптовхує на думку про надмірну опіку над дитиною. М'які та плавні форми пляшки навпаки говорять про потребу дитини в матері, її турботі, увазі – 3 (27,2%) дітям цього не вистачає. На 2 (18,2%) роботах-малюнках баран твердо та впевнено стоїть – це показує нам, що дитина відчуває стабільність та впевненість в своїй родині. На 8 (72,7%) роботах-малюнках простір пляшки був заповнений різноманітними елементами природи та декору, що вказує на надмірну опіку над дитиною, але дитина не проти такої опіки, але це може стати приводом для соціальної невпевненості дитини. Було зображено 4 (36,4%) розбиті пляшки – це свідчить про психологічні травми пов'язані з родинною. Робота-манюнок на якій є пляшка з-під спиртного напою свідчить про зацікавленість в алкогольних напоях або вже зловживання ними. Під час роботи над малюнком в 3 (27,2%) дітей були наміри намалювати пляшку зі спиртного, але наважився лише 1 (9%) (хлопчик 13 років). Також були не типові малюнки – водяний баран (дівчинка пояснила, що в пляшці має бути вода, виходячи з цього баран там плаває та йому там зручно), баран в пляшці з дверима та планшетом для ігор. Зі слів дівчинки йому там добре, але якщо виникне потреба він зможе вийти через двері. Ще був баран з маленькими ріжками та без копит в пляшці без пробки, але йому було в ній не зручно і він хотів вийти.

Висновки. Отже, більшість дітей контактують та схиляються до матері, але вони мають надмірну опіку або ,навпаки, потребують її уваги та турботи. Майже у всіх дітей напружені взаємовідносини з батьком. Дві дитини мають друга/подругу (дівчину) якому довіряють як батькам, або навіть більше. Також за допомогою тест-методик було виявлено психологічні проблеми в родинях, що можливо через агресію батька до дітей та зацікавленість дітей алкоголем. Рекомендовано таким родинам відвідувати психологічні тренінги для покращення взаємовідносин в родині та усунення конфліктів між її членами.

Дегтяр К.О., Гриценко А.С., Онікова А.О.

**ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ АВТОНОМНОЇ СЕНСОРНОЇ
МЕРИДІОНАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ**
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: завідувач кафедри, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

Актуальність. Автономна сенсорна меридіональна реакція (АСМР) недостатньо досліджений сенсорний феномен, при якому люди відчувають поколювання, повзання мурашок у ділянці шкіри голови та шиї, а іноді ще й в інших ділянках у відповідь на специфічні звукові або візуальні тригери. Стан після стимуляції супроводжується відчуттям розслаблення та спокою. На даний час дослідження ідентифікують декілька загальних тригерів: шепітна

мова, чіткі звуки та повільні рухи. Є дані, які інтерпретують, що використання АСМР покращує симптоматику при депресивних розладах, а також знижують рівень хронічного болю.

Мета. Вивчення зміни рівня тривожності після стимуляції АСМР (за допомогою перегляду відеороликів).

Матеріали та методи. У дослідженні приймали участь 20 студентів Харківського національного медичного університету(16 дівчат та 4 хлопці). Було проведено онлайн-анкетування з використанням методики Спілберг-Ханінга, а також подальший математичний аналіз.

Результати. Опитування проводилося двічі, до перегляду АСМР-відео та після. Під час вхідного контролю за допомогою онлайн-анкетування виявили, що в 10 студентів (50%) високий рівень тривожності, у 6 (30%) – помірний рівень, а в 4 (20%) – низький. Під час вихідного контролю після перегляду відеозапису рівень тривожності в 6 студентів (30%) був високий, у 8 студентів (40%) – помірний, у 6 (30%) – низький. За зібраними даними можна спостерігати позитивну динаміку.

Висновки. Дані результати дозволяють зробити висновки, що стимуляція автономної сенсорної меридіональної реакції безпосередньо впливає на зниження рівня тривожності. Отже, необхідно сконцентруватися на більш детальному вивченні механізмів впливу АСМР на стан та почуття людини.

Демченко О. В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДО УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА ПРИКЛАДІ АРТ-ТЕРАПІЇ

**Запорізький державний медичний університет МОЗ України,
Запоріжжя, Україна.**

**Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології,
наркології та сексології**

Науковий керівник: к.мед.н. Данілевська Н. В.

Проведення Операції об'єднаних сил (ООС) на території окремих районів Донецької на Луганської областей України невід'ємно пов'язане із впливом ряду чинників – гострого та хронічного характеру, асоційованих із бойовими діями, на психологічний стан військовослужбовців, які беруть участь в ООС. Даний факт передбачає проведення лікувальних та профілактичних заходів, спрямованих на підтримання психологічного благополуччя військовослужбовців.

Слід зазначити, що негативний вплив на психологічний стан військовослужбовців здатні чинити не лише психотравмуючі ситуації, напряду пов'язані із бойовими діями, але й порушення стану соматичного здоров'я під час несення служби. Виникнення соматичного захворювання, в тому числі такого, що потребує тривалого курсу лікування, не виключає ризик дестабілізації психологічного стану військовослужбовців у майбутньому, що може вплинути на комплаєнс до терапії основного захворювання, подальшу їх

соціальну адаптацію та якість виконання службових обов'язків. Тому профілактика розвитку нозо- та соматогенних психічних розладів також не може залишатися поза увагою медичної ланки у контексті реабілітації військовослужбовців. Вищевказане стало передумовою для актуалізації питання психореабілітації учасників бойових дій, які знаходяться на стаціонарному лікуванні.

Зважаючи на поширеність волонтерського руху в Україні, залучення цивільних волонтерів психологів та психотерапевтів до психокорекційної роботи із військовослужбовцями може розглядатися як раціональна і водночас доступна для реалізації практика.

Мета дослідження: проаналізувати ефективність групової арт-терапії, впроваджуваної у рамках волонтерської допомоги, як засобу психокорекції та підтримки стану психологічного благополуччя у військовослужбовців-учасників бойових дій, які проходять стаціонарне лікування.

Матеріали дослідження: відповідно до вимог законодавства України, було обстежено 36 військовослужбовців-учасників ООС, які на час проведення дослідження знаходилися на стаціонарному лікуванні та, у якості доповнення до основного комплексу лікувальних заходів, виявили бажання взяти участь у психокорекційних заняттях із волонтерами психологами та психотерапевтами із залученням методу арт-терапії у вигляді групових занять. Серед пацієнтів у 7 військовослужбовців, окрім основного соматичного захворювання, була наявна психопатологічна симптоматика із переважанням депресивного синдрому (надалі перша група – Г1). У 14 військовослужбовців, окрім соматичного захворювання, була виявлена психопатологічна симптоматика із переважанням астеничного та астено-невротичного синдромів (надалі друга група – Г2). У 16 військовослужбовців була наявна лише соматична патологія, психопатологічна симптоматика була відсутня (надалі контрольна група – КГ).

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний.

Результати дослідження: Результати дослідження продемонстрували, що після завершення психокорекційної роботи в 85,71% військовослужбовців з Г2 та в 71,43% військовослужбовців з КГ спостерігалось підвищення мотивації до подальшого несення служби, в 33,33% військовослужбовців з Г2 та 57,15% військовослужбовців з КГ підвищився комплаєнс до терапії, дані хворі заявили про збільшення мотивації до лікування соматичного захворювання, 66,66% військовослужбовців з Г2 і 14,29% військовослужбовців з КГ – до підтримки психологічного благополуччя. Про значне поліпшення психологічного самопочуття за даними інтроспекції після проведення арт-терапії заявили 2,75% військовослужбовців з Г2 і 2,55% з КГ. Увесь контингент як Г2, так і КГ відмітив підвищення емоційного фону після завершення психокорекційних занять. Більшістю пацієнтами з Г2 та КГ залучення волонтерів сприймалося як показник уваги та турботи до військовослужбовців з боку суспільства, дане розуміння виступало одним з компонентів позитивної динаміки за результатами психокорекційної роботи.

Діаметральні результати були отримані в Г1, де, незважаючи на формальну згоду щодо участі в психокорекційних заняттях, дані пацієнти прагнули дистанціювання як від інших учасників групи, так і від волонтерів, виявляли резистентність до психокорекційних впроваджень і, в значному числі випадків, закінчували участь у психокорекційних сеансах передчасно, відмовляючись від продовження.

Висновки. Впровадження психокорекційних заходів із залученням арт-терапії у вигляді групових занять є ефективним і раціональним серед військовослужбовців із астеничним та астено-невротичним синдромами, а також серед психічно здорових військовослужбовців. Використання групової арт-терапії серед контингенту з депресивним синдромом є нераціональним та не рекомендується через ймовірність виникнення парадоксальних реакцій; для даної групи пацієнтів потрібна модифікація форми та / або методів психокорекційних занять.

Довгалюк А.О.

ВПЛИВ ТЕАТРОТЕРАПІЇ НА ЛЮДЕЙ З ЛЕГКИМ СТУПЕНЕМ РОЗУМОВОЇ ВІДСТАЛОСТІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра психіатрії, наркології, та медичної психології

Науковий керівник:завідувач кафедри, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

Актуальність. Актуальність вивчення проблем людей з розумовою відсталістю обумовлена різноманітністю етіології, клінічним поліморфізмом, зростанням розповсюдженості, невеликою ефективністю лікування та соціально-правовими аспектами в цій групі. Останнім часом відмічається ріст злочинності серед людей з розумовою відсталістю. Все це свідчить про низький рівень зайнятості та благополуччя цієї категорії людей. Порушення мови, когнітивної, емоційно-вольової та комунікативної сфер заважає людям з розумовою відсталістю працевлаштовуватися. Психокорекційні заходи у сфері театротерапії сприяли б розвитку уражених сфер та трудовій діяльності надалі.

Мета: оцінка впливу театральної терапії на емоційно-вольову сферу, самооцінку, пам'ять та увагу; обґрунтування психокорекційних заходів.

Матеріали та методи: в дослідженні взяло участь 20 акторів театру «Дорога добра» 18-30 років з легкою розумовою відсталістю. Діагностика була проведена завдяки використанню таких методик: дослідження пам'яті («Тест 10 слів»), уваги (методика «Переплутані лінії»), емоційного стану («Тест Люшера»), вольові якості («Самооцінка сили волі»), самооцінки методом Дембо-Рубінштейн.

Результати. Протягом 3-х місяців тривало дослідження, третина досліджуваних приймала ноотропні препарати. Перше тестування відбулося на початку досліду і відобразило: тривожність у 70%, низький рівень уваги у 40%, завищену самооцінку у 80%, низький рівень пам'яті у 40% і слабку силу волі у 55%. Через місяць експерименту було проведено проміжні тести, які показали позитивну динаміку за даними ознаками. Заключні тести показали:

тривожність у 45%, слабку увагу у 25%, завищену самооцінку у 55% (формування адекватної самооцінки), слабку пам'ять у 30%, низький рівень вольової сфери у 35%.

У процесі дослідження були розроблені оптимальні принципи психокорекційних заходів роботи з людьми, що мають легку розумову відсталість: групова і індивідуальна робота, відстеження динаміки, етапність, регулярність, мотивація, доступність, наочність.

Висновки. В ході дослідження було відзначено позитивний вплив театральної терапії на емоційно-вольову сферу та когнітивну сфери, а також формування адекватної самооцінки; були розроблені принципи психокорекційної роботи з розумово відсталими людьми в умовах театру з урахуванням їх особливостей розвитку.

Животовська А. І.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Керівник: завідувач кафедри, д. мед. н., проф. Скрипніков А.М.

За даними різних епідеміологічних досліджень, поширеність тривожних розладів у популяції досягає 6,5%, у загальномедичній мережі – до 15%, а протягом життя становить до 25%. В зв'язку з відносною вираженістю цих симптомів виникає порушення міжособистісної, соціальної і трудової адаптації. Основу дезадаптованої поведінки становить конфлікт, під впливом якого поступово формується неадекватне реагування на умови та вимоги середовища. У зв'язку з вищевикладеним, актуальним питанням залишається вивчення ролі та значення емоційних порушень у ланцюгу формування тривожних розладів, що дозволить здійснювати проведення диференційованої терапії.

Метою дослідження було дослідження психоемоційної сфери пацієнтів з тривожними розладами в залежності від стану соціальної адаптації.

Проведено комплексне обстеження 23 пацієнтів (16 жінок, 7 чоловіків) віком від 25 до 53 років, у яких за МКХ-10 діагностовано тривожно-фобічні та інші тривожні розлади (F40-41). Оцінка стану хворих проводилася за допомогою клініко-психопатологічного, патопсихологічного, статистичного методів дослідження. Тривожну симптоматику визначали за клінічною шкалою тривоги (CAS). Дослідження психоемоційного стану здійснювали за методикою «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана, Д. Рікса, що складається з чотирьох блоків, кожний з яких має по 10 висловлювань. Методика вимірює показники «спокій – тривожність», «енергійність – втомленість», «піднесеність – пригніченість», «відчуття впевненості – відчуття безпорадності» за 10-бальною шкалою. Діагностику поведінки особи в конфліктній ситуації проводили за допомогою опитувальника Томаса "Визначення способів регулювання конфліктів" в адаптації Н. В. Гришиної. Для оцінки стану соціальної адаптації використовували адаптовану анкету (Н.

К. Ліпгарт, В. П. Радченко, 1982), що містить характеристику трудових установок (ТУ), міжособистісних відносин (МВ), кола інтересів (КІ) по 4-бальній шкалі. Всі пацієнти були розподілені на три групи: в 1 групу включено 6 пацієнтів з невираженою дезадаптацією з показниками ТУ, МВ, КІ до 2 балів; в 2 групу – 10 осіб з помірно вираженою дезадаптацією при ТУ, МВ, КІ до 3 балів; в 3 групу – 7 осіб з вираженою дезадаптацією при ТУ, МВ, КІ до 4 балів.

За аналізом результатів оцінки психічного стану обстежених із використанням шкали CAS встановлено, що серед симптомів тривоги достовірно вище у осіб 3 групи порівняно з 1 групою було відчуття психічної напруги ($3,0 \pm 0,33$ та $1,8 \pm 0,34$ балів відповідно, $p=0,03$) та неспокійні думки ($3,1 \pm 0,28$ та $2,2 \pm 0,18$, $p=0,02$). Аналіз психоемоційного стану за методикою А.Уессмана – Д.Рікса показав, що середній показник «спокій–тривога» в 1 групі склав $5,3 \pm 0,54$ бала, в 2 групі – $4,4 \pm 0,32$ в 3 групі – $3,7 \pm 0,45$; «енергійність–втома» – $5,0 \pm 0,49$ бала, $4,5 \pm 0,36$ та $4,3 \pm 0,45$; «піднесеність–пригніченість» – $4,8 \pm 0,52$ бала, $4,5 \pm 0,45$ та $4,4 \pm 0,62$; «впевненість–безпорадність» – $5,2 \pm 0,52$ бала, $4,8 \pm 0,52$ та $3,4 \pm 0,4$ відповідно. При цьому у осіб 3 групи порівняно з 1 групою достовірно переважала тривога ($p=0,04$) та безпорадність ($p=0,02$), загальна оцінка була нижче в 3 групі – $15,8 \pm 0,48$ бала порівняно з 2 групою ($18,2 \pm 0,41$) та 1 групою ($20,3 \pm 0,52$, $p<0,05$). За опитувальником Томаса у пацієнтів 1 групи домінувала стратегія співпраці (66,7%), в 2 групі – уникання (30,0%) і компроміс (40,0%), пацієнти 3 групи використовували переважно малоефективні стратегії – суперництво і уникання (42,8%).

Таким чином, наведені особливості психоемоційного стану пацієнтів з тривожними розладами можуть бути мішенями при проведенні психотерапевтичної роботи, диференційованої в залежності від стану соціальної адаптації.

Какуліді У.О.

ОСОБЛИВОСТІ СПИННОМОЗКОВОЇ РІДИНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНИХ ЕНЦЕФАЛОПАТІЯХ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Борисенко В. В.

Спинномозкова рідина є однією з важливих біологічних рідин організму, що має безпосереднє відношення до стану головного мозку при різних патологічних станах. В основному вивчення складу спинномозкової рідини при психічних захворюваннях, в тому числі при алкогольних енцефалопатіях, стосувалося її біохімічного складу. Згідно з поширеною думкою, основні показники рутинної лікворограми при алкогольних енцефалопатіях не виходять за межі нормальних показників і їм надають значення лише для виявлення супутньої патології (запальних захворювань, внутрішньочерепних крововиливів, травм головного мозку та ін.). В той же час алкогольні енцефалопатії протікають на тлі глибоких структурно-функціональних і

біохімічних змін в головному мозку, які повинні якимсь чином проявлятися на показниках лікворограми.

Метою роботи було проведення кількісного аналізу показників спинномозкової рідини у хворих алкогольними енцефалопатіями для виявлення можливих статистично достовірних відмінностей з показниками лікворограми у здорових осіб.

Для вирішення поставленої мети нами проведений аналіз 32 лікворограм пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні реанімації та інтенсивної терапії Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева з діагнозами алкогольних енцефалопатій за період 2017-2018 рр. Для порівняння досліджені показники спинномозкової рідини 15 хворих, які анамнестично не зловживали алкоголем, яким це дослідження призначалося з діагностичною метою, і були отримані результати, що не виходять за межі норми.

Отримані дані свідчать, що у пацієнтів вивчених груп рівень загального білка в спинномозковій рідині практично не відрізнявся і не виходив за межі норми. Виявлена статистично достовірна відмінність в рівні глюкози в спинномозковій рідині між досліджуваними групами пацієнтів, при цьому у хворих алкогольними енцефалопатіями рівень глюкози був нижчий, ніж у осіб, що не зловживали алкоголем ($p < 0,01$). Рівень цитозу в досліджених групах також достовірно відрізнявся. Він був помітно вище у непитущих і нижче - у хворих алкогольними енцефалопатіями ($p < 0,01$).

Таким чином, отримані результати не є прогностично та діагностично значущими і не виходять за допустимі межі, але свідчать про підвищене споживання глюкози мозком і недостатність механізмів її активного транспорту через гематоенцефалічний бар'єр в гострому періоді алкогольних енцефалопатій. Знижений цитоз при досліджуваній патології може підтверджувати думку про вагомий роль процесів супресії імунних механізмів мозку в розвитку клінічних проявів, так як в спинномозковій рідині при нормальних показниках в клітинному складі основу складають лімфоцити, моноцити.

Виявлені лабораторні особливості алкогольних енцефалопатій слід враховувати при трактуванні її клінічних проявів і підборі адекватної медикаментозної терапії як власне психотичного стану, так і попередніх етапів алкогольної залежності.

Каплюх О.М.

ОЦІНКА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРИ ОРГАНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра психіатрії, наркології, та медичної психології

Науковий керівник: завідувач кафедри, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

Актуальність. Органічні захворювання, розвиваються при більшості захворювань головного мозку. Виявлення якісних особливостей порушень

когнітивних функцій має велике значення для топічного і нозологічного діагнозу захворювань. Слід пам'ятати, що рання нозологічна діагностика захворювань з клінікою когнітивних порушень є запорукою успішності терапії.

Захворювання цього кола, етіопатогенетично різного походження, носить різноманітний характер. Осьовий синдром клінічної картини - розлад свідомості, в якому можуть супроводжуватись розгубленість, афективна насиченість переживань, порушення сприйняття, а в подальшому - деформація особистості. Причому разом з епілептоїдним, паранояльним і експлозивним варіантами розвитку відзначаються неврозоподібний, істероформний, імпульсивний, шизоїдний, тривожно-недовірливий і іпохондричний варіанти, - тобто уся гамма варіантів невротичного або психопатичного розвитку, залежно від провідної індивідуально-особової тенденції.

Матеріали та методи. В рамках дослідження ставилося завдання порівняти тяжкість когнітивних порушень які призводять до втрати працездатності та інвалідизації, різної етіології на прикладі судинної та Альцгеймерської деменцій. Було обстежено 40 пацієнтів, які приходили на прийом до ПНД №3.

Результати. У даній роботі порівнювалася характеристика працездатності за 2-ва роки. З 40 людей у віці 52-90 років, із них 19 чоловіків (47,5%) та 21 жінка (52,5%). Виявлено, що у 67% втрачена працездатність і була дана група інвалідності.

Висновок. Відповідно, склавши характеристику непрацездатності пацієнтів з оганічним захворювання головного мозку, можна сказати, що дане захворювання дуже актуальне на теперішній час. Тяжкість проявів деменції мало залежна від віку, освіти, а в більшій мірі від етіології деменції. Кількість пацієнтів з кожним роком зростає, відповідно і зростають втрати працездатності. Тому, фахівцям необхідно опанувати методи клінічної та нейропсихологічної діагностики і аналіз когнітивних розладів.

Кіндрок Ю. Ю.

РОЗЛАДИ СНУ У ОСІБ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО

Науковий керівник: ас. Масік О. І.

Актуальність: В умовах сьогодення, а також ситуації, що склалась на Сході України, невпинно зростає кількість людей з психічними розладами внаслідок військових дій, аварій, терактів чи епізодів насильства. Розлади сну

є однією з найчастіших скарг людей, які перебувають у стресовій ситуації. Більшість з них має характерний зовнішній вигляд: червоні очі, набряки під очима, сухі губи, млявість, пригніченість, а також прояви різних соматичних захворювань, як результат порушеного сну чи взагалі його відсутність.

Мета: Дослідити розлади сну у осіб із посттравматичним стресовим розладом.

Матеріали і методи: Було обстежено 74 пацієнтів $39 \pm 1,5$ років з діагнозом посттравматичний стресовий розлад, які лікувалися в медичних закладах м.Вінниці. Методи обстеження включали: клініко-психопатологічний (клінічне інтерв'ю), соціально-демографічний (анкетування), патопсихологічний (шкала оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна, наявність та вираженість порушень сну визначали за допомогою Пітсбурзького індексу якості сну – PSQI (The Pittsburgh Sleep Quality Index)), статистичний методи (“Statistica 6.1.” (Stat Soft Inc., США)).

Результати: Виявлено, що пацієнти скаржилися на порушення сну, яке проявлялося труднощами із засинанням в вечірній час, перериваннями сну впродовж ночі, відсутністю відчуття відпочинку, сонливістю і низькою працездатністю протягом дня. Цей стан проявлявся порушенням ритму засинання і пробудження, супроводжувався кількісними і якісними порушеннями сну, який ставав більш коротким і поверхневим, змінювався співвідношенням між стадіями сновидіннями, і стадією без сновидінь. Безсоння, або неможливість отримати ту кількість сну, яка необхідна, була виявлена у всіх респондентів. Наші дослідження підтвердженні результатами тесту PSQI, який загальний індекс становив $8,91 \pm 2,17$, що свідчить про помірні розлади сну. За результатами обстежень респондентів з проявами дисомній виявлено, що середній показник ситуативної тривожності у респондентів склав $32,67 \pm 1,41$, що свідчить про помірний її рівень, показник особистісної тривожності дорівнював $48,73 \pm 1,29$, що вказує на високий рівень.

Було виявлено достовірну кореляцію між показниками ситуативної, особистісної тривожності та порушенням сну за коефіцієнтами кореляції Пірсона та Спірмена ($P < 0,01$).

Висновки: Виникнення і характер порушень сну, їх частота та вираженість залежать від різних факторів: характеристики екстремальної ситуації, готовності окремих людей до діяльності в екстремальних умовах, їх психологічної стійкості, вольової і фізичної загартованості, а також схильності до розвитку різної соматичної патології, що, в свою чергу, може спричинювати розлади сну.

Виявлено достовірну кореляцію між проявами порушень сну та змінами ситуативної, особистісної тривожності у обстеженого контингенту за коефіцієнтами кореляції Пірсона та Спірмена ($p < 0,01$).

Кондратенко А.П.
ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ДИСМОРФОФОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ
СЕРЕД МОЛОДИХ ЖІНОК

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Гайчук Л.М.

З огляду на зростання у наш час популярності пластичної хірургії та естетичної медицини і частоту незадоволеності результатами пластичних операцій та косметичних процедур, слід приділяти особливу увагу вивченню проблеми дисморфофобій у жінок, тим більше, що даний стан супроводжується випадками самопошкодження, нерідко призводячи до каліцтв, інвалідизації та суїцидів. Ця проблема відноситься до розряду актуальних і соціально значущих для сучасного суспільства. У практичному плані аналіз поставленої проблеми актуалізується тим, що сучасна культурна ситуація характеризується підвищенням кількості форм і видів репрезентації людського тіла, його краси, уявлення про здоров'я, здоровий спосіб життя і т.д. В результаті суспільство сьогодні зіткнулося з конфліктом між тим, що вважається гарним і естетичним і є здоровим і корисним.

Метою нашого дослідження було з'ясувати чинники ризику виникнення дисморфофобічних реакцій і розробити рекомендації щодо їх попередження у жінок молодого віку.

Завдання дослідження: з'ясувати причини виникнення дисморфофобічних переживань, визначити захворюваність на дисморфофобію серед жінок молодого віку, характер впливу психосоціальних чинників на занепокоєння щодо власного зовнішнього вигляду.

Для забезпечення вирішення мети і завдань дослідження нами були використані наступні методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний з використанням методик: опитувальник «образ власного тіла» (ОВТ); шкали оцінки рівня задоволеності власним тілом Скугаревського О.О. (ШОРВ); методики дослідження ціннісних орієнтацій особистості; опитувальник психосоціальних факторів (ОПФ).

У дослідженні брали участь 30 жінок у віці 18-25 років (студентки одного з харківських ВНЗ).

За даними проведеного дослідження були отримані наступні результати. Найчастішими причинами виникнення дисморфофобічних реакцій у жінок молодого віку є: надмірна увага до своїх зовнішніх даних, так само, як і до думки про них оточуючих; вплив засобів масової інформації та соціальних

мереж, які створили певні стереотипи привабливості і спровокували бажання, у зв'язку з цим, отримати масове суспільне схвалення.

В досліджуваній групі були визначені наступні показники: у 60% жінок відзначалися дисморфофобічні розлади різного ступеня вираженості і, у 40% - реакцію можна було віднести до адекватного реагування на свою зовнішність (її відповідність, або невідповідність загальноприйнятим або особистим ідеалам краси). При цьому з 60% обстежуваних: у 33,5% відзначався виражений негативний вплив ЗМІ та соціуму на їхню думку щодо естетичності свого тіла, у 16,5% відзначалася незадоволеність своїм тілом і зацікавленість в думці соціуму по відношенню до власної привабливості, у 10% відзначалася незадоволеність своїм виглядом, при резистентності до думки ЗМІ і соціальних мереж.

Були розроблені рекомендації щодо попередження розвитку дисморфофобічних реакцій у вигляді коротких психоосвітніх курсів.

Таким чином, розглянута нами проблема дисморфофобічних реакцій серед молоді, враховуючи соціальну і медичну значущість її можливих наслідків, вимагає проведення більш глибоких досліджень, наприклад серед обох гендерів і профілактичних заходів (психокорекційної та психопрофілактичної роботи) в даному напрямку.

Коновалова К. Д., Плотнікова А. Д.
ВПЛИВ ШУМУ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ УВАГИ
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Терьошина І. Ф.

Актуальність. Життя сучасної людини майже постійно супроводжується різними звуками і шумом. Саме тому у наш час стає все більш популярним поняття шумового, або акустичного забруднення, що являє собою шум техногенного походження, який знижує рівень якості життя людини і, зокрема, її уваги – виду психічної діяльності, який визначається як спрямованість і зосередженість свідомості на певних предметах, явищах навколишньої дійсності та власних переживаннях особистості.

Мета дослідження: визначення впливу шумового забруднення на здатність людини концентрувати увагу.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на групі з 16-ти здорових студентів ХНМУ, віком від 19 до 23 років. Концентрацію уваги ми визначали за допомогою таблиць Шульте. Студенти тестувалися на 5 таблицях Шульте 5x5, фіксувався час, затрачений на проходження кожної таблиці. Тестування проводилося двічі: за умови тиші та за умов шуму. Для створення шуму ми використовували побутові прилади (фен), гучні розмови людей та вмикали музику.

Результати. У 13 студентів (81,25%) було зафіксовано збільшення часу, необхідного на проходження таблиць Шульте за умов шуму в порівнянні з часом, необхідним на проходження таблиць за умов тиші. Середній час проходження 5 таблиць за умов тиші у цих студентів становив 33,8 секунди, за умов шуму – 40,1 с. В середньому час збільшився на 6,3 секунди.

Висновки. На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що шумове забруднення є негативним фактором навколишнього середовища для людини та знижує концентрацію уваги, що в свою чергу погіршує працездатність, продуктивність праці та загальну якість життя.

Король В.А.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДЕПРЕСІЇ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з
курсом ПО**

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Римша С.В.

Актуальність: Частота виникнення даних розладів відображає недостатню вивченість проблеми на даний моменті. Труднощі в лікуванні депресивних розладів органічного генезу обумовлені складністю діагностики та диференційної діагностики, які є неоднозначними при наявності даних розладів.

Мета: Вивчити особливості та сформувані алгоритм діагностики когнітивних порушень при депресії екзогенно-органічного генезу.

Матеріали та методи: Використані результати аналізу літератури і клінічного досвіду. Були обстежені 58 пацієнтів у віці 60 років та старше з депресіями екзогенно-органічного генезу та порушеннями когнітивних функцій різного ступеню. Використовувались Mini Mental State Examination (MMSE) , тест малювання годинника та Cornell Scale for Depression in Dementia.

Результати: Виявили наявність синдрому помірних когнітивних порушень у 27 пацієнтів, однозначно доведені симптоми деменції - у 21. Помірні когнітивні порушення переважали при депресії легкого та середнього ступеню. При виконанні обстежень в пацієнтів в першу чергу виявляється уповільнення темпу мислення (брадифренія). Відмічаємо недостатність короткочасної пам'яті при відносній цілісності довготривалої. Інтелект характеризується порушенням узагальнень в результаті недооцінки умов завдання і прийняття імпульсивних рішень. При відповіді на питання і виконанні завдань пацієнти нерідко плутаються, відповідають неправильно, виконання завдань ускладнене через неможливість концентрації уваги чи неправильну оцінку необхідності тестування . Найчастішою причиною суб'єктивних скарг на зниження пам'яті є емоційні розлади у вигляді підвищеної тривоги чи пригніченого настрою .

Висновки: Ми пропонуємо застосовувати комплексне клінічне психодіагностичне та нейропсихологічне дослідження з якісною та кількісною

оцінкою та подальшою терапією. Застосування такого підходу до лікування дозволяє скоротити час вибору схеми терапії та полегшити диференційну діагностику. Подальшого вивчення потребують питання патогенетичних зв'язків депресії та когнітивних розладів та взаємодія антидепресантів з препаратами для лікування деменції.

Косенко Ю.В.

АДАПТАЦІЯ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ДО МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЇ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Самардакова Г.О.

У 1968 р. К. Леонгардом був запропонований термін «акцентуована особистість». Дане поняття відноситься до крайнього варіанту норми, означає загостреність певних рис характеру, що призводить до вибіркової вразливості у відношенні певних психогенних впливів. Адаптація індивіду порушується тільки при ударах по місцях «найменшого спротиву». Психіатр А.Є. Лічко ввів термін «акцентуація характеру». Вчені виділили 10 типів акцентуацій: гіпертимний (енергійність, оптимізм, швидкість реакцій, несприйняття рутинної діяльності, нездатність обдумувати дії), циклотимний (емоційна нестійкість, фазність настрою), екзальтований (здатність захоплюватися, життєрадісність, контактність), застрягаючий (наполегливість, жорсткість життєвих установок, честолюбність, складнощі при потребі швидко приймати рішення), педантичний (акуратність, інертність, пасивність), демонстративний (егоцентризм, схильність до псевдологій, бажання бути в центрі уваги та винагородження здібностей), збуджений (бурхливі емоційні реакції, нестійкість уваги, егоцентризм), тривожний (занижена самооцінка, образливість, сором'язливість, боязкість), дистимічний (знижений настрій, песимізм, замкнутість), емотивний (емоційність, чуттєвість, м'якосердість).

Задачами дослідження є визначення акцентуацій характеру у студентів та способів адаптації акцентуацій до тонкощів майбутньої професії. Методика – тест Леонгарда. Опитувальник складається з 88 питань, результати розраховуються за 10 шкалами (1 шкала – 1 акцентуація). Об'єктами дослідження є 30 студентів Харківського національного медичного університету (17 дівчат та 13 юнаків). Вік опитуваних – від 20 до 23 років (студенти старших курсів).

Серед 30 опитаних студентів-медиків акцентуації характеру виявлені у 18 (60%). Одну третину акцентуацій цієї групи студентів складає гіпертимний тип (у 5 студентів, 27,7%). Також одну третину – застрягаючий (у 5 студентів, 27,7%). У решти опитуваних більшість складає емотивний тип акцентуацій (2

студента, 11,1%) та педантичний (3 студента, 16,6%). Студентам-медикам із застрягаючим типом акцентуації недоцільно освоювати ті спеціальності, де необхідно швидко приймати рішення (такі, як хірургія). Але інколи діяти в екстремальних обставинах доводиться лікарям всіх профілів. Тому майбутнім лікарям із застрягаючим типом акцентуацій варто вчитися швидко складати план дій. Гіпертимний тип характеризується швидкою реакцією в екстремальних ситуаціях. Для студентів із цим типом акцентуації підходять такі лікарські спеціальності, як анестезіологія, хірургія, екстрена медицина. Але для гіпертимів є властивим спонтанність дій, яка може привести до небажаних наслідків у лікуванні хворого. Їм необхідно розвивати в собі здатність обмірковувати рішення та маніпуляції. Лікарі з емотивним типом акцентуацій зазнають труднощі у будь-якій спеціальності, оскільки переймаються стражданнями хворих, не можуть відволіктися від робочих проблем навіть у вільний час, що може призвести до емоційного вигорання. Щоб уникнути цього, варто вчитися співчувати хворим без прийняття на себе їхніх страждань. Особистості з педантичним типом акцентуацій характеризуються інертністю, повільністю, пасивністю та прихильністю до роботи за чіткою інструкцією, бурхливо реагують на будь-яке порушення звичного порядку, перевіряють кожну свою дію. Майбутнім лікарям із загостренням цих рис характеру необхідно вчитися працювати в умовах форс-мажору, як і особистостям із застрягаючим типом акцентуацій.

Таким чином, у ході дослідження було виявлено, що акцентуації не є рідкістю серед студентів медичного університету (виявлені у 16 з 30 опитаних). Особливості характеру можуть спричинити труднощі в адаптації до певних видів професійної діяльності. Загострення певних якостей слід враховувати при виборі лікарської спеціальності.

Красковська Т.Ю., Бережний Г.Г.

ПОШИРЕНІСТЬ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології, та медичної психології.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Зеленська К.О.

Актуальність. Одним з пріоритетних питань всесвітньої організації охорони здоров'я є психічне здоров'я населення. В наш час питання психічного здоров'я молоді є найактуальнішим, тому що цей контингент є нашим майбутнім. Останні роки зростає кількість невротичних розладів серед молоді. До невротичних розладів, котрі превалюють серед обраних нами контингентів є тривожні та депресивні розлади. Тому дослідження щодо поширеності цих розладів серед студентів молодших курсів є досить актуальним.

Мета визначення ступеня невротичних розладів у студентів молодших курсів ХНМУ.

Матеріали та методи. Нами було проведено анкетування студентів 1-2 курсів Харківського національного медичного університету. Було опитано 89 студентів у віці від 18 до 20 років. Анкетування було проведено з використанням Госпитальної шкали тривоги та депресії (HADS), тестами TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test) та INTERNET-UDIT (Internet Use Disorders Identification Test).

Результати. В ході оцінювання результатів за Госпитальною шкалою тривоги та депресії (HADS), було виявлено, що 23,59% даної категорії (1 група) студентів мають від 0 до 7 балів за цією шкалою, що свідчить про те, що у них немає жодних проявів тривоги чи депресії також у цієї групи за тестами INTERNET-UDIT та TOBACCO-UDIT показники, що відповідають ніколи не мали звички довго знаходитись на теренах інтернету та ніколи не палили або палили 1-2 рази. Для 2 групи (67,41%) ми маємо бали від 8 до 10 за Госпитальною шкалою тривоги та депресії (HADS), однак у цій групі виокремились 2 підгрупи 2А та 2Б. Для підгрупи 2А (34,83% студентів) за тестами INTERNET-UDIT та TOBACCO-UDIT час від часу використовують інтернет та час від часу палять. Підгрупа 2Б (32,58% студентів) близькі до залежності від інтернету та тютюну. Та група 3 (9,00% студентів), мають більше 11 балів за Госпитальною шкалою тривоги та депресії (HADS) та показники щодо залежності від тютюну та інтернету.

Висновки. Таким чином, нами було виявлено, що у молоді медичного вишу, не дивлячись на їх досить молодий вік є прояви тривоги та депресії, а також у 9% сформована залежність від тютюну та інтернету. Отримані данні говорять про доцільність проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи серед студентів молодших курсів.

Мороз Д. В.

ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ПОЄДНАНОГО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ПІД ВПЛИВОМ ІНТЕРНЕТ-КОРИСТУВАННЯ

**Запорізький державний медичний університет МОЗ України,
Запоріжжя, Україна**

**Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології,
наркології та сексології**

Науковий керівник: к.мед.н. Данілевська Н. В.

Вплив мережі Інтернет на людину і соціум є неоднозначним і може призводити як до негативних, так і позитивних наслідків інтернет-користування, в тому числі, до переформування мотиваційної сфери інтернет-користувачів. Особливо актуальним це є для осіб, які вже мають порушення мотиваційно-волової сфери. Задля виявлення змін в мотиваціях поведінки

серед людей з різними пріоритетами для використання мережі Інтернет, було проведене дане дослідження.

Мета дослідження – встановити основні мотиваційні спрямованості у хворих на психічні і поведінкові розлади внаслідок поєднаного вживання психоактивних речовин під впливом інтернет-користування.

Матеріали та методи дослідження. Задля досягнення поставленої мети було обстежено 60 осіб, які мають досвід інтернет-користування. Першу групу дослідження (ГД-1) склали 30 хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок поєднаного вживання психоактивних речовин, синдром залежності (F19.2), які проходили лікування на базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» ЗОР; (середній вік у групі – 28 років). Другу групу дослідження (ГД-2) склали 30 студентів 4 курсу Запорізького державного медичного університету (середній вік у групі – 20 років).

Результати роботи. Отримані результати дослідження дають змогу підвести підсумки: суттєвою та принциповою відмінністю між групами є час використання мережі Інтернет. В ГД-1 цей час регламентований кількістю психоактивної речовини, вживаної до або після використання Інтернету і, загалом, не перевищує 1 години на добу; в даній групі основними мотиваціями до користування мережею Інтернет були аутокурація соматичних проявів синдрому відміни, комунікативна мотивація, пошукова активність з метою забезпечення психоактивною речовиною. Результати дослідження дозволили встановити, що пацієнти з ГД-1 не цікавляться науково-популярною літературою, шопінгом та навігаційними картами, у них звужене коло інтересів та захоплень, використання соціальних мереж обмежене переписуваннями у месенджерах. В ГД-2 загальний час використання мережі Інтернет на добу варіював від 4 до 6 годин і охоплював незліченно широкий спектр мотивацій щодо використання мережі Інтернет. У 1/2 студентів з ГД-2 виявлялися елементи Інтернет-залежності, 1/5 студентів були схильні до самотності, через переважання спілкування в мережі Інтернет. Втім, 4/5 студентів мали більш критичне відношення до власної зовнішності через популяризацію селфі-продукції в соціальних мережах. Всі студенти зазначали, що часто користуються порталом університету, науковими сайтами, сайтами, які надають послуги з онлайн-навчання; 1/25 студентів зазначали, що головною мотивацією до інтернет-користування для них виступає можливість заробітку у мережі Інтернет.

Висновки. Виявлені особливості мотиваційної спрямованості різних соціальних верств населення – хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок поєднаного вживання наркотичних речовин та студентів медичного ВНЗ дозволяють розширити уявлення про структуру мотивації означених груп, та можуть бути покладені в основу виділення факторів ризику патологічної поведінки, пов'язаної із інтернет-користуванням, в тому числі інтернет-залежності та розробки програм їх профілактики.

Мосейко В.В.

ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ ТА ТИПИ ЇХ АКЦЕНТУАЦІЙ ПІД ЧАС НОРМАЛЬНОГО ПРОТІКАННЯ ВАГІТНОСТІ ТА З ГЕСТОЗОМ
Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Діденко С.В.

Кожна жінка по-своєму переживає вагітність. Більш того, одна і та ж жінка по-різному переживає свої різні вагітності. Багато що тут пов'язано з емоційним станом жінки, зокрема, ставленням до вагітності. Відповідальність за дитини, її фізичний і особистісний розвиток вона ні на кого не зможе перекласти. Відбуваються значні зміни в житті жінки, яка вирішила стати матір'ю. Змінюються взаємини з оточуючими людьми, також, змінюється і ставлення вагітної жінки до себе самої. Відбуваються зміни і з її тілом, і з її душею. Інтереси поступово зміщуються зі звичних на нові, пов'язані з дитиною, її вихованням. Це може відчуватися як втрата своїх особистісних досягнень або навпаки.

Висунута гіпотеза про те, що у жінок під час вагітності спостерігається нестабільність, в емоційній сфері виражена в підвищеному рівні тривожності, а у жінок з гестозом другої половини вагітності можна виявити невротичний внутрішньо – особистісний конфлікт на тлі підвищення циклотимних та дистимічних рис в їх характері, а також істотного збільшення особистісної тривожності підтвердилася. Цього року планую продовжувати дослідження по темі «Зміни емоційного стану у жінок з гестозом вагітності».

Ольхова А.О.

ВПЛИВ БОЙОВОГО ДОСВІДУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ СПРИЙНЯТТЯ ПСИХОТРАВМУЮЧОЇ ПОДІЇ У ВІЙСЬКОВИХ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології, та медичної психології.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Зеленська К.О.

Актуальність. Близько 86 000 військовослужбовців побували в зоні бойових дій на сході країни. Поширеність ПТСР у літературі серед тих, хто зазнав надзвичайних ситуацій, коливається від 10% (свідків) до 95% (серед важко постраждалих). Актуальним і особливо цікавим є визначення того, який вплив на психіку має військовослужбовців їх бойовий досвід.

Мета. Дослідити кореляцію рівня бойового досвіду та інтенсивності прояву психотравмуючої події.

Матеріали та методи. Ми обстежили 46 пацієнтів психіатричного відділення Харківського військово-медичного центру, що брали участь у бойових діях на сході країни з діагнозами: F43.0 Гостра реакція на стрес (59%) та F43.1 Посттравматичний стресовий розлад (41%), чоловічої статі, віком від

18 до 48 років. Використовувались такі методи обстеження: клініко-психопатологічний (структурне інтерв'ювання та спостереження), клініко-анамнестичний, психодіагностичний (Шкала оцінки впливу травмуючої події, Combat Exposure Scale, Опитувальник Басса-Дарки) та математико-статистичний.

Результати. За шкалою CES 17,3% опитуваних мали невисокий рівень бойового досвіду (10-13 балів), 21,7% середній рівень (14-17 балів), 26,1% підвищений рівень (18-21 бал), 26,1% з високим рівнем (22-25 балів) та 8,7% з дуже високим рівнем (26-28 балів). У 19,5% опитуваних переважали симптоми уникнення, у 32,6% вторгнення, а у 47,8% збудження. Інтенсивність впливу травмуючої події серед опитуваних з невисоким рівнем бойового досвіду дорівнював $58,25 \pm 2,4$ балів, в групі з середнім рівнем $72,9 \pm 2,5$, з підвищеним $81,5 \pm 2,4$, з високим $85,25 \pm 1,6$ та дуже високим $86 \pm 0,5$ відповідно. За шкалою агресії ми не визначили чіткої кореляції, результати за шкалою агресії дорівнювали 56 ± 6 балів, а за шкалою ворожості 68 ± 8 балів.

Висновки. Зіставивши результати ми отримали пряму, проте гіперболічну залежність інтенсивності прояву психотравмуючої події від бойового досвіду. Ми можемо припустити, що з початком бойових дій у бійців запускаються механізми адаптації, які у подальшому формують супротив для маніфестації розладів адаптації.

Посохова І.В., Сосонний Д.І.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ СНУ ТА ПОРУШЕНЬ СНУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ – МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Мозгова Т.П.

Актуальність. Сучасна людина надає вагоме значення для свого розвитку, самореалізації та кар'єрного успіху. Та, часом, ми забуваємо про таку важливу річ, як сон. Сон – це необхідність, завдяки якій ми відновлюємо наш енергетичний запас для подальшої розумової та фізичної діяльності.

Мета дослідження. Дослідити якість сну студентів-медиків, наявність порушень сну, а також їх причинні фактори.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося методом анкетування у вигляді тесту студентів 1-6 курсів Харківського національного медичного університету. Кількість обстежуваних – 48 студентів. Ми виділили основних 11 питань для анкетування: 1) скільки годин на добу ви спите?, 2) чи швидко засинаєте?, 3) чи достатньо ви спите, щоб не відчувати сонливості впродовж дня (якщо ні, то скільки разів на тиждень ви відчуваєте сонливість впродовж дня)?, 4) ваш сон безперервний?, 5) чи часто вас турбують нічні жахи?, 6) чи часто вас турбують кошмари?, 7) чи було у вас сноходіння (2 та більше разів)?, 8) чи наявна у вас надмірна сонливість впродовж дня при достатній або зайвій

тривалості нічного сну? (якщо так, то питання номер 9), 9) чи пов'язуєте ви гіперсомнію з органічною патологією або прийомом психоактивних речовин або лікарських засобів?, 10) чи помічаєте ви у себе порушення засинання і підтримки стану сну? (якщо так, то питання номер 11), 11) чи пов'язуєте ви безсоння з органічною патологією або прийомом психоактивних речовин або лікарських засобів? Під час дослідження враховано всі норми біоетики та анонімність опитуваних.

Результати дослідження. У анкетуванні прийняло участь за гендерною ознакою 54,2% жінок, 45,8% чоловіків. За ознаки якісного сну було прийнято: відповідь на перше питання - сон в межах 8-9 годин, позитивні відповіді на питання номер 2,3,4 та негативні відповіді на питання номер 5,6,7,8,10; за кожену відповідь надається 1 бал. Умовно ми вважаємо 7 та більше балів як ознака якісного сну.

Серед першокурсників ми виявили 25,0% студентів від їх загальної кількості, що мають якісний сон; у студентів другого курсу – 37,5%, третього курсу – 25,0%, четвертого курсу – 50,0%, п'ятого курсу 62,5%, шостого курсу – 37,5%. Загальна кількість досліджуваних студентів, що мають якісний сон, складає 41,6%. У студентів, що мають неякісний сон, переважали такі ознаки, як сонливість упродовж дня – 72,9%, утруднене засинання – 47,9%, надмірна сонливість впродовж дня при достатній тривалості нічного сну – 25,0%. Сноходіння (2 та більше разів) мали 8,3 %. Питання 9 та 11 були виділені, щоб відокремити розлади сну органічної природи.

В цілому кількість студентів, що надали позитивну відповідь на питання номер 9, склала 6,25%, та на питання номер 11 – 12,5%.

Висновки. За даними проведеного дослідження, найбільша кількість студентів, що мають якісний сон, є студентами п'ятого курсу, а найменша кількість – це студенти першого та третього курсу. Найпоширенішими ознаками серед студентів, що мають неякісний сон, були сонливість упродовж дня, утруднене засинання, а також надмірна сонливість при достатній тривалості сну. Були виявлені студенти, що відмічали у себе гіперсомнію та безсоння органічної природи або внаслідок вживання психоактивних та лікарських речовин.

Пташинська А.І., Сухарєва Л.П.
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПРАЦЮЮЧИХ І
НЕПРАЦЮЮЧИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології,

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Гайчук Л.М.

Актуальність: В наш час підробіток студентів-медиків, які перебувають у щоденній напрузі через складність освітнього процесу, досить поширене явище, що призводить до додаткового стресового навантаження. Крім того, оскільки для студентів медичних університетів відсутня заочна форма навчання, це призводить до вибору переважно нічного часу роботи, в результаті якого порушується режим сну і відпочинку. Але ж зустрічаються й

ті, які знаходять денний підробіток, що ніяким чином не впливає на їх режим дня. Виходячи з цього актуальним є дослідження, що відображає вплив наявності роботи, денний і нічний підробіток на стресостійкість студентів.

Мета роботи: проаналізувати вплив роботи в денний і нічний час у працюючих та непрацюючих студентів-медиків на стресостійкість

Матеріали та методи: було проведено опитування серед студентів Харківського національного медичного університету. Респонденти були розділені за групами: студенти, що не працюють (1 група); студенти, які працюють в денний час (2 група); студенти, які працюють в нічний час (3 група). Кожна група складалася з 20 студентів, яким було запропоновано пройти тест на стресостійкість Суворової В.В.

Результати: дослідження показало, що в 1 групі висока стресостійкість відзначається у 15% респондентів, середня - у 80%, низька - у 5% опитуваних студентів. В 2 групі висока стресостійкість простежується у 20% студентів, середня - у 80%. У 3 групі висока стресостійкість присутня у 75% опитуваних, середня - у 25%. Відсоток низької стресостійкості у 2 і 3 групах дорівнює 0.

Висновки: Результати проведеного дослідження свідчать про те, що студенти, які працюють в нічний час, найбільш стійкі до стресових факторів. Студенти, що працюють у денний час, не порушуючи режим сну та відпочинку, займають друге місце за рівнем стресостійкості. Найменш стресостійкими виявилися студенти, що не працюють взагалі. Таким чином, виснажливі умови праці сприяють зміцненню стресостійкості організму.

Радченко Т.М.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОКРИННОГО СТАТУСУ ЖІНОК З ОПОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

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

Жіноча наркоманія, особливо опіоїдна залежність, постає дуже гострою проблемою сьогодення, в тому числі в Україні. Чисельність контингенту хворих досягає рівня, що дає підстави говорити про «національну наркотрагедію».

Одним із вагомих факторів і причинних механізмів трансформації класичних симптомокомплексів, темпів прогресивності, поліморфності клінічної картини й наслідків наркотичної залежності є коморбідність – соматоневрологічна й психопатологічна ускладненість власне аддиктивного розладу. Коморбідність часто маскує основне захворювання, ускладнює діагностику й лікування, прискорює розвиток небезпечних для життя станів, проявів особистісної та полісистемної декомпенсації.

При ретельному соматичному обстеженні наркозалежних хворих вдається визначити багато коморбідної патології шлунково-кишкового тракту, серцевої, нервової, ендокринної, імунної системи тощо. Наявність цих захворювань може бути значущим патогенетичним фактором розвитку

псевдоабстинентного синдрому, коли пацієнти розцінюють симптоми патології внутрішніх органів як перші ознаки «ломки» і відновлюють вживання наркотиків.

Сьогодні патологія щитоподібної залози є найчастішою в структурі ендокринних захворювань.

Метою дослідження було розробити спосіб прогнозування і медикаментозної корекції загострень прояву псевдоабстинентного синдрому у жінок з низькопрогресивним перебігом опіоїдної залежності на тлі коморбідної патології щитоподібної залози, на основі вивчення епідеміологічних, клінічних, ендокринних, імунних та метаболічних показників.

Під спостереженням знаходилось 165 жінок віком від 18 до 45 років (середній вік $31,5 \pm 1,6$ років).

Критеріями включення до дослідження було встановлення у хворого діагнозу – опіоїдна залежність за критеріями МКХ 10 (F 11.2).

Усім 165 жінкам з опіоїдною залежністю проводився клініко-анамнестичний аналіз за 11 ознаками, в тому числі – патопсихологічні зсуви, наявність коморбідного хронічного вірусного гепатиту С, дифузного токсичного зобу, та аутоімунного тиреоїдиту, (які підтверджувалися комплексом клініко-лабораторних досліджень та заключенням терапевта-гепатолога та ендокринолога), особливості раннього абстинентного періоду, генетичний анамнез, коефіцієнт спроможності жінок щодо прийняття конструктивного рішення в стресовій ситуації, час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою тощо.

Діагноз хронічний аутоімунний тиреоїдит з гіпотиреозом встановлювали на підставі комплексу клініко-лабораторних показників, визначення гормонів Т3, Т4, аутоантитіл до антигенів ЩЗ та ін.

У 44,8% пацієток з опіоїдною залежністю має місце коморбідна патологія щитоподібної залози, а саме хронічний аутоімунний тиреоїдит з гіпотиреозом.

Ендокринний, імунний і метаболічний статус пацієток з опіоїдною залежністю на тлі коморбідного ХАІТ і ГТ характеризується зниженням у сироватці крові гормонів Т3, Т4, ІЛ-1 β , підвищенням ТТГ, АТПО, АТГ, абсолютної кількості лейкоцитів та лімфоцитів, ЦК, γ -ІНФ, α -ІНФ, ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП- α , СХЛ, ІХЛ, площі хемілімонограми, ДК, МДА, активності каталази і СОД.

Реміняк-Борзова Ю.К.

ЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА МІГРЕНЬ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра неврології № 2

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Товажнянська О.Л.

Мігрень відноситься до первинних цефалгій і характеризується приступами пульсуючого болю, частіше в одній половині голови, що

супроводжується хворобливою чутливістю до звуків та світла, нудотою, блювотою. Ця хвороба є генетично детермінованою. Її поширеність варіює у залежності від статі та віку – на мігрень страждає кожна п'ята жінка та тільки один із п'ятнадцяти чоловіків.

В останні роки було відмічене, що у хворих на мігрень часто зустрічаються тривожні та депресивні розлади, порушення сну, емоціональна лабільність різного ступеню вираженості. Ці розлади є причиною дезадаптації пацієнтів та значного погіршення якості їх життя.

Метою дослідження було вивчення проявів тривоги і депресії у хворих на мігрень без аури.

Нами було обстежено 37 хворих на мігрень без аури з частими приступами (більше 5 нападів головного болю у місяць). Характер мігренозних приступів відповідав критеріям міжнародної класифікації головного болю (2017 р.). Серед обстежених пацієнтів було 26 жінок та 11 чоловіків у віці 18-47 років. Усі пацієнти були протестовані за опитувальниками PHQ-9, GAD-7. Опитувальник PHQ-9 дозволяє оцінити стан хворого упродовж останніх двох тижнів та згідно загальному балу результати інтерпретуються як 1-4 бали - мінімальна депресія, 5-9 балів - легка депресія, 10-14 балів - помірна депресія, 15-19 балів - тяжка депресія, 20-27 балів - надто важка депресія. Сума балів за GAD-7-опитувальником розподіляється наступним чином: 0-4 балів - мінімальний рівень тривожності, 5-9 балів - помірний рівень, 10-14 балів - середній, 15-21 балів - високий рівень тривожності. Усі хворі вели щоденник нападів та оцінювали інтенсивність болю за 10-бальною шкалою ВАШ: 0 балів - відсутність болю, 1-3 бали - легкий біль, 4-6 балів – середня ступень вираженості болю, 7-10 балів - тяжкий біль.

Аналіз отриманих результатів свідчив, що у 78 % (29 хворих) з частими нападами мігрени без аури зустрічалися ознаки депресії та тривоги. Депресивні прояви виявлялися у 49 % (12) хворих, ознаки тривоги у 22 % (8) хворих, сполучення ознак депресії та тривоги у 29% (9) хворих. Слід зазначити, що у обстежених пацієнтів депресивні ознаки відповідали легкому та помірному ступеню вираженості, а рівень тривожності – помірному та середньому рівню. У всіх досліджених хворих вираженість болю при мігренозних нападах відповідала рівню «тяжкий біль» (7-10 балів за ВАШ). При співставленні рівнів інтенсивності болю, тривожності та депресії був прослідкований прямий кореляційний зв'язок між інтенсивністю болю та ступенем депресії і тривоги. При цьому у хворих із найтяжким рівнем болю (9-10 балів за шкалою ВАШ) визначалося сполучення ознак тривожності та депресії.

Таким чином, емоційні розлади у вигляді депресивних і тривожних проявів зустрічаються у більшості хворих на мігрень без аури із тяжким болем під час нападу. Отримані дані можуть стати підставою для розробки методів лікування та профілактики емоційних розладів у хворих на мігрень без аури з частими нападами.

Рижова Д.В., Ващенко Н.В., Літвінова К.О.
ВПЛИВ ЯКОСТІ НІЧНОГО СНУ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Кафедра неврології №2

Науковий керівник: завідувач кафедри, д. мед.н., проф.
Товажнянська О.Л.

Актуальність. Сон - фізіологічний стан, що характеризується втратою активних психічних зв'язків суб'єкта з навколишнім світом. Внаслідок сучасного ритму життя багато людей пізно лягають спати, а потім рано прокидаються через робочий графік. В результаті такого короткочасного сну падає настрій, знижується працездатність, страждає короткочасна пам'ять, виникає швидка стомлюваність, підвищена нервозність, зникає почуття дружельності, людина відчуває втому, порушується координація нервових процесів, з'являється нелогічність мислення, знижуються когнітивні функції. Хронічне недосипання (депривація сну) поступово призводить до виникнення найрізноманітніших захворювань нервової системи, а також до дуже серйозних порушень гормональної системи (пригнічення вироблення гормонів) й низки захворювань: діабет, ожиріння, ослаблення імунної системи, депресії.

Мета. Проаналізувати взаємозв'язок тривалості нічного сну та якості нервових процесів.

Матеріали і методи. Були проведені дослідження за участю 23 студентів ХНМУ у віці від 19 до 23 років. Студенти проходили опитувальник, за результатами якого були розділені на 3 групи: перша група має нормальний сон (8-10 годин), друга - знижену тривалість сну (5-7 годин) і третя - аномально низьку тривалість сну (1-4 години). Надалі студенти кожної групи проходили три тести на визначення рівня пам'яті, здатності концентруватися й перемикаєти увагу, на стомлюваність, працездатність та стійкість. Всі тести мали такі види результатів: високий рівень, вище середнього, нормальний (середній) рівень, нижче середнього, низький рівень.

Результати. Після проведення тесту у кожній з трьох груп були отримані такі дані: серед учасників опитування, які мали нормальну тривалість сну, високий рівень пам'яті мали 33 % студентів, нормальний – 67 %. Здатність концентруватися та переключати увагу була оцінена так: висока у 58 % осіб, середня – 33 %, та низька – 1 %. Результати коректурної проби в цій групі виявились такі: відмінно у 16 % студентів, нормально – 42 %, погано – 42 %. У учасників, які спали 5-7 годин результати дещо відрізнялися. Високий рівень пам'яті мали 20 % представників, середній 60 %, низький – 20 %. Здатність концентрувати увагу: висока – 20 % серед усіх студентів, середня – 40 %, вище середнього – 40 %. Результати коректурної проби: вище середнього у 80% осіб, середній рівень – 20 %. В групі студентів, які регулярно мали аномально короткий сон, ми отримали наступні результати: рівень пам'яті – високий у 17 % осіб, середній – 50 %, низький – 33 %. Здатність переключати та концентрувати увагу: вище середнього у 50 % студентів, середня – 33 %, низька – 17 %. За результатами коректурної проби були отримані такі дані:

високий рівень у 17 % осіб, вище середнього – 33 %, середній – 17 %, нижче середнього – 33%.

Висновок. Проаналізувавши результати дослідження, можна сказати, що депривація сну є дуже важливою проблемою сучасної молоді. Можна було прослідкувати пряму залежність недосипання з порушенням когнітивних функцій головного мозку. Так лише молоді люди, у яких сон тривав 8 - 10 годин, мали високі показники рівня пам'яті, здатності переключати та концентрувати увагу. Люди, які сплять 5-7 годин, мають дещо гірші результати по цих показниках. А представники у третій групі з короткою тривалістю сина (1-4 години), продемонстрували незадовільні результати когнітивної функціональності у порівнянні з віковою нормою. Нейрони нашого організму є надзвичайно залежними від факторів, які забезпечують їх адекватну працездатність. Одним із таких факторів є сон. Недосипаючи, людина схильна до самообману, навіть не розуміючи, що наражає свій організм на незворотню втрату клітин головного мозку. Таким чином, дефіцит сну - є предиктором погіршення когнітивних функцій. Так як у нашому дослідженні приймали участь здебільшого молоді особи, то про наявність уражень певних структур головного мозку, характерних для деменції, говорити зарано, але наша задача полягає у наголошенні наслідків, які можуть трапитися, якщо не змінити свій спосіб життя. Всім добровольцям були продемонстровані їхні результати та надані рекомендації щодо режиму дня та профілактичні заходи для попередження розвитку деменції.

Родзінська Т. Ю.

ФУНКЦІОНАЛЬНА АСИМЕТРІЯ ЯК ВІДКРИТЕ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ НЕЙРОПСИХОЛОГІЇ

Київського національного університету ім. Т. Шевченка, Київ, Україна

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Діденко С.В.

Феномен функціональної асиметрії є одним з самих суперечливих та досліджуваних явищ в нейропсихології на наш час. Один з принципів нейропсихології свідчить: «психічні функції локалізовані в певних зонах і в той же час розділені по всьому мозку». На фоні цього, одним з найменш відомих феноменів в нейропсихології залишаються причини та наслідки домінантності та субдомінантності півкуль головного мозку людини.

Функціональна асиметрія - це характеристика розподілу психічних функцій і їх вищої нервової діяльності між лівою і правою півкулею. У своїх теоретичних і практичних дослідженнях ми прагнемо дізнатися які зміни приносить такий розподіл, і чи відрізняється, і якщо так - то чому, правильно організована лівша від правильно організованої правші, а також від людей, у яких спостерігається нерівномірний розподіл асиметрій.

Аналізуючи дослідження нейропсихології було помічено приписки «характерно для людей з лівою домінуючою півкулею». Лурія звертає увагу на те, що на рівні вторинних та третинних зон півкуль мозку з'являється латералізація функцій та зазначає, що домінантна півкуля відіграє істотну роль

в мозковій організації не тільки мовленнєвих процесів, а й усім що з цим пов'язано, що включає в себе логічне мислення, категоріальне розділення. Такі значні процеси суттєво мають впливати на мислення та психічну діяльність людини.

Також значущий бік в сторону схиляння чаші терезів спричинили дослідження роз'єднаних півкуль. Завдяки дослідження самого Сперрі і вчених в його лабораторії ми маємо доступ до таких висновків:

- У правій півкулі представлено в основному невербальне образне мислення

- Права півкуля працює за непослідовним принципом створення асоціацій, вона «зхоплює» зовнішнє середовище цілісно через сприйняття окремої частини

- Права півкуля менш, ніж ліва, включена в сприйняття часу і оцінку послідовності подій

- Права півкуля аналізує окремі слова і здатна «озвучувати» їх, але не володіє можливістю організувати їх в речення, і продукує такі, що схожі на мовленнєву діяльність під час сну.

При дослідженні функціональної асиметрії і ліворукості (більше правопівкульності) виникає безліч протиріч, що викликані методологічною складністю досліджень. Справа в тому, що детальне вивчення вимагає залучення апаратних методів дослідження, що істотно ускладнює проведення дослідження. Адже зовні ми можемо спостерігати тільки наслідки функціональної асиметрії як специфічної мозкової організації, та, наприклад, фіксувати її, аналізуючи профіль асиметрій (Брагінна, Доброхотова).

Опісля аналізу даних досліджень, гіпотез формування асиметрії та аналізу подібних теоретичних концепції асиметрії (Семенович, Брагіна, Ткаченко) нас зацікавило чи приносить така відмінність, як домінантність півкулі якісні зміни на життя людини. Після проведення пілотажного дослідження нами було зафіксована тенденція до впливу механізму, що визначає ведуче око на рівень розвитку образного мислення, та тенденцію до впливу механізму, що обумовлює ведучу ногу на рівень вербально-логічного мислення. Тому на даному етапі ми поставили за ціль дослідити, чи існує певна різниця у когнітивних стилях дитини залежно від її співвідношення домінантності півкуль та профіля асиметрій, а також чи існує вплив останньої змінної на певні сфери, такі як самооцінка, самоствавлення, певні особливості мислення та сферу особистісних інтересів.

Подібні дослідження асиметрій, однак, не лише несуть практичну цінність та мають змогу збагатити уявлення про мозкову організацію, а й додати деякі нові дані. Адже дослідження даного типу просто додають одну додаткову змінну, що не суттєво ускладнює проведення дослідження, однак домагаються зібрати більше даних про різні типи асиметрій та їх вплив на життя та психічну діяльність людини.

Семененко К.М.
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У
КОМБАТАНТІВ

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова,
Вінниця, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО
Науковий керівник: к.мед.н, доц. Рациборинська-Полякова Н.В.

Актуальність: Проблематика нозологічної поліморфності розладів когнітивної сфери у учасників бойових дій набуває особливої актуальності внаслідок посиленої уваги до питань комплексного лікування, реабілітації та адаптації таких хворих. Окрім цього до кінця не оцінено адекватність та ефективність використання скринінгових клінічних опитувальників для діагностики поширеності когнітивної дисфункції у даного контингенту хворих, а також остаточно не уніфіковані алгоритми діагностики, терапевтична стратегія та супровід цих пацієнтів.

В залежності від етіопатогенезу психічного розладу, а саме чи то діє психотравмуючий фактор, чи причиною є органічне ураження головного мозку (ЧМТ, судинного генезу, тощо) виявляється різний ступінь вираженості тих чи інших порушень когнітивної сфери.

Мета: дослідити відмінності проявів когнітивної дисфункції (мнестичні процеси та увага) органічного та психогенного генезу в учасників бойових дій.

Матеріали та методи: Нами було проведено клінікопсихопатологічне та патопсихологічне обстеження із визначенням провідного реєстр-синдрому та встановленням психіатричного діагнозу за критеріями МКХ-10 у 107 респондентів, які перебували на стаціонарному лікуванні в НДІРІ ВНМУ імені М.І. Пирогова внаслідок бойових травм та загострення соматичної патології. Були використанні основні методи дослідження: соціально-демографічний (анкетування), клініко-анамнестичний, клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний (клінічне інтерв'ю), психодіагностичний, соціологічний та статистичний.

Обговорення результатів: Усі респонденти були чоловічої статі (100%), вік 20 – 58 років (середній вік – $36,21 \pm 1,50$ роки). За результатами даної роботи виявлено, що найбільш вираженими були розлади уваги у пацієнтів із органічними ураженнями ЦНС (ЧМТ, контузії, струси та забої, крім цього в цю групу включалась і гіпертонічна хвороба). Серед розладів уваги найчастіше спостерігалось підвищене відволікання. При психогенно-невротичних психічних розладах (у пацієнтів в анамнезі була наявна інформація про психотравмуючу подію, а також відсутні в анамнезі та за результатами загальноклінічних досліджень органічного ураження ЦНС (ЗЧМТ, судинні ураження тощо)) відмічались різного ступеня вираженості мнестичні порушення: у переважної більшості респондентів були нормальні (48%) показники пам'яті та ретенційних механізмів або легке їх зниження (37%). У незначній кількості респондентів відмічались помірні (9%) або виражені (3%) мнестичні порушення, чи була відмова від обстеження (3%),

причиною яких було виражене порушення уваги, висока тривожність, фіксованість на своїх переживаннях та опортуністична поведінка.

Серед обстежених пацієнтів з діагностованими розладами органічного генезу спостерігався такий розподіл вираженості мнестичних порушень: відсутність порушень пам'яті та ретенційних механізмів (47,2% пацієнтів), легке порушення - (32,9% пацієнтів), помірне (15,7%), виражене (4,3%).

Висновки: Було виявлено, що у пацієнтів з психічними розладами як органічного, так і психогенно-невротичного походження спостерігались зміни пам'яті та ретенційних механізмів в межах від легкого до вираженого зниження. При гіпертонічній та цереброваскулярній хворобі порушення пам'яті були значно більш вираженими, що зумовлено більшою тривалістю хвороб та дифузністю ушкодження головного мозку. Інша соматична патологія (переважно загострення патології травного тракту, ендокринні захворювання та ішемічна хвороба серця) призводило до помірного порушення пам'яті та механізмів ретенції. У всіх обстежених хворих були виявлені порушення уваги. Найменш вираженими були при ізольованих розладах психогенно-невротичного регістру, що можна було пояснити підвищеною тривожністю, відволікаємістю пацієнтів та їх фіксацією на своїх переживаннях. Більш виражені порушення спостерігалися у випадках поєднання органічної патології з розладами психогенно-невротичного генезу.

Сирчіна В.О., Чала А.Р.

ПРОБЛЕМА ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГАДЖЕТІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології,

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Стельнікова І.М.

Актуальність: Гаджет-аддикції, або гаджетоманія – це психічний розлад, що супроводжується нав'язливим бажанням використовувати певні пристрої (гаджети) з відсутністю здатності вчасно відмовитися від них. Ця залежність характеризується фокусом на віртуальному світі з відривом від реального життя. Доведено, що гаджетоманія стимулює появу психічних порушень, на самперед, астеноневротичних, психоемоційних порушень, викликає нервову та емоційну напругу та призводить до порушення соціальної адаптації. У зв'язку з ризиком виникнення дезадаптації молодого покоління постає питання щодо вивчення розповсюдженості гаджетоманії й аналізу її особливостей серед молодих людей (студентів).

Мета дослідження: Вияснити наявність залежності від гаджетів серед студентів 3-4 курсів медичних факультетів Харківського національного медичного університету (ХНМУ).

Матеріали та методи: Проведено анонімне анкетування серед студентів 3-4 курсів ХНМУ. На підставі отриманих результатів методом випадкових чисел була сформована вибіркова сукупність, яка включила себе 124 особи. Вивчення отриманих даних оцінено за допомогою екстенсивних показників.

Вік опитаних складав від 18 до 31 (в середньому 20,5 років). В дослідженні приймали участь 42 особи чоловічої статі та 82 - жіночої.

Результати: В ході дослідження було виявлено, що серед опитуваних смартфони менше 2 годин на добу використовують 16,9% студентів, від 2 до 5 годин – 49,2%, понад 5 годин на добу – 33,9%. При цьому 86,3% досліджуваних відзначили, що витрачають час на соціальні мережі – Instagram - 62,1%, Facebook - 25%, VK - 29,8%, однокласники – 4,8%, Tinder – 0,8%. Близько 98,4% використовують такі месенджери, як Telegram – 96%, WhatsApp – 12,9%, Viber – 60,5%, Twitter – 1,6%, а також різноманітні програми для групового спілкування/ геймерські чати (RaidCall, Discord, Skype та інші) – 10,5%. Для цих цілей 118 (95,2%) студентів користуються смартфонами, 30 (24,2%) використовують комп'ютер, 85 (68,6%) – ноутбук, 25 (20,2%) – планшет, 12 (9,7%) – смарт годинник, 6 (4,8%) - електронну книгу, 3 (2,4%) - інші гаджети. Майже 66,9% починають свій день з використання гаджетів та лише 2,4% стверджують, що ніколи зранку не використовують гаджети. Серед опитаних студентів, 23 (18,6%) заходять у соціальні мережі до 5 разів на день, 61 (49,2%) - від 6 до 20, 40 (32,3%) - більше 20. Під час опитування студенти відмітили, що час, який вони проводять за своїми гаджетами, вони використовують у більшості для особистих переписок (41,9%) та перегляду фото і відео у YouTube та менше за все витрачають на різноманітні ігри (29%). В анкетах 79 (63,7%) студентів відмітили, що в разі неможливості використання своїх гаджетів та Інтернету вони будуть відчувати певний дискомфорт та будуть намагатися виправити цю ситуацію чи зайняти себе іншою справою. Близько 41 (33,1%) опитаних студентів помічали, що вони через використання гаджетів, знехтували навчанням, роботою хоча б кілька разів на тиждень, а 41 (33,1%) - відмічали цю тенденцію майже кожен день. В своїх анкетах 44 (35,5%) студенти повідомили, що їхнє оточення (сім'я, близькі) стурбовані надмірним використанням смартфонів. Також, 83 (66,9%) опитаних хоча б раз замислювалися, що їм комфортніше використовувати гаджети, ніж спілкуватися з реальними людьми.

Висновки: На підставі отриманих результатів можемо зробити висновок, що серед студентів спостерігається серйозна тенденція до розвитку залежності від гаджетів, частина студентів вже є залежними. Лише незначний відсоток студентів усвідомлюють можливий ризик та намагаються лімітувати час, витрачений ними на гаджети. Також можемо підкреслити те, що більшість студентів надають перевагу смартфонам чи іншим більш портативним гаджетам через зручність їх використання.

Тимохіна А.О.

**ПОШИРЕННІСТЬ ДЕПРЕСІЇ У ЛЮДЕЙ З ХРОНІЧНОЮ
ПАТОЛОГІЄЮ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЇХ ЖИТТЯ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології, та медичної психології.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Зеленська К.О.

Актуальність. Депресія – захворювання, яке характеризується тріадою симптомів: гіпотімія, гіпобулія та уповільнення процесів мислення. Депресія є поширеним захворюванням: за статистичними даними, представленими на офіційній сторінці ВООЗ, на депресію хворіє понад 350 мільйонів осіб у світі. Депресія – психічне захворювання, яке по деяким даним може провокувати розвиток соматичної патології. Наприклад, цукрового діабету (порушення вуглеводного обміну, через абсолютну або відносну інсулінову недостатність, яке характеризується постійною гіперглікемією). Психо-емоційний стан хворого хронічним захворюванням в достатній мірі впливає на ефективність лікування та досягнення компенсації.

Мета: виявити ознаки депресії у людей хворих на цукровий діабет та людей без хронічних захворювань, а також оцінити та порівняти якість їх життя за психологічним компонентом.

Матеріали та методи: ми здійснили опитування серед 20 хворих на цукровий діабет та 20 осіб без хронічної патології. Для дослідження використовувались: шкала депресії Бека, яка виявляє наявність депресії за останні два тижні, та неспецифічний опитувальник якості життя SF-36. Потім ми порівняли отримані результати.

Результати дослідження: Серед 20 осіб із діагнозом цукровий діабет, 9 показали ознаки депресивних симптомів різного ступеня важкості. Серед 20 осіб без хронічного захворювання, 5 показали ознаки депресивних симптомів різного ступеня важкості. Середні показники якості життя наступні:

психологічний компонент здоров'я – 39.76, життєва активність – 54.25, соціальне функціонування – 70.63, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом – 45, психічне здоров'я – 54.4 для людей хворих на цукровий діабет.

психологічний компонент здоров'я – 39.75, життєва активність – 55.5, соціальне функціонування – 68.13, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом – 63.33, психічне здоров'я – 61.1, для осіб без хронічної патології.

психологічний компонент здоров'я – 24.99, життєва активність – 39, соціальне функціонування – 16.67, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом – 20, психічне здоров'я – 35.2, для хворих на цукровий діабет з ознаками депресії.

психологічний компонент здоров'я – 47.67, життєва активність – 59.33, соціальне функціонування – 84.16, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом – 53.33, психічне здоров'я – 69.87, для хворих на цукровий діабет без ознак депресії.

психологічний компонент здоров'я – 29.11, життєва активність – 41.67, соціальне функціонування – 50, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом – 53.33, психічне здоров'я – 38.22, для осіб без хронічної патології, але з ознаками депресії.

психологічний компонент здоров'я – 48.52, життєва активність – 58.33, соціальне функціонування – 85, рольове функціонування, обумовлене

емоційним станом – 53.33, психічне здоров'я – 71.33, для осіб без хронічної патології та ознак депресії.

Висновки. В результаті дослідження нами було виявлено, що така соматична патологія, як депресія частіше виникає у осіб, які страждають на хронічну патологію, зокрема, цукровий діабет. При порівняння якості життя по психологічному компоненту виявилось, що в середньому хворі на цукровий діабет мають схожі показники із здоровою вибіркою. Показники якості життя осіб із депресією в обох групах були значно нижчі у порівнянні із опитуваними без ознак депресії. Хворі на цукровий діабет з ознаками депресії давали ж приблизно ті ж, або трохи нижчі, показники ніж особи, що не мають хронічної патології, але мають ознаки депресії. З вище сказаного можна зробити висновок, що цукровий діабет може стати фактором ризику для розвитку депресії. Депресія у хворих на цукровий діабет знижає якість життя приблизно на той же рівень, що у і людей без хронічної патології.

Тимошук К.С.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСІЇ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

Вінниця, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО,

Науковий керівник: ас. Лук'янович І.Л.

Актуальність: Майже 80% пацієнтів із депресією лікуються у лікарів загальної практики – сімейних лікарів з приводу інших захворювань, лише третина звертається за допомогою до психіатра. За прогнозами науковців вже через два роки депресія може посісти друге місце за поширеністю серед усіх захворювань. Дослідження показують, що у 50% людей з депресією, її не розпізнають при зверненні до закладу первинної медичної допомоги (Williams et al., 1995). Реальної картини поширеності даного захворювання ми просто не бачимо. Тому оцінка наявності ознак депресії серед осіб, що не визнають потреби звертатись за медичною допомогою, є досить актуальною.

Мета: дослідити пересічних людей, що погоджуються відповісти на скринінгові опитування і визначити серед них частку осіб, що вказують на наявність ознак депресії. Провести оцінку достовірності виявлених ознак депресії та інформувати людей про необхідність консультації у психіатра через наявність ознак депресії.

Матеріали та методи: стандартизований скринінговий опитувальник – PHQ-2 та опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) - шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів. При наявності позитивних результатів використовувався опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory - BDI). Група досліджуваних складала 100 довільно опитуваних осіб, віком від 19 до 57 років, в умовах їхнього звичного життя, різних за професією, статтю, сімейним станом, регіоном проживання.

Результати: За PHQ-9 ознаки депресії виявлено у 41% обстежених, 25% легкої депресії, 11% середньої, 3% помірної та 2% тяжкої. Для достовірності

отриманих результатів використовувався опитувальник депресивності Бека, який підтвердив наявність депресії у 25 осіб, з яких легка депресія складала 12%, помірна 6 %, середня 6%, тяжка 1%. При легкій депресії ознаки захворювання не ускладнювали життя зовсім 1% осіб, дещо ускладнювали 9%, дуже ускладнювали 2%. При помірній депресії ознаки захворювання не ускладнювали зовсім 1%, дещо турбували 2%, дуже турбували 3%. І лише при середній та тяжкій депресії ознаки захворювання дуже ускладнювали життя всіх обстежених.

Висновки: 25% дорослого працездатного населення, віком 19-57 років, має ознаки депресивних розладів, 13% виявляли ознаки від помірної до тяжкої депресії. Не дивлячись на те, що прояви захворювання, у переважній більшості, дуже ускладнювали життя, за медичною допомогою жодна особа не зверталась. Враховуючи результати обстежень, на нашу думку, було б доцільним всім особам, що звертаються за медичною допомогою до сімейного лікаря проводити скринінгові дослідження на депресію, працівникам всіх ланок надання медичної допомоги посилити психопрофілактичну роботу шляхом інформування населення, з залученням ЗМІ.

Токарчук О.О.¹, Шулякова М.І.²

СОЦІАЛЬНИЙ ДРЕЙФ ЯК УСКЛАДНЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ У КОМБАТАНТІВ

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО¹
Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни²
Вінниця, Україна**

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Рациборинська-Полякова Н.В.

Актуальність теми: За час проведення Антитерористичної операції на сході України (АТО) та Операції об'єднаних сил (ООС), внаслідок збройного конфлікту постраждали близько 50000 осіб, з них близько 11000 загинули.

Практично у всіх учасників бойових дій діагностуються психічні розлади різного генезу: практично половина з них (49,8% за даними В.Я. Пішеля, М.Ю. Полив'яної) становлять розлади адаптації (РА) та Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Решта розладів психіки, що діагностуються у комбатантів відносяться до групи Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (F00-F09).

РА та ПТСР, які характеризуються тими чи іншими симптомами порушення афективної сфери (тривогою, страхом, депресією) можуть супроводжуватись розвитком проблем у міжособистісній взаємодії, що в свою чергу призводить до агресивної та саморуйнівної поведінки, частих змін роботи, фінансових труднощів, зловживання психоактивними речовинами (ПАР) та почуття відчуження від зовнішнього світу. Органічні симптоматичні розлади найчастіше проявляються виявляються як різні нозологічні варіанти психоорганічного синдрому, що супроводжується тріадою Вальтер-Бюеля (порушення пам'яті, інтелекту, нестійкість афекту). Нестійкість емоцій та

зниження інтелекту в свою чергу призводить також до порушення міжособистісної взаємодії.

Все це формує явище соціального дрейфу серед комбатантів, тобто низхідного руху через соціальні класи, що є результатом зниження психо-соціального функціонування, найчастіше через психічні розлади, зловживання наркотиками та алкоголем.

Мета роботи: комплексне дослідження явища соціального дрейфу серед учасників АТО та ООС, в яких діагностовано ті чи інші психічні розлади.

Матеріали та методи: Робота базується на результатах досліджень, представлених у фаховій літературі з даної проблеми та даних медичних карт обстежених стаціонарних пацієнтів на базі Вінницького обласного клінічного госпіталю ветеранів війни, КНП «Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенко Вінницької обласної Ради» та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Усі пацієнти дали інформовану добровільну згоду на проведення обстеження.

Результати: За даними іноземної фахової літератури близько 60% ветеранів з встановленим діагнозом ПТСР, РА чи Органічного психічного розладу повідомляють про значні проблеми в стосунках, порушення комунікації та згуртованості всередині сім'ї, порушення соціального функціонування. Вираженість проявів психічних розладів позитивно корелює з погіршенням психосоціального функціонування. Пацієнти з психічними розладами значно більш схильні до агресії та насильства в сім'ї.

За даними власного дослідження близько 95% обстежених військових висловлюють скарги на порушення міжособистісних комунікацій та соціального функціонування: неможливість працювати на тій же роботі, що і до бойових дій (67%), почастищення конфліктних ситуацій в сім'ї (48%), в тому числі з проявами фізичної агресії (10%), відчуття фрустрації, неможливості знайти себе (32%), нездатність адаптуватись у мирному житті (44%). У 41% виявлено схильність до вживання психоактивних речовин, яка виникла вперше або значно посилилась.

Висновки: Соціальний дрейф є суттєвим ускладненням перебігу розладів психіки у комбатантів, найбільш суттєвими його чинниками є зміна місця роботи та безробіття, конфліктні ситуації в сім'ї, вживання ПАР.

Трегубенко А.Р.

**ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА
БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИРАЖЕНОСТІ
БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ ЗА ДАНИМИ
СПРОМЕТРІЇ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Зеленська К.О.

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та медсестринства

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Піонова О.М.

Актуальність. Бронхіальна астма – це хронічне захворювання дихальних шляхів, в основі якого лежить бронхообструктивний синдром. Наявність бронхіальної обструкції та її важкість оцінюються за даними спірометрії. Найбільш важливим та об'єктивним показником обструкції є об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ₁), який у нормі вище 80%. Окрім інструментальних даних та клінічних симптомів не менш важливим є розвиток нервово-психічних порушень, які призводять до розвитку ускладнень.

Метою даного дослідження є вивчення рівня тривожності та депресії залежно від ступеня бронхообструкції.

Матеріали та методи. Нами було проведено обстеження пацієнток пульмо-алергологічного відділення з імунологічними та терапевтичними ліжками комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня». В дослідженні прийняли участь 27 жінок віком від 43 до 79 років, які страждають на бронхіальну астму. Обстеження включало в себе анкетування із використанням методики визначення рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера в інтерпретації Ю.Л. Ханіна, Шкали депресії А.Т. Бека та проведення спірометрії для визначення ступеня бронхіальної обструкції.

Результати. В ході дослідження було виявлено, що для 66,6% анкетованих пацієнток характерна депресія різного ступеня важкості, яка поєднується з високим рівнем особистісної тривожності. При подальшому вивченні результатів було виявлено, для 50% опитаних характерна легка депресія, а для 18,51% – помірна депресія. При оцінюванні показників ОФВ₁ у пацієнток із легкою депресією було виявлено, що для 78% з них характерний помірний (ОФВ₁ у межах від 60% до 69%) та середньо-тяжкий рівень бронхіальної обструкції. Показники (ОФВ₁) у пацієнток із помірним рівнем депресії свідчать про те, що для 60% з них характерний тяжкий (ОФВ₁ у межах від 35% до 49%), а для 40% – вкрай тяжкий (ОФВ₁ нижче 35%) рівень бронхіальної обструкції.

Висновки. Таким чином, в ході дослідження було виявлено, що рівень депресії у жінок, хворих на бронхіальну астму, має пряму залежність від ступеню обструкції бронхіального дерева. У зв'язку з цим ми рекомендуємо проведення адекватної медикаментозної терапії захворювання для забезпечення належної легеневої вентиляції та попередження розвитку нервово-психічних порушень.

Федорова О.Ю.

**ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ
ФОРМАМИ ДЕМЕНЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЮ
КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Борисенко В.В.

Важливою демографічною проблемою є старіння населення, що значно посилилось за останні декілька десятиліть. За даними ООН станом на 2009 рік,

старіння населення відзначається у всіх країнах світу, окрім 18. Це ж стосується і України, а саме з 1991 року і надалі щорічно, в нашій державі відзначається тенденція до переважання осіб похилого віку над кількістю новонароджених. Тож перед сучасною медициною, крім мільйонів інших важливих цілей стає ще одна, яка полягає в наданні кваліфікованої і якісної допомоги в лікуванні та догляді за такою значною і вразливою категорією як люди похилого віку. Одна з задач психіатрії полягає в якомога довшому збереженні ментальної сторони розуму, запобіганні ситуацій, які можуть порушити і погіршити здоров'я, а також покращити адаптативні можливості хворого. За даними, опублікованими американськими вченими, з двадцяти хворих із розладами когнітивного спектру в одного порушення виникли в доінсультний період і в одного – внаслідок інсульту, крім того у одного з трьох хворих – у результаті повторного випадку. Беззаперечним є зростання кількості хромосомних аномалій, спадковості, які також сприяють схильності до розвитку деменцій.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей адаптації у хворих із змішаною і судинною деменцією в залежності від ступеню когнітивних розладів.

Матеріали та методи: Для дослідження у вибірку було включено 40 хворих з різним ступенем виразності деменції, що знаходились на лікуванні у геронтопсихіатричному відділенні та відділенні учасників та інвалідів війни Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева. Вік хворих визначається межами від 62 до 94 років. Для об'єктивізації клінічного діагнозу та ступеню виразності когнітивних порушень і соціально-побутової адаптації нами були використані клінічне інтерв'ю з пацієнтами та особами, які їх доглядають, а також шкали: MMSE (коротка шкала оцінки психічного статусу, 1975), BADL (Брістольська шкала активності в повсякденному житті, Р. Брукс, 1974) і шкала Хачинського (В.Хачинський, 1975).

За результатами обстеження за шкалою Хачинського та даних медичної документації виявлено 16 хворих деменцією за змішаним типом, та 24 – з деменцією судинного походження. За результатами MMSE і BADL серед хворих зі змішаною деменцією на момент обстеження відмічені у 4 пацієнтів – легкі когнітивні порушення, у – 6 середнього ступеню та у – 6 тяжкого ступеню виразності, а серед хворих з судинною деменцією: у – 2 легкого, у 14 – середнього та у – 8 тяжкого ступеню виразності.

Висновки: Таким чином ступінь виразності деменції залежить від чинника, що спричинив розвиток когнітивних порушень. Середні показники зниження когнітивних функцій були вищі у хворих із судинною деменцією. Нами статистично доведено, що виразність порушень когнітивної сфери незалежно від етіологічного фактору, корелює зі ступенем порушень адаптації в повсякденному житті. Тому лікувально-реабілітаційні заходи у хворих з деменцією судинного походження повинні бути більш інтенсивними у зв'язку з більш значною соціально-побутовою дезадаптацією у даної групи хворих.

Хільчевський Б. С., Стабровський С. С.
РИЗИК ВИНИКНЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД УМОВ ПРАЦІ Й УЧБОВОГО ПРОЦЕСУ
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Кафедра неврології № 2

Науковий керівник: завідувач кафедри, д.мед.н., проф.
Товажнянська О.Л.

Актуальність: Останнім часом спостерігається збільшення випадків виникнення неврологічних розладів серед осіб молодого віку, особливо серед студентської молоді. До цього можуть призводити безліч факторів. Але серед студентів провідними факторами ризику є надмірна кількість годин, витрачена на навчання, наявність додаткової наукової діяльності, робота та особливості її графіку (нічні зміни), шкідливі звички, якість сну, відсутність фізичної активності та недостатнє проведення часу на свіжому повітрі. Проте існує думка, що саме студенти медичного профілю мають найважчі обставини, які безпосередньо впливають на функціонування нервової системи.

Мета: виявити закономірність виникнення неврологічних розладів (головний біль, астеничні порушення, порушення сну, когнітивні порушення) у студентів в залежності від умов їх праці й навчання. Порівняти ступінь ризику розвитку неврологічних симптомів у студентів медичного та немедичного профілю.

Матеріали та методи: Для проведення дослідження була розроблена анонімна анкета та проведено анкетування студентів різних спеціальностей Харківського національного медичного університету, Харківського національного економічного університету ім. С. Кузнеця, Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», Харківського національного університету радіоелектроніки. Було зібрано 73 анкети серед студентів медичного університету та 82 анкети серед студентів немедичних спеціальностей. На основі даних анкетування було використано структурний аналіз зібраних відповідей.

Результати: За підсумком проведеного анкетування було відмічене, що підвищений ризик виникнення неврологічних розладів мають саме студенти медичного університету. Це поєднувалося з такими факторами, як більш суттєва завантаженість учбового процесу – 72% респондентів медичного профілю витрачали більше 3 годин на самостійні заняття проти 42% серед студентів немедичного профілю, майже 56% студентів медичного профілю займаються додатково науковою діяльністю проти 23% студентів немедичних спеціальностей. Крім того, 52% студентів медичного профілю змушені працювати або підробляти, часто за рахунок нічного графіку, спричинюючи більшу завантаженість на нервову систему. Внаслідок цього студенти медичного профілю мають меншу якість сну – 54% сплять в середньому менше 6 годин за добу, в той час як лише 29% студентів немедичного профілю мають сон тривалістю менше 6 годин. Також слід відмітити, що й негативні звички в більшості випадків біли наявні саме серед студентів медичного профілю у порівнянні з студентами немедичного фаху (паління - 74% проти 42%;

відсутність навіть легкої фізичної активності – 22% проти 8%; відсутність хобі – 44% проти 35%). Як результат – 73% респондентів медичного університету страждають від головного болю з частотою 3-5 разів на тиждень, проти 34% серед студентів інших спеціальностей. Також студенти медичного університету мають патологічну сонливість вдень та порушення когнітивних функцій на 34% більше, астеничні розлади трапляються на 42% частіше.

Таким чином, підвищена завантаженість учбового процесу, додаткове працевлаштуванні та негативні звички у студентів медичного профілю в порівнянні із студентами інших вищих учбових закладів призводять до зменшення часу сну та перебування на свіжому повітрі. Це веде до гіпоксії мозку й заважає відновлюванню енергетичних ресурсів нервової системи. В підсумку створюється несприятливі умови для виникнення неврологічних розладів.

Цибенко Д.С.

ПОРУШЕННЯ СОЦІОПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ В СІМ'ЯХ, ДЕ ОДИН ІЗ ЧЛЕНІВ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ СТРАЖДАЄ НА НЕВРОЗ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Борисенко В. В.

Невротичні розлади все частіше зустрічаються в практиці не тільки психіатрів, але й лікарів загальної практики. Проте надання кваліфікованої медичної допомоги цій категорії пацієнтів зводиться лише до фармакологічної та психотерапевтичної корекції психоемоційного стану самого хворого. Врахування мікросоціального середовища, міжособистісних взаємовідносин хворого та ступеню адаптованості в ньому, а також факторів, що значно її знижують можуть в значній мірі впливати на ефективність лікування.

Метою даної роботи була оцінка рівня прийняття себе та оточуючих хворими на невроз, ступеню емоційного комфорту в сім'ї та соціопсихологічного стану адаптації хворих та членів їх сімей (дружини чи чоловіка).

Обстежено 16 сімейних пар. В кожній парі один із суб'єктів мав невроз та проходив лікування у відділенні неврозів Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева. Використовувалось клінічне інтерв'ю з кожним піддослідним персонально для оцінки клініко-динамічних показників захворювання. Психопатологічне обстеження пацієнта та члена подружньої пари проводилось із використанням опитувальника Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості) (Дж. Бучер, В. Далстром і Б. Кеммер, 1989), для оцінки профілю особистості та тест-діагностики соціопсихологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд, 1954), з метою оцінки виразності ступеню порушення соціопсихологічної адаптації. Усереднені профілі особистості за опитувальником Міні-мульти як пацієнтів, так і членів їх сімей мають завищені показники тривожності, депресії та психастенії. За даними тест-діагностики соціопсихологічної адаптації ми виявили, що з 16 пацієнтів, хворих на невроз, 3 – соціоадаптовані,

3 – мають легкі соціоадаптивні порушення, та 10 мають середні соціоадаптивні порушення. Від дружин та чоловіків даних пацієнтів ми отримали такі дані: 6 – повністю соціоадаптовані. 8 – мають легку та 2 – середню дезадаптацію.

Отримані результати свідчать, що невроз одного з подружжя мав вплив на дружину/чоловіка у 10 пар, про що свідчать тести, які вказують на порушення соціопсихологічної адаптації. Ступінь вираженості дезадаптації у подружжя залежало від обтяженості і виразності неврозу у хворого.

Таким чином, є доцільним проведення сімейної психотерапії в межах комплексного лікування неврозів, у зв'язку з порушенням адаптації обох членів подружньої пари.

Чекмарьова А.М.

СТРУКТУРА ЯКОСТЕЙ ЛІКАРЯ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ ДОВІРУ

Сумський державний університет, Суми, Україна

**Кафедра нейрохірургії та неврології, курс психіатрії, наркології,
медичної психології**

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Кустов А.В.

Актуальність. Довіра є універсальним соціально-психологічним процесом, який бере участь у формуванні широкого спектру відносин особистості до цінностей навколишнього світу. Через «фільтр довіри» просочуються факти історичних подій, біографії відомих особистостей, політичні та світоглядні концепції та системи. На мікросоціальному рівні довіра виражається в вірі індивіда в надійність сімейно-шлюбних, дитячо-батьківських, дружніх, любовних, виробничих, професійних та інших відносин. Цінність соціальних відносин, їх визнання і прийняття, або заперечення і нівелювання буде залежати від ступеня довіри до партнера, колективу, пропонованим концепціям, громадській або державній установі. У зв'язку з цим, довіру можна вважати барометром і тригером (спусковим гачком) інтерперсональних відносин. Ця тема має глибоке універсальне значення в зв'язку з тотальною багаторівневою кризою довіри в наш час. Звичайно, вона стосується відносин пацієнтів та їхніх родичів до лікарів, організації допомоги хворим, до медицини в цілому.

Мета дослідження – вивчити структуру якостей лікаря, які викликають довіру у реальних і потенційних пацієнтів в залежності від їх віку та взаємодії таких психологічних характеристик, як рефлексія, алекситимія і емпатія. Вивчена література показала, що дослідження взаємодії цих якостей для вирішення поставленої мети іншими авторами не розглядалася.

Методи дослідження. Для вирішення мети і реалізації завдань були використані психологічні тести: Торонтська алекситимічна шкала, методика визначення загального показника рефлексії А.В. Карпова, методика дослідження показників емпатії І.М. Юсупова, тест дослідження довіри до лікаря А.В. Кустова. З методів статистичної обробки отриманих результатів використовувалися метод виявлення достовірних відмінностей Стьюдента і кореляційний аналіз по Пірsonу.

Матеріал дослідження. У дослідженні брали участь 120 респондентів різного віку, оскільки передбачалося, що вік також є однією з умов формування довіри до лікаря. Учасники дослідження представляли три стандартні вікові групи, кожна з яких складалася з 40 чоловік. У групі молодих середній вік становив 20,7, у людей зрілого віку – 42,3, у літніх – 60,5 років.

Висновки. Дослідження показало, що механізми рефлексії та алекситимії з позиції принципу континууму слід розглядати як «дві сторони однієї медалі». Це означає, що чим вище рівень рефлексії, тим слабкіше комплекс алекситимії, і навпаки. З'ясовано, що рефлексія є динамічно розвиваючим станом, який з віком дозволяє індивіду більш усвідомлено і диференційовано вивчати свій внутрішній світ. Було уточнено, що незалежно від віку більшість респондентів цінують у лікарів почуття гумору, інтелігентну манеру поведінки, такі якості, як уміння спілкуватися, доносити інформацію в доступній і грамотній формі. Поряд з цим було з'ясовано, що перевага тих чи інших якостей лікаря залежить від віку пацієнта. Люди похилого віку надають великого значення емоційному компоненту спілкування з лікарем і цінують його вміння викликати прихильність до себе оточуючих людей. Для молодих людей більш актуальним є такі характеристики лікарів, як гідність, повага до колег, увага до пацієнтів, грамотність і професіоналізм. Відзначено, що відношення респондентів до тих чи інших якостей лікарів залежить від їх здатності до рефлексії та рівня алекситимії. Особистості з високим рівнем рефлексії цінують ті якості лікаря, які притаманні даній групі респондентів (схильність до активного діалогу з собою, здатність контролювати свої думки, почуття, вміння керувати власною поведінкою і т.д.).

Шаповал В.В.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛГБТ+ ПРЕДСТАВНИКІВ ТА ОСІБ ГЕТЕРОСЕСУАЛЬНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології, та медичної психології.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Маркова М.В.

Актуальність: Українське суспільство, як і у багато інших пострадянських країн, дуже довго, агресивно і вороже було налаштовано проти ЛГБТ+ людей і деякий час, зовсім закривало очі на існування людей нетрадиційної психосексуальної орієнтації. Це призвело до дискримінації, і навіть, злочинів на ґрунті ненависті. В останні роки ситуація, дещо, змінилась. Проте, питання ЛГБТ+ людей залишається відкритим для українців. За даними МВД України та Державної служби статистики, в Україні проживає від 800 тисяч до 1.2 млн людей з нетрадиційною сексуальною орієнтацією. Лише за останній рік було зафіксовано 53 напади на ЛГБТ+ активістів і це лише зафіксовані напади поліцією. Тому, ми вважаємо за важливе дослідити психологічні особливості, такої великої соціальної групи.

Мета: здійснити порівняльний аналіз особливостей психоемоційної сфери та якості життя ЛГБТ+ персон та осіб традиційної сексуальної орієнтації.

Контингент і методи дослідження: В дослідженні прийняли участь 24 людини віком від 20 до 30 років, по 12 представників традиційної та не традиційної психосексуальної орієнтації, які пройшли опитування, що складалось з авторської анкети, питань за шкалою HADS та SF-36.

Результати: отримавши результати маємо наступне ЛГБТ+ представників 33.3% респондентів живуть з клінічно вираженою тривогою, 41.6% - страждають від субклінічно вираженої тривоги 25.1% не мають проявів тривоги. Що до депресії, то 25% людей мають субклінічно виражений характер та 75% взагалі, живуть без ознак депресії. В групі опитуваних гетеросексуалів картина дещо інша: 16.6% відмітили у себе клінічну тривогу, 33.3% знаходяться на субклінічному рівні та 50.1% не мають прояви тривоги. Відносно депресії, 16.6% опитуваних мають субклінічний характер, 83.4% не мають проявів депресії зовсім. За даними тесту SF-36, фізичне здоров'я у обох груп приблизно на одному, високому, рівні. А ось психічний компонент майже у 2.5 рази нижчий у ЛГБТ+ групі.

Висновки: отже, у першій групі гомосексуали, мають значно вищий рівень тривоги та дещо вищий рівень депресії у порівнянні з представниками гетеросексуальної групи. Звісно, такий стан речей впливає і на показник якості життя серед ЛГБТ+ людей, який є значно нижчим, ніж у групі гетеросексуалів. Серед причин, що зумовлюють такі розбіжності, опитувані на перше місце виносять наступне: перша група – відмічає проблеми з безпекою у соціумі, пережиті напади праворадикальних груп у минулому, проблеми з власною соціалізацією, сварки з родичами та близькими. У другій групі на першому плані проблеми у навчанні чи роботі, розлади з рідними та близькими, особисті проблеми.

Шролик К.О., Кордюмова А.К.

ОЦІНКА СТАНУ ВИХІДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Мозгова Т.П.

Актуальність. Дисфункція вегетативної нервової системи широко поширена в загальній популяції. Нерідко вегетативна дисфункція зустрічається також у осіб, які вважають себе практично здоровими. У всіх цих випадках вегетативні порушення мають абсолютно різний етіопатогенез, по-різному проявляються клінічно і вимагають диференційованого терапевтичного підходу.

Мета дослідження. Оцінити стан вихідного вегетативного тону у студентів медичного університету та визначити наявність сформованого синдрому вегетативної дистонії.

Матеріал і методи. Проведено дослідження 43 студентів Харківського національного медичного університету 17-22 років. В якості методу дослідження була використана «Схема дослідження вихідного вегетативного тону»»; оцінка показників проводилася відповідно до стандартного ключа. У процесі дослідження була проаналізована структура клінічних проявів вихідного вегетативного тону обстежених.

Результати дослідження. Аналіз результатів дослідження свідчив, що сформований синдром вегетативної дистонії спостерігався у 44,2% досліджуваних. Найбільш частими скаргами, які відзначалися у 69,8% студентів, були погіршення самопочуття при зміні погоди та погана переносимість спеки, холоду, задухи – в 60,5% випадків. Наявність підвищеної тривожності, дратівливості, гнівливості, нестриманості, почуття занепокоєння, страху, різкі зміни настрою, астенія спостерігалися у 58,1% студентів; гіпергідроз у вигляді локального підвищення пітливості (стоп, долонь, пахвових западин) відзначалася в 34,9% випадків, в той час як генералізована пітливість в 9%.

Наступним симптомом за поширеністю у обстежених була підвищена нервово-м'язова збудливість: симптом Хвостека, схильність до м'язових спазмів, яка визначалася у третій частині студентів – 32,6% випадків, при цьому м'язові спазми частіше виявлялися в нижніх кінцівках.

Симптоми: наявність гіпервентиляційного синдрому (порушення глибини й частоти дихання, відчуття «нестачі» повітря), порушення функції шлунково-кишкового тракту (при відсутності органічної патології) та наявність вегетосудинних кризів, мігрень, схильності до зомління були виявлені у 27,9%; 30,1% й 25,6% досліджуваних відповідно.

Випинаючий дермографізм був виявлений у 18,6% обстежених і свідчить про порушення фізіологічних співвідношень між симпатичною й парасимпатичною системами.

Наявність деяких одиничних симптомів в загальній когорті обстежених було розцінено як незначний показник.

Таким чином, розповсюдженість сформованого синдрому вегетативної дистонії серед майбутніх лікарів достатньо висока; у структурі клінічних проявів вихідного вегетативного тону обстежених переважають симптоми метеозалежності і емоційних порушень (наявність підвищеної тривожності, дратівливості, гнівливості, нестриманості, почуття занепокоєння, страху, різкі зміни настрою, астенія). Останнє являє собою психовегетативний синдром, який є клінічним проявом органічної церебральної недостатності.

В цілому, аналіз показників функціонування вегетативної нервової системи у обстежених студентів медичного університету відображає рівень порушення адаптивної функції, що забезпечується, в основному, центральними механізмами головного мозку.

Щебетенко В.О.
РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра неврології №1

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Різниченко О.К.

Актуальність: щорічно від інсульту помирає більше 40 тисяч українців. Смертність від інсульту в Україні в 2 рази вище, ніж в Західній Європі; 18,5 тисяч українців щорічно стають інвалідами в результаті інсульту; 35% українців, у яких реєструється інсульт, є працездатними. Важливе значення для відновлення моторних функцій при ішемічному інсульті (ІІ) має рання реабілітація пацієнтів, систематичність і тривалість заходів спрямованих на відновлення. В основі реабілітації є нейропластичність – властивість мозку змінювати свою функціональну і структурну реорганізацію, здатність різних його структур залучатися до різних форм діяльності.

Матеріали і методи: ми спостерігали за 48 пацієнтами під час гострого періоду ішемічного інсульту, з них - 27 осіб перенесли ішемічний інсульт басейну лівої середньої мозкової артерії (СМА) і 21 осіб - в басейні правої СМА, зі спастичними правосторонніми і лівосторонніми геміпарезами відповідно. Основними задачами реабілітації цих пацієнтів були: рання активізація хворих; попередження розвитку патологічних станів і ускладнень; відновлення активних рухів. З перших годин ми проводили реабілітаційні заходи, такі як лікування положенням (антиспастичні укладки кінцівок), пасивні вправи і вибіркового масаж. Паралельно з активізацією пацієнта і переводом його в вертикальне положення застосовували активну лікувальну гімнастику для відновлення рухів в паралізованих кінцівках, електростимуляцію нервово-м'язового апарату. Одночасно з відновленням рухів, навчали ходьбі і елементам самообслуговування.

У ранній відновний період (перші 6 місяців з моменту інсульту), усім хворим рекомендувалося використовувати кінезотерапію, спрямовану на активізацію рухів в паретичних кінцівках. Реабілітація проводилась в поєднанні з адекватною медикаментозною терапією. З пацієнтами, які мали мовні порушення проводилися заняття по відновленню мови, читання і письма з логопедами-афазіологами чи нейропсихологами.

Висновки: на підставі проведеної нами реабілітаційної роботи з пацієнтами, що перенесли ІІ була підтвержена безумовна необхідність цих заходів для ефективного відновлення рухової активності паралізованих кінцівок і мовної функції, а також для покращення мотивації хворих до повноцінного, активного життя.

Юнцова К.О.
НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ ЖІНОК НА
ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНУ ЕПІЛЕПСІЮ
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: завідувач кафедрою, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

Актуальність. Згідно з медичною статистикою, на епілепсію страждає 2-3% населення у всьому світі. Епілепсія - одне з найбільш поширених і труднокурабельних (фармакорезистентних) захворювань, яке є серйозною медичною проблемою, що має виразну соціально-економічну складову.

Метою нашого дослідження було вивчити частоту неспсихотичних психічних розладів у жінок, хворих на епілепсію при фармакорезистентності

Матеріали та методи. Обстежено 22 хворих на епілепсію з фармакорезистентної формою епілепсії. Фармакорезистентності визначалася за критеріями МПЕЛ: неефективність терапії двома і більше антиепілептичних препаратами (АЕП) в терапевтичних дозах, що застосовуються як в режимі монотерапії, так і комбінації. В роботі використовувалися наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний; клініко-неврологічний; Психометричний, що включає психометричні шкали і опитувальники: самоопроснік «Госпітальна шкала оцінки тривоги і депресії» (Hospital Anxiety Depressive Scale (HADS), 1983), самоопроснік «Шкала оцінки депресії Бека» (Beck Depression Inventory (BDI), Beck A. T. et al., 1961), шкала оцінки симптомів тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) Hamilton M., 1959, 1960, 1967).

Результати: при аналізі неспсихотичних розладів у групі хворих з ФРЕ виявлено, що у 79,4% обстежених неспсихотичні психічні розлади характеризувалися наявністю різноманітних депресивних і тривожних психопатологічних станів. У групі пацієнтів на ФРЕ у більшості пацієнтів (76,3%) на момент обстеження були виявлені афективні психічні порушення, частіше вони зустрічалися у жінок. При клініко-психопатологічному аналізі афективних порушень у порівнюваних групах хворих було встановлено, що в загальній групі хворих на епілепсію неспсихотичні психічні розлади депресивного спектру в анамнезі і на момент обстеження спостерігалися у 10 (45,5%) хворих. При цьому були виділені наступні клінічні форми неспсихотичних депресивних симптомокомплексів: 1. Тужливі депресії і субдепресії - 5 осіб (22%); 2. адинамічні депресії і субдепресії спостерігалися у 7 осіб (31%); 3. Тривожні депресії і субдепресії мали місце у 13 жінок у групі хворих з ФРЕ (59%); 4. Іпохондричні депресії і субдепресії спостерігалися у дев'яти пацієнтів (41%); 5. дисфоричні афективні прояви виявлені у трьох хворих (13%)

Висновок. Таким чином, можна констатувати, що у хворих з ФРЕ має місце не тільки статистично більш часта представленість афективних неспсихотичних розладів, але також велика «Брутальність» і «структурна складність» їх психопатологічних проявів, що мають афінитет до особистісних характеристик індивідуума. У групі хворих з резистентним перебігом епілепсії неспсихотичні психічні розлади (НПР) депресивного і тривожного спектру на момент проведення обстеження зустрічалися частіше.

Яніогло О.О.
РОЗВИТОК ДЕПРЕСІЇ НА ФОНІ ТРИВАЛОЇ АЛЬФА
ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ: МОЖЛИВІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА
ЛІКУВАННЯ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н., Хаустов М.М.

Актуальність: інтерферони – ендогенні пептиди, що володіють противірусною, протипухлинною та імуномодулюючою активністю. Препарати альфа-інтерферону використовують в терапії онкологічних і вірусних захворювань, зокрема, гепатиту В, ГРВІ, саркома Капоші, мієломи, лейкозу, В і Т-клітинні лімфоми та ін.. Курси альфа-інтерферонотерапії тривалі, що підвищує ризик розвитку побічних ефектів, що впливають на різні системи організму. В ході лікування пацієнтів з хронічним гепатитом В, частота депресії варіює від 18 до 70%. Залишається не визначеним вплив застосування антидепресантів на кінцеву ефективність противірусної терапії.

Цілі дослідження: визначити особливості виникнення і зміни депресивних розладів у пацієнтів приймаючих курс альфа-інтерферонотерапії на тлі хронічного вірусного гепатиту типу В.

Матеріали і методи: спостереження за групою пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом типу В протягом 12 тижнів з використанням 5млнМЕ / добу дозами альфа-інтерферону і проведенням проспективного спостереження після кожного тижня лікування з використанням шкали Гамільтона для оцінки депресії.

Результати: при аналізі можливості розвитку депресивного синдрому в залежності від анамнестичних і клінічних даних параметри хронічного вірусного гепатиту В, не було отримано достовірної залежності розвитку певного синдрому. Однак, застосування інтерферону у хворих на хронічний вірусний гепатит В викликало депресивні розлади, на які раніше не страждали пацієнти. Клінічна картина поліморфна з переважанням тривожно-депресивної і депресивно-дисфоричних симптомів. Тяжкість депресії не пов'язана з тяжкістю прояви основного захворювання і противірусним лікуванням. Слід також зазначити, що противірусна терапія призводить до великої кількості виражених побічних дій, які у більшості хворих не зникали протягом усього курсу терапії. До них відносяться: головні і суглобові болі, важка астения з дратівливістю, сльозливість, підвищеною стомлюваністю, сонливістю і вираженим зниженням працездатності. У групі людей, які отримують антидепресанти під час даних симптомів не спостерігалось або вони були не настільки виражені. Для визначення групи препаратів, що знижують депресивну симптоматику, пацієнти, які отримували

антидепресанти були розділені на 2 групи: 1 група-пацієнти, що приймають стимулятори зворотного захоплення серотоніну, 2 групи-пацієнти приймають препарати підсилюють центральну адренергічну і серотонінергічну передачу. У пацієнтів другої групи відзначена позитивна динаміка на терапію при порушенні концентрації уваги, труднощі з включенням в нову діяльність, знижений апетит і суїцидальні тенденції, ніж у пацієнтів першої групи. Справа в тому, що альфа-інтерферон знижує позаклітинну концентрацію серотоніну, впливає на білки переносники серотоніну шляхом посилення вироблення гамма-інтерферону та інтерлейкіну. Так само він стимулює утворення індоламін 2,3 диоксигенази, що знижує кількість L-триптофану, попередника серотоніну в плазмі крові, а в ЦНС призводить до дегідратації серотоніну. Індоламін 2,3 диоксигеназа збільшує продукцію кінуреїнов, які є нейротоксичними і обумовлюють розвиток когнітивних порушень.

Висновок: провівши дане дослідження можна сказати, що депресія, яка виникла як результат лікування альфа-інтерферону, представляє важливу клінічну проблему. Формування депресивної симптоматики пов'язують зі змінами в обміні серотоніну, катехоламінів і активацією гіпоталамо гіпофізарної системи. Так само було відзначено низький розвиток депресивного синдрому у людей, які приймають препарати стимулятори центральної адренергічної та серотонінергічної передачі, що має сенс в практиці лікаря клініциста.

ЗМІСТ

Elisha Reanna Selvaratham, Martin Istanzeze	3
TREATMENT OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER WITH ACUTE MANIC EPISODE	3
Koampah Abena Nkansa	3
COMPREHENSIVE APPROACH TO PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF ORGANIC AFFECTIVE DISORDERS	3
Terekhovskaya L.A., Kannappan Vignesh Chenna	4
CLINICAL FEATURES OF DEPRESSIVE DISORDERS OF ORGANIC AND PSYCHOGENIC GENESIS	4
Абдул Самад Рашид	6
ПОЄДНАНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ	6
Бабаєва Н.В., Перина А.В., Гаврилов К.А.	7
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ	7
Байкенич А.В.	8
ВПЛИВ ПРОДУКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ НА СОЦІАЛЬНУ АДАПТАЦІЮ ПАЦІЄНТІВ З ІНВОЛЮЦІЙНИМ ПАРАНОЇДОМ	8
Борисенко М. В.	9
МУЗИКОТЕРАПІЯ ЯК ФАКТОР ПОКРАЩЕННЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ	9
Вашкіте І.Д.	10
МОДЕЛІ СУПЕРВІЗІЇ В ПСИХОТЕРАПІЇ, ЩО РОЗВИВАЮТЬСЯ	10
Вітько А. А.	10
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ	10
Волков І. А.	11
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ НА ТРЕТИННОМУ РІВНІ ДОПОМОГИ	11
Гриценко А.С.	12
ОЦІНКА ВЗАЄМОВІДНОСИН ДІТЕЙ ТА ЧЛЕНІВ ЇХ СІМ'Ї, НА ПРИКЛАДІ РІЗНИХ МОДЕЛЕЙ РОДИН	12
Дегтяр К.О.,Гриценко А.С.,Онікова А.О.	14
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ АВТОНОМНОЇ СЕНСОРНОЇ МЕРИДІОНАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ	14
Демченко О. В.	15
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДО УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА ПРИКЛАДІ АРТ-ТЕРАПІЇ	15
Довгалоук А.О.	17
ВПЛИВ ТЕАТРОТЕРАПІЇ НА ЛЮДЕЙ З ЛЕГКИМ СТУПЕНЕМ РОЗУМОВОЇ ВІДСТАЛОСТІ	17

Животовська А. І.....	18
ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	18
Какуліді У.О.....	19
ОСОБЛИВОСТІ СПИННОМОЗКОВОЇ РІДИНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНИХ ЕНЦЕФАЛОПАТІЯХ.....	19
Каплюх О.М.	20
ОЦІНКА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРИ ОРГАНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	20
Кіндрук Ю. Ю.....	21
РОЗЛАДИ СНУ У ОСІБ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ	21
Кондратенко А.П.....	23
ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ДИСМОРФОФОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ СЕРЕД МОЛОДИХ ЖІНОК	23
Коновалова К. Д., Плотнікова А. Д.....	24
ВПЛИВ ШУМУ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ УВАГИ	24
Король В.А.....	25
ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДЕПРЕСІЇ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ	25
Косенко Ю.В.....	26
АДАПТАЦІЯ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ДО МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЇ.....	26
Красковська Т.Ю., Бережний Г.Г.....	27
ПОШИРЕНІСТЬ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ.....	27
Мороз Д. В.....	28
ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ПОЄДНАНОГО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ПІД ВПЛИВОМ ІНТЕРНЕТ-КОРИСТУВАННЯ.....	28
Мосейко В.В.....	30
ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ ТА ТИПИ ЇХ АКЦЕНТУАЦІЙ ПІД ЧАС НОРМАЛЬНОГО ПРОТІКАННЯ ВАГІТНОСТІ ТА З ГЕСТОЗОМ	30
Ольхова А.О.....	30
ВПЛИВ БОЙОВОГО ДОСВІДУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ СПРИЙНЯТТЯ ПСИХОТРАВМУЮЧОЇ ПОДІЇ У ВІЙСЬКОВИХ.....	30
Посохова І.В., Сосонний Д.І.	31
ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ СНУ ТА ПОРУШЕНЬ СНУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ – МЕДИКІВ.....	31
Пташинська А.І., Сухарєва Л.П.	32
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПРАЦЮЮЧИХ І НЕПРАЦЮЮЧИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	32
Радченко Т.М.	33
ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОКРИННОГО СТАТУСУ ЖІНОК З ОПОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ.....	33
Реміняк-Борзова Ю.К.....	34

ЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА МІГРЕНЬ	34
Рижова Д.В., Ващенко Н.В., Літвінова К.О.....	36
ВПЛИВ ЯКОСТІ НІЧНОГО СНУ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ	36
Родзінська Т. Ю.....	37
ФУНКЦІОНАЛЬНА АСИМЕТРІЯ ЯК ВІДКРИТЕ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ НЕЙРОПСИХОЛОГІЇ	37
Семененко К.М.	39
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У КОМБАТАНТІВ	39
Сирчіна В.О., Чала А.Р.	40
ПРОБЛЕМА ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГАДЖЕТІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ ...	40
Тимохіна А.О.....	41
ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСІЇ У ЛЮДЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЇХ ЖИТТЯ	41
Тимощук К.С.....	43
ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСІЇ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ	43
Токарчук О.О. ¹ , Шулякова М.І. ²	44
СОЦІАЛЬНИЙ ДРЕЙФ ЯК УСКЛАДНЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ У КОМБАТАНТІВ ...	44
Трегубенко А.Р.....	45
ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИРАЖЕНОСТІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ ЗА ДАНИМИ СПРОМЕТРІЇ	45
Федорова О.Ю.....	46
ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ФОРМАМИ ДЕМЕНЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЮ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ	46
Хільчевський Б. С., Стабровський С. С.	48
РИЗИК ВИНИКНЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІВ ВІД УМОВ ПРАЦІ Й УЧБОВОГО ПРОЦЕСУ	48
Цибенко Д.С.	49
ПОРУШЕННЯ СОЦІОПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ В СІМ'ЯХ, ДЕ ОДИН ІЗ ЧЛЕНІВ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ СТРАЖДАЄ НА НЕВРОЗ	49
Чекмарьова А.М.....	50
СТРУКТУРА ЯКОСТЕЙ ЛІКАРЯ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ ДОВІРУ	50
Шаповал В.В.	51
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛГБТ+ ПРЕДСТАВНИКІВ ТА ОСІБ ГЕТЕРОСЕСУАЛЬНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ	51
Шролик К.О., Кордюмова А.К.....	52
ОЦІНКА СТАНУ ВИХІДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	52
Щебетенко В.О.....	54
РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ	54
Юнцова К.О.	54

НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ ЖІНОК НА ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНУ ЕПІЛЕПСІЮ	54
Янігло О.О.	56
РОЗВИТОК ДЕПРЕСІЇ НА ФОНІ ТРИВАЛОЇ АЛЬФА ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ: МОЖЛИВІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА ЛІКУВАННЯ	56