

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ
«СТУДЕНТИ-НАУКОВЦІ ЗДМУ В СУЧАСНІЙ
МЕДИЦИНІ І ФАРМАЦІЇ – 2019»

в рамках I туру «Всеукраїнського конкурсу студентських
наукових робіт з галузей звань і спеціальностей
у 2018 – 2019 н.р.»

06 – 07 лютого 2019 року

Запоріжжя – 2019

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О.

Заступники голови:

голова студентської Ради Усатенко М., помічник проректора з наукової роботи, проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

Члени оргкомітету:

перший заступник голови Студентської ради Подлужний Г., члени науково-навчального сектору студради Москалюк А., Скоба В., Гонтаренко Е.

Секретар: Брезицька К.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ. КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ

Демченко А. В.

І медичний факультет, IV курс

В даний час в багатьох розвинених пацієнти за допомогою телемедицини мають можливість отримати попереднє консультування та рекомендації, які полегшать подальшу роботу лікаря і прискорить лікування. Згідно зі статистичними даними, рівень захворюваності у сільського населення нижче, ніж серед жителів міст, проте смертність вища в 1,5 рази, що демонструє несвоєчасність початку діагностики та лікування і в цілому низький рівень медичного обслуговування населення. Якщо врахувати, що спочатку телемедицина була орієнтована на контингент, який в силу відстані не має можливість на термінове консультування і початок курації (а в контексті психіатрії до нього можна віднести віддалені від обласних центрів села), то можна зробити висновок про значну актуальність питання її становлення і розвитку в сфері психіатрії. Підвищенню актуальності сприяє часта дисимуляція та дезагрегація пацієнтами деяких симптомів при досліджуваних станах. Це може привести до сумних наслідків у разі, коли пацієнт страждає нервовою анорексією – запізнілий початок адекватного лікування завдає непоправної шкоди соматичному здоров'ю.

Нервова анорексія є поширеною хворобою, зустрічаючись у 1.2% жінок і 0.29% чоловіків. Цей розлад супроводжується важкими порушеннями фізичного здоров'я і високим показником летальності при відсутності адекватного лікування. Через поширеність і тяжкість життєво необхідна своєчасна діагностика анорексії, а через здатність до імітації інших розладів, зокрема дисоціативних, особливо актуальною стає диференціальна діагностика. Дисоціативні розлади здатні мімікрувати під різні соматичні, неврологічні і психічні патології. При певній клінічній картині, а саме при порушенні харчової поведінки, дисоціативні розлади здатні імітувати картину нервової анорексії і також часто зустрічаються в даний час. Це є прямою передумовою до формування методики їх диференціювання.

Метою дослідження є відбір критеріїв, що дозволяють проводити диференційну діагностику нервової анорексії (F50.0) і змішаних дисоціативних (конверсійних) розладів (F44.7) з порушенням харчової поведінки в контексті застосування в телемедицині.

Контингент, методи і дизайн дослідження.

Був обстежений контингент, представлений 43 пацієнтами КУ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня». Контингент був сформований з 2-х груп (Г1 і Г2) порівняння з використанням критеріїв включення-виключення.

Були використані наступні **методи дослідження**: математичної статистики (достовірність відмінності від якісних ознак з використанням непараметричного критерію χ^2), оцінки діагностичної цінності (діагностичні коефіцієнти (ДК), а також інформативність (МІ) Кульбака), вивчення ознак з формуванням диференціально-діагностичної таблиці, пристосованої до застосування в процесах послідовної процедури А. Вальда (в модифікаціях Е. Г. Гублера).

На I етапі була проведена інвентаризація (або систематизація) існуючих діагностичних критеріїв нервової анорексії та змішаних дисоціативних (конверсійних) розладів, певних методів аналізу спеціальної літератури.

На II етапі дослідження було проведено порівняльний аналіз частоти зустрічальності ознак, визначених на першому етапі у представників різних груп порівнянь з розрахунками ДК і МІ за відповідними формулами.

Результати дослідження. В ході першого етапу була сформована діагностична шкала шляхом систематизації критеріїв діагностики нервової анорексії та дисоціативних розладів і виключення критеріїв, які були відсутні або субтотально присутні в одній з груп. На II етапі дослідження був проведений порівняльний аналіз частоти зустрічальності визначених на I етапі критеріїв, в результаті були виключені критерії з низькою частотою зустрічальності і відсутністю відмінності у групах. Для інших критеріїв були розраховані ДК і МІ. Аналіз достовірності відмінностей (порогове значення р-критерію $\leq 0,05$) та заходів інформативності

(порогове значення $MI \geq 0,5$) ознак дозволив сепарувати із загального масиву, ознаки, які є валідними для диференціації. В результаті був сформований бланк диференціальної діагностики нервової анорексії та дисоціативних розладів. Заповнення даного бланка засноване на опитуванні і віддаленим наглядом за пацієнтом в ході телефонного або відеозв'язку. Бланк має 10 пунктів (критеріїв) з різними діагностичними коефіцієнтами : втрата ваги більше 10%, імпульсивність, емоційна лабільність, тригер, голодування, достатня критика до хвороби, вегетативні розлади, потребування підвищеної уваги, страх перед прийомом їжі, манерність.

При виявленні ознак, присутньої в бланку проводиться відмітка в області відповідного сегмента, так само як і при відсутності робиться помітка в області відповідного сегмента бланка. Після заповнення кожного ряду підраховується сума ДК зазначених вище ознак, а при досягненні $\sum DK$ значень +13 або -13 вноситься попередній висновок щодо належності психопатологічних критеріїв до нервової анорексії, якщо $\sum DK = -13$, або до дисоціативного розладу, якщо $\sum DK = +13$ з рівнем достовірності 95% ($p=0,05$). При досягненні значення $\sum DK = +20, -20$, вноситься діагностичний висновок, що має достовірність 99% ($p=0,01$).

CRYPTOCOCCAL BRAIN DAMAGE IN PATIENTS WITH CO-INFECTION TUBERCULOSIS/HIV	32
Mohith Kumar Kothapalli	
АНАЛІЗ ВИПАДКУ ФУЛЬМІНАНТНОЇ ФОРМИ ГЕПАТИТУ В, ЯКИЙ ЗАКІНЧИВСЯ ЛЕТАЛЬНО У ХВОРОГО 41 РОКУ	33
Богдан І.І., Федько К.О.	
АПКОПЛАСТ МАЛЯРІЙНОГО ПЛАЗМОДІЯ	34
Дубовик Д. Ю.	
ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ВІТАМІНУ D ПРИ СИФІЛІТИЧНІЙ ІНФЕКЦІЇ	35
Коваленко А.Ю., Дмитренко І.П.	
TOXOPLASMA GONDII: КЛІТИННІ ВЗАЄМОДІЇ У СИСТЕМІ ПАРАЗИТ-ХАЗЯЇН	36
Курінна В.С.	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ТА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ.	38
Мазур О.С.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА	39
Пилипенко А.Г.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕВРОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ	40
ВИВЧЕННЯ РОЛІ HSP70 РЕГУЛЯЦІЇ ЕНЕРГЕТИЧНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГПМК	40
Боднарчук Я.Б., Ковальчук Д.О.	
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ШЕМІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИХОДУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ЗАХВОРЮВАННЯ	41
І медичний факультет	
ПСЕВДОМОРФОЗ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ІНТЕРНЕТ-ПРОСТОРИ НА ПРИКЛАДІ ПСІОПЕРАТОРІВ: КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ	41
Дегтяренко В. Р.	
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ. КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ	43
Демченко А. В.	
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ, ФАКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО РЕЗУЛЬТАТУ	44
Запорожченко Є.А.	
ВЕНОЗНІ МОЗКОВІ ІНСУЛЬТИ (КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)	45
Коваленко В.А.	
ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПАТЕРНІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ІНТЕРНЕТ- КОРИСТУВАННЯМ, НА СТРУКТУРУ ТА ДИНАМІКУ АДИКЦІЙ У ХВОРИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	46
Мороз Д.В.	
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ІНСУЛЬТОПОДІБНИМ ПЕРЕБІГОМ	48
Пухальський М. П.	