



ISSN 2522-1116

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І  
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
**науково-практичної конференції з міжнародною участю**  
**молодих вчених та студентів**

**«Актуальні питання сучасної медицини і  
фармації - 2021»**

**15 – 16 квітня 2021 року**



**ЗАПОРІЖЖЯ – 2021**

УДК: 61  
А43

Конференцію зареєстровано в Укр ІНТЕІ (посвідчення № 163 від 12.02.2021).

## **ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:**

**Голова оргкомітету:** проф. Колесник Ю.М.

**Заступники голови:** проф. Туманський В.О., проф. Бєленічев І.Ф.

**Члени оргкомітету:** проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Павлов С.В., доц. Лур'є К.І., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., проф. Разнатовська О.М., ст.викл. Абросімов Ю.Ю., голова студентської ради Турчиненко В.В.

**Секретаріат:** ас. Данукало М.В., ст.викл. Борсук С.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 15 – 16 квітня 2021 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 202с.

**ISSN 2522-1116**

Запорізький державний медичний  
університет, 2021.

**Результати:** В результаті аналізу даних клініко-анамнестичного дослідження було встановлено три типи анозогнозії при тривожно-фобічних та соматоформних розладах: анозогнозія у відношенні хвороби – тип анозогнозії, при якій хворий не усвідомлює або несвідомо заперечує у себе наявність захворювання як такого, але визнає наявність симптомів та дискомфорту які вони вчиняють (виявлений у 34% хворих з тривожно-фобічними розладами та 47% хворих з соматоформними розладами). Рівень алекситимії при даному типі анозогнозії незначний; анозогнозія у відношенні симптомів хвороби – тип анозогнозії, при якій хворий заперечує як наявність симптомів хвороби так і наявність її симптоматичних проявів, не заперечуючи проте наявність дискомфорту (виявлений у 33% хворих з тривожно-фобічними розладами та 38% хворих з соматоформними розладами). Рівень алекситимії – середній; анозогнозія у відношенні дискомфорту – тип анозогнозії, при якій хворий заперечує наявність хвороби, її симптоматичних проявів та також дискомфорту, який ці симптоми продукують (виявлений у 10% хворих з тривожно-фобічними розладами та у 9% – з соматоформними розладами).рівень алекситимії – високий. Встановлено, що анозогнозія при соматоформних розладах більш поширена та проявляється тим, що скарги пацієнтів сфокусовані на соматичних симптомах, тоді як про психопатологічні симптоми пацієнти не повідомляють, та в підсумку, психічні порушення лікарями виявляються лише після ретельного вивчення анамнезу, об'єктивного та інструментального дослідження.

**Висновки:** Анозогнозія при тривожно-фобічних та соматоформних розладах є розповсюдженою проблемою. Діагностика та лікування цих розладів потребують модифікації існуючих діагностичних методик з урахуванням патопластичного впливу зазначеного фактору. Дослідження алекситимії є перспективним засобом своєчасної діагностики анозогностичного синдрому у пацієнтів з вказаними розладами.

## **МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ ТОЧНОСТІ КЛІНІКО-НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ТА ВИХОДУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ СПОНТАННОГО СУПРАТЕНТОРІАЛЬНОГО ВНУТРІШНЬОМОЗКОВОГО КРОВОВИЛИВУ НА ТЛІ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАДОПОМОГОЮ ОЦІНКИ ГУМОРАЛЬНИХ МАРКЕРІВ**

Кузнєцов А. А.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Козьолкін О.А.

Кафедра нервових хвороб

Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження:** оцінити інформативність сироваткової концентрації маркерів ушкодження церебральних структур, прозапальної активації, деградації екстрацелюлярного матриксу, неоангіогенезу та показників метаболізму заліза у визначенні прогнозу перебігу та виходу гострого періоду спонтанного супратенторіального внутрішньомозкового крововиливу (ССВМК) на тлі консервативної терапії.

**Матеріали та методи:** Проведено проспективне, когортне, порівняльне дослідження 106 пацієнтів в гострому періоді ССВМК на тлі консервативної терапії. Оцінку рівня неврологічного дефіциту здійснювали за шкалою коми Full Outline of UnResponsiveness та National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Візуалізацію церебральних структур здійснювали методом комп'ютерної томографії. Протягом 24 годин з моменту госпіталізації визначали сироваткові концентрації білка S100B, інтерлейкіну 6 (ІЛ-6), інтерлейкіну 10 (ІЛ-10), матричної металопротеїнази-9 (ММП-9), васкулярного ендотеліального фактору росту А (ВЕФР-А), а також вміст гепсидину, феритину та заліза в сироватці крові, загальну залізо-зв'язуючу здатність сироватки із наступним розрахунком коефіцієнту сатурації трансферину (у 88 пацієнтів). Комбінованими клінічними кінцевими точками виступали раннє клініко-неврологічне погіршення (РКНП) та несприятливий вихід гострого періоду ССВМК у вигляді значення 4-6 балів за модифікованою шкалою Ренкіна на 21 добу захворювання. Статистична обробка результатів здійснювалася інструментами логістичного регресійного аналізу, ROC-аналізу, кореляційного аналізу.

**Отримані результати.** Раннє клініко-неврологічне погіршення (РКНП) та несприятливий вихід гострого періоду ССВМК зареєстровані відповідно в 22 (20,8%) та 61 (57,5%) випадках відповідно. Пацієнти з несприятливими варіантами перебігу та виходу гострого періоду ССВМК відрізнялися більш високими сироватковими концентраціями білка S100B, ІЛ-6, ІЛ-10, ММП-9, ВЕФР-А, гепсидину, феритину, при цьому зазначені показники прямо корелювали з тяжкістю ураження церебральних структур. На підставі множинного логістичного регресійного аналізу встановлено, що з ризиком РКНП асоційовані сироваткові концентрації

ММП-9 (ВШ (95% ДІ) = 1,020 (1,001–1,039),  $p=0,0384$ ), ВЕФР- А(ВШ (95% ДІ) = 1,004 (1,000–1,007),  $p=0,0354$ ) таферитину (ВШ (95% ДІ) = 1,012 (1,005–1,020),  $p=0,0002$ ), тоді як з ризиком несприятливого виходу асоційовані сироваткові концентрації білка S100B (ВШ (95% ДІ) = 1,95 (1,01–1,19),  $p=0,0354$ ), ІЛ-6 (ВШ (95% ДІ) = 1,103 (1,03–1,186),  $p=0,0081$ ) та гепсидину (ВШ (95% ДІ) = 2,050 (1,151–3,648),  $p=0,0148$ ). Також розроблено високочутливі мультипредикторні логістичні регресійні моделі, які інтегрують прогностичну цінність сироваткової концентрації досліджуваних маркерів з інформативністю клініко-нейровізуалізаційних показників і дозволяють визначати індивідуальні ризики несприятливих варіантів перебігу та виходу гострого періоду ССВМК на тлі консервативної терапії з точністю  $>85,0\%$  ( $AUC \geq 0,90$ ,  $p < 0,0001$ ). Встановлено, що розроблені моделі характеризуються більш високими показниками AUC порівняно з окремими предикторами, що входять до їх складу.

**Висновки.** Сироваткової концентрації маркерів ушкодження церебральних структур, прозапальної активації, деградації екстрацелюлярного матриксу, неоангіогенезу та параметрів метаболізму залізау пацієнтів з ССВМК є інформативними додатковими показниками для верифікації короткострокового прогнозу на тлі консервативної терапії.

## ЕЛЕМЕНТИ ДИСТРЕСУ В ОСІБ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ У СТАНІ ТІЛЕСНОЇ ДИСФОРІЇ

Курта І.О.

Науковий керівник: к. псих. н. Дьома І. С.

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології  
Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження:** розробити принципи клініко-психологічного дослідження осіб з проявами порушень гендерної ідентичності, харчової поведінки та дисморфофобії у ракурсі концепції «тілесної дисфорії».

**Матеріали та методи:** З дотримання принципів біоетики протягом 2021 року було проведено дослідження 11 осіб з проявами гендерної дисфорії, нервової анорексії та дисморфофобії, які проходили діагностичне консультування на кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології. В рамках проведеного дослідження були використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи. Дані пацієнтів були відібрані шляхом аналізу анамнестичних даних та методом опитування, але кількість пацієнтів недостатня для завершення дослідження. Збирання матеріалів для дослідження тривають.

**Отримані результати:** До елементів дистресу ми віднесли такі: морфологічний, функціональний, генодиспозиційний, соматоафективний, проспективний, сексуальний, інвективний, гедоністичний, компететивний, атрибутивний, соціальний, апеляційний та естетичний. Кожен з елементів дистресу може бути реалізований шляхом трьох базових афективних реакцій: фрустрації, тривоги, адверсії. Дослідження продовжуються.

**Висновки:** Вивчення даного класу патології демонструє істотне значення психобіографічних та генодиспозиційних факторів у розвитку захворювання, а їх лікування центроване на психотерапевтичних та психокорекційних інтервенціях. А особи, які успішно пройшли психіатричне лікування, продовжують демонструвати певний рівень специфічного дистресу при контролі над його поведінковою реалізацією. Вищезазначене обумовлює необхідність психологічного дослідження феномену «тілесної дисфорії» як дистресу обумовленого аномально-негативним сприйняттям власного тіла.

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНОГО ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗоду

Макоїд В.С.

Науковий керівник: д.мед.н., доц. Підлубний В.Л.

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології  
Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження:** вивчення особливостей психопатологічної феноменології вперше виявленого депресивного епізоду.

**Матеріали та методи.** З дотриманням принципів біоетики на підставі інформованої згоди клінічно обстежено 100 хворих (26 чоловіків і 74 жінок) із вперше виявленим депресивним епізодом, які звернулися за амбулаторною психіатричною допомогою в ЗОКПЛ у 2018–2021 рр.