



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**86 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2026»**

14-15 травня 2026 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2026

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ: ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ (ЗА AF-QoL)	59
<i>Литвиненко Р.В.</i>	
КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ ІТОПРИДОМ ТА ІПП ЗМЕНШУЄ КАРДІОРЕСПІРАТОРНЕ НАВАНТАЖЕННЯ ТА ПОКРАЩУЄ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ ГЕРХ	61
<i>Петріщев В.В.</i>	
РАННЯ АМБУЛАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА	62
<i>Сеник А.Р.</i>	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕНЕДЖМЕНТУ ХРОНІЧНОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ	63
<i>Солдатов Я.С.</i>	
ОЦІНКА РИЗИКУ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА РІВНЯ ДЕННОЇ СОНЛИВОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ТА ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕННИХ СЛУЖБ	64
<i>Бейреш Є.В. , Супрун Т.І.</i>	
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ	66
ХРОНІЧНИЙ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС У СТУДЕНТІВ – МЕДИКІВ ЯК ТРИГЕР ПОРУШЕННЯ ЦИРКАДНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЗОРОВОЇ СИСТЕМИ	66
<i>Матлюк М. П., Антонець М.М.</i>	
ВИКОРИСТАННЯ СИРОВАТОК ДЛЯ РОСТУ ВІЙ З ПРОСТАГЛАНДИНАМИ І ЇХ ВПЛИВ НА ОЧІ	67
<i>Корнута М.А.</i>	
НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ.....	69
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТ ПІД ЧАС ВІЙНИ: МЕХАНІЗМИ ГОРЮВАННЯ ТА ОСОБИСТІСНОЇ АДАПТАЦІЇ.....	69
<i>Стахоряк Н.М.</i>	
ASSESSMENT OF PERCEIVED STRESS LEVELS AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS DURING THE EXAMINATION PERIOD	69
<i>Radlovska Y.V., Tarasova E.V.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДИТЯЧОМУ ВІСІ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ ТА NMOSD	71
<i>Ростикус З.В.</i>	
НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ТА ПРЕДИКТОРИ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЮ ЕПІЛЕПСІЄЮ	72
<i>Петлюк А.В., Кайданович Є.І.</i>	
НОВІ СУЧАСНІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ МНОЖИННОГО СКЛЕРОЗУ	73
<i>Гаманіна А. О., Співавтор: Голян Н. В.</i>	
КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАС З РАННІМ БУЛЬБАРНИМ ДЕБЮТОМ	74
<i>Рунчева К.А., Рейда А.І.</i>	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ДИСКАГЕННИХ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИХ РАДИКУЛОПАТІЙ	75
<i>Рунчева К.А.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ДЕПРИСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	76
<i>Філенко Д.С., Рунчева К.А.</i>	
СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ	77
<i>Скомаха О. О.</i>	
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ БІОМАРКЕРІВ ТА ПАРАМЕТРІВ МІКРООТОЧЕННЯ ПУХЛИНИ ПРИ ГЛІОБЛАСТОМІ.....	78
<i>Коломієць Н.В.</i>	
ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОСІБ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ ЗНИЖЕННІ КРИТИЧНОГО УСВІДОМЛЕННЯ ВЛАСНОГО ПСИХІЧНОГО СТАНУ	79
<i>Кондратенко М.Ю.</i>	
ПОВЕДІНКОВІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК ІЗ СИНДРОМОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ	80
<i>Черняк М.О.</i>	

ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОСІБ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ ЗНИЖЕННІ КРИТИЧНОГО УСВІДОМЛЕННЯ ВЛАСНОГО ПСИХІЧНОГО СТАНУ

Кондратенко М.Ю.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Хоміцький М.Є.

Кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. Розробити та апробувати модифіковану програму психотерапевтичного та психокорекційного втручання для пацієнтів із тривожно-фобічними й соматоформними розладами при супутньому зниженні критичного ставлення до власного психічного стану, а також оцінити її терапевтичну ефективність у порівнянні з традиційними підходами до лікування.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі КНП «Обласний клінічний заклад психіатричної допомоги та соціально значущих хвороб» ЗОР м. Запоріжжя. До вибірки увійшли 102 пацієнти. З них 48 осіб із діагнозами тривожно-фобічних розладів були розподілені на дві підгрупи: ГД1.1 (n=24) – пацієнти, які проходили модифікований курс психотерапії, та ГД1.2 (n=24) – пацієнти, які отримували стандартну психотерапію. Решта 54 пацієнти з соматоформними розладами склали підгрупи ГД2.1 (n=27), де застосовувалася модифікована програма, та ГД2.2 (n=27) – зі стандартним психотерапевтичним супроводом.

Застосовувалися психопатологічний, психометричний та статистичний методи. Психометрична оцінка здійснювалася за допомогою шкали тривоги та депресії HADS, шкали алекситимії TAS-20, копінг-тесту Лазаруса та опитувальника ставлення до хвороби.

Отримані результати. У пацієнтів з тривожно-фобічними розладами найвиразніше зниження критичності виявлено стосовно агорафобічної симптоматики ($2,12 \pm 0,93$ бали), тоді як у осіб з соматоформними розладами – щодо іпохондричних проявів ($1,94 \pm 0,78$ бали). Критичність відносно сенсорних і вегетативних феноменів залишалася переважно збереженою в обох групах (в середньому $0-0,11$ балів), що вказує на виражену вибірковість зниження критичності залежно від нозологічної форми.

За даними кореляційного аналізу, у ГД1 рівень тривоги позитивно корелював зі стратегіями «Втеча-уникнення» ($r=0,315$;) та «Дистанціювання» ($r=0,307$; $p<0,01$), що відображає роль дезадаптивних поведінкових патернів уникнення у підтриманні зниженої критичності. У ГД2 депресія демонструвала негативну кореляцію зі стратегією «Позитивна переоцінка» ($r=-0,307$) та з віком пацієнтів ($r=-0,301$; $p<0,01$). Алекситимія в цій групі характеризувалася дисоційованою міжкомпонентною структурою без значущих внутрішніх зв'язків, що відрізняє її від інтегрованого алекситимічного профілю, виявленого у ГД1.

У підгрупі ГД1.1 після завершення психокорекційного курсу зафіксовано статистично значуще зниження рівнів тривоги та алекситимії ($p<0,01$), зменшення інтенсивності копінг-стратегій «Дистанціювання», «Самоконтроль», «Пошук соціальної підтримки», «Втеча-уникнення» ($p<0,01$) та «Позитивна переоцінка» ($p<0,05$), а також зростання показників «Прийняття відповідальності» й «Плану розв'язання проблеми» ($p<0,01$). У підгрупі ГД1.2 позитивна динаміка обмежилася зниженням рівня тривоги та зменшенням стратегій «Пошук соціальної підтримки» ($p<0,01$) при одночасному зростанні «Прийняття відповідальності» й «Плану розв'язання проблеми» ($p<0,01$). У підгрупі ГД2.1 відзначено зниження тривоги, депресії та алекситимії ($p<0,01$), зменшення «Конфронтаційного копіngu», «Дистанціювання» та «Пошуку соціальної підтримки» ($p<0,01$), а також зростання показників «Самоконтролю», «Прийняття відповідальності» й «Плану розв'язання проблеми» ($p<0,01$). У підгрупі ГД2.2 спостерігалася лише зниження депресії ($p<0,05$) та алекситимії, зменшення інтенсивності «Дистанціювання» та «Пошуку соціальної підтримки» ($p<0,01$).

Розроблена 8-тижнева амбулаторна програма психокорекції ґрунтується на послідовному поєднанні когнітивно-поведінкових, раціонально-емотивних, експозиційних та сугестивних технік, що добираються відповідно до індивідуального профілю зниження критичності кожного пацієнта. Порівняльний аналіз психометричних показників після 8 тижнів лікування засвідчив, що модифікована програма забезпечила статистично значущу редукцію алекситимії, тривоги та депресії, трансформацію дезадаптивних копінг-стратегій на користь адаптивних поведінкових патернів, а також збільшення частки гармонійного типу ставлення до хвороби порівняно з групами стандартної психотерапії.

Висновки. Зниження критичності характеризується неоднорідною клінічною структурою, що проявляється у вибірковості усвідомлення різних симптомів та нерівномірності рефлексії окремих аспектів власного психічного стану. Виявлено нозоспецифічні закономірності порушень критики, які мають практичне значення при виборі диференційованих психотерапевтичних або психокорекційних стратегій. Модифікована психотерапевтична програма, побудована з урахуванням феномену зниження критичності та спрямована на формування усвідомленого й критичного сприйняття пацієнтом власного психічного стану, демонструє переваги у лікуванні хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади з вираженим зниженням критичності.

ПОВЕДІНКОВІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК ІЗ СИНДРОМОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Черняк М.О.

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Науковий керівник: Н.М. Орлова (професор кафедри, д.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Мета: дослідити особливості ставлення медичних працівників до стану власного здоров'я, виявити взаємозв'язок між синдромом професійного вигорання та поведінковими детермінантами здоров'я, а також науково обґрунтувати комплекс управлінських рішень, спрямованих на підвищення прихильності медичного персоналу до здорового способу життя.

Матеріали та методи: проведено анонімне анкетування 474 медичних працівників (210 лікарів та 264 медичних сестер) закладів охорони здоров'я м. Чернігова та Чернігівської області із використанням розробленого автором опитувальника для оцінки ставлення медичних працівників до власного здоров'я та адаптованої версії опитувальника діагностики синдрому професійного вигорання (Х. Маслач, С. Джексон у адаптації Н.Є. Водоп'янової). Респондентів стратифіковано за професійними групами (лікарі та медичні сестри) з подальшим виокремленням підгруп керівників і фахівців без управлінських повноважень. Статистичну значущість отриманих результатів оцінювали за допомогою непараметричного U-критерію Манна-Уїтні.

Результати: синдром професійного вигорання (ПВ) діагностовано у 65% обстежених без статистично значущих міжгрупових відмінностей. Встановлено вікову залежність вираженості ПВ з піком у групі 40-49 років. У працівників зі стажем до 10 років розвиток ПВ асоціюється з дезадаптацією на початкових етапах фахової діяльності внаслідок розходження між очікуваннями та професійними реаліями. Найвища частота ПВ зафіксована серед персоналу первинної медико-санітарної допомоги, найнижча - серед фахівців діагностичного профілю. Серед поведінкових факторів ризику виявлено: надлишкову масу тіла - у 57,6% респондентів, необізнаність щодо власного рівня холестерину - у 54,2%, гіподинамію - у 29%, тютюнопаління - у 13%, надмірне вживання алкоголю - у 17%. Медичні працівники з ознаками ПВ достовірно частіше вдаються до дезадаптивних копінг-стратегій, тоді як особи без ПВ надають перевагу конструктивним формам подолання стресу. Незважаючи на достатній рівень теоретичної обізнаності щодо факторів ризику, профілактична активність залишається недостатньою