

SCI-CONF.COM.UA

THE WORLD OF SCIENCE AND INNOVATION



**ABSTRACTS OF I INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
AUGUST 19-21, 2020**

**LONDON
2020**

THE WORLD OF SCIENCE AND INNOVATION

Abstracts of I International Scientific and Practical Conference

London, United Kingdom

19-21 August 2020

London, United Kingdom

2020

UDC 001.1

The 1st International scientific and practical conference “The world of science and innovation” (August 19-21, 2020) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2020. 493 p.

ISBN 978-92-9472-197-6

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // The world of science and innovation. Abstracts of the 1st International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. London, United Kingdom. 2020. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/i-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-the-world-of-science-and-innovation-19-21-avgusta-2020-goda-london-velikobritaniya-arhiv/>

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine, Russia and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: london@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2020 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2020 Cognum Publishing House ®

©2020 Authors of the articles

39.	Караев В. Ш. РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ТРЕНЕРА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ.	236
40.	Карвацька Н. С., Русіна С. М., Кауней Т. Г. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19.	242
41.	Карвацька Н. С., Рудницький Р. І., Герасим'юк І. Г., Кауней Т. Г. ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ СЛУХУ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСАМИ.	249
42.	Карпенко В. П., Кравець І. С., Адаменко Д. М. ВИСНОВОК ДО ВИКОРИСТАННЯ БУР'ЯНІВ ТА ЗАБУР'ЯНЕНІСТЬ ПОСІВІВ ОДНОРІЧНИХ І БАГАТОРІЧНИХ ЗЕРНОВИХ КОЛОСОВИХ КУЛЬТУР У ПРАВОБЕРЕЖНОМУ ЛІСОСТЕПУ УКРАЇНИ.	255
43.	Калінюк А. Л. ВІТЧИМ ТА МАЧУХА ЯК ФАКТИЧНІ ВИХОВАТЕЛІ ПАСИНКА, ПАДЧЕРКИ.	259
44.	Катрич О. Т. МУЗИЧНО-ВИКОНАВСЬКИЙ АРХЕТИП ЯК МОДЕЛЬ ХУДОЖНЬОГО МИСЛЕННЯ ВИКОНАВЦЯ.	265
45.	Кліна Ю. В., Рідей Н. М., Титова Н. М., Тимошенко В. І. ЗМІСТОВНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.	269
46.	Ковальчук Н. В., Радомський О. А., Радомська Н. Ю., Керечанин І. В. МОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ВЕНОЗНОГО РУСЛА СЕЛЕЗИНКИ ЖІНОК ДРУГОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОСТІ.	281
47.	Коротенко Г. М., Коротенко Л. М. ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ ЯЗЫКА RYTHON В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ НАПРАВЛЕНИЯ 12 «ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ».	286
48.	Комаров В. О., Сендецький М. М. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КОНТРОЛЮ ЧАСТОТИ ВЛАСНИХ КОЛИВАНЬ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ТЕХНІЧНОГО СТАНУ КРИЛА ЛІТАЛЬНОГО АПАРАТУ.	297
49.	Купінець Л. Є., Шершун О. М. ОЦІНКА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНВЕСТИЦІЙНО-ІННОВАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ.	307

УДК 616-021-32.-07-092-067.2

**ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ СНУ
ПРИ НЕВРОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ,
ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСАМИ**

Карвацька Наталія Семенівна

к.мед.н., доцент

Рудницький Роман Іванович

к.мед.н., доцент

Герасим'юк Ірина Григорівна

асистент

кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Кауней Тетяна Георгіївна

лікар-інтерн зі спеціальності «Психіатрія»

Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Анотація: Визначаються принципи лікування розладів сну при невротичних психічних розладах, пов'язаних зі стресами.

Ключеві слова: принципи лікування, розлади сну, невротичні психічні розлади, пов'язані зі стресами.

З кожним десятиліттям зростає частота невротичних психічних розладів, пов'язаних із наслідками впливу надмірних за силою або хронічних стресів. Як правило, перші симптоми зазначених розладів проявляються порушенням сну. Розлади сну – це одні з найпоширеніших проблем для сучасної людини. Згідно зі статистикою, не менше 8-15% людей працездатного віку відчувають проблеми, а 9-11% змушені вживати медичні препарати [1, с. 32]. Порушення

сну можуть проявлятися у людей різних вікових категорій з характерною симптоматикою порушень. За результатами досліджень від 25 до 48% людей старше 65 років (частіше жінки, ніж чоловіки) зазнають різноманітні порушення сну. В останні роки ці показники стали ще вище. За даними Національного інституту здоров'я США, порушення сну відзначаються більш ніж у 50% людей старше 65 років, що проживають в соціумі, і більш ніж у 2/3 що живуть у будинках для людей похилого віку [2; 3, с. 57].

Актуальною залишається проблема надання допомоги хворим із порушенням сну, адже хронічне недосипання може спричинити не тільки погіршення настрою, але і розвиток соматичних захворювань, порушення гормонального балансу. Можуть виникати труднощі при засипанні, снитися кошмари. При переривчастому, поверхневому сні люди можуть часто прокидатися серед ночі або прокидатися дуже рано, а вранці відчувати втому, що веде до виснаження сил організму. Зазначені порушення потребують детального вивчення і розробки етіопатогенетичних підходів їх лікування та корекції поведінки людини [4, с. 10].

З позиції доказової медицини, яка поєднує положення міжнародних і національних настанов та консенсус експертів незалежно від типу терапії, первинними цілями лікування інсомнії є поліпшення якості і кількості сну зі зменшенням денних наслідків порушень нічного сну. До інших конкретних показників результативності терапії порушень сну зазвичай включають вимірювання часу пробудження після початку сну, час до засинання, кількість пробуджень, час або ефективність сну, формування позитивного і чіткого зв'язку між перебуванням у ліжку і сном, а також зменшення впливу на сон чинників, пов'язаних із психологічним стресом. Клінічна оцінка стану пацієнтів має проводитися кожні кілька тижнів незалежно від типу терапії, і/або щомісяця до стабільного зменшення або усунення безсоння, а потім кожні 6 місяців, зважаючи на високу частоту рецидивів при безсонні [5, с. 729].

Основні принципи терапевтичної корекції порушень сну при невротичних, пов'язаних зі стресом розладами, зводяться до активного і адекватного

лікування основного захворювання, симптомом якого є порушення сну. Психологічні методи слід розглядати в якості початкових методів лікування завдяки переконливим емпіричним даним клінічних досліджень, високому рівню безпеки у літніх людей, а також довгостроковій вигоді. Психологічні підходи до лікування за ефективністю випереджають фармакологічне лікування, а також демонструють кращі результати, ніж поєднання психологічної/медикаментозної терапії [3, с. 58].

Надзвичайно важливими є вимоги дотримання рекомендацій щодо дотримання правил здорового способу життя та покращення сну. Психологічні втручання при безсонні охоплюють безліч різних методів, включаючи психоосвіту щодо сну, когнітивну терапію, гігієну сну, стратегії релаксації, контроль стимулів, обмеження сну, а також багатоконпонентне лікування: регулярний підйом вранці в один і той же час; регулярні фізичні вправи або навантаження протягом дня, що сприяють, на відміну від рідкісних і випадкових, здоровому сну; ввечері за 3 - 4 год. до сну виключити з раціону каву, міцний чай або алкоголь, який сприяє засипанню, але робить сон переривчастим і більш коротким; склянка теплої води з медом часто допомагає засипанню; однаковий час відходу до сну з униканням денного сну; створення комфорту - виключити шум (можна застосовувати вкладиші типу «беруші»), яскраве світло, зайве м'яке чи жорстке ліжко, важку ковдру, задушливу і жарку атмосферу в спальні [1, с. 32].

Медикаментозному лікуванню підлягають тільки стани з довгостроково існуючим порушенням сну внаслідок невротичного психічного розладу, пов'язаного зі стресом. Певний ефект досягається при короткочасному призначенні снодійних препаратів із групи ціклопіролонів (зопіклон, золпідем). Якщо раніше для лікування депресивних розладів традиційно застосовувалася комбінована терапія антидепресантами і транквілізаторами, в тому числі гіпнотиками, то в даний час в практику впроваджено новітні антидепресанти (міртазапін, міансерін), що мають властивості поліпшення сну і не потребують додаткового призначення транквілізаторів – гіпнотиків [6, с. 124].

При призначенні літнім пацієнтам транквілізаторів, у тому числі зі снодійною дією, дози препаратів повинні бути знижені у два рази в порівнянні з використовуваними дозами особам молодого і середнього віку, а курси терапії не повинні перевищувати необхідної тривалості, перериватися своєчасно при досягненні ефекту або змінюватися прийомом ліків в непостійному режимі.

При виборі препарату для медикаментозного лікування порушень сну у пацієнтів похилого та старечого віку в даний час уникають призначення гіпнотиків першого покоління (барбітуратів) через високий ризик пригнічення дихання під час сну [7, с. 237].

Широке застосування в лікуванні вторинних порушень сну знаходять бензодіазепінові похідні або гіпнотики другого покоління. При їх призначенні слід виходити з переважаючих особливостей порушень сну та інформації про фармакокінетичні властивості препаратів, в першу чергу, про час їх напіввиведення з організму.

Залежно від цього препарати діляться на три групи:

- препарати короткої дії (до 6 год.);
- препарати середньої тривалості дії (до 12 год.);
- препарати тривалої дії (більше 12 год.).

До препаратів короткої дії відносяться мідазолам, тріазолам, флуразепам, їх призначають при виражених труднощах засинання. Нерідко для полегшення засипання використовують транквілізатори без снодійної дії (оксазепам, тофізопам, гїдазепам, діазепам), які знімають відчуття внутрішньої напруги та легкої тривожності, полегшуючи тим самим засипання за рахунок седативного ефекту. Не залишаючи сонливості, вони все ж можуть бути причиною денної м'язової розслабленості.

Бензодіазепінові гіпнотики середньої тривалості дії (бромдїгїдрохлорфенїлбензодіазепїн, темазепам) показані для поліпшення засинання, досягнення більшої глибини сну, ліквідації частих нічних пробуджень. Слідові реакції після їх прийому нерідкі у вигляді ранкової сонливості, міорелаксації.

Бензодіазепінові препарати з тривалим періодом напіввиведення застосовуються у хворих з порушеннями засипання, поверхневим сном і ранніми пробудженнями. Ці препарати істотно поліпшують характеристики сну, але найбільшою мірою залишають після себе слідову сонливість протягом дня, підвищуючи тим самим ризик небажаних ефектів при тривалому застосуванні.

У геріатричній практиці при призначенні бензодіазепінових препаратів пацієнтам з порушеннями сну доводиться маневрувати між ефективністю препаратів більш тривалої дії з ризиком їх накопичення в старечому організмі і більш безпечними у цьому відношенні препаратами з коротким періодом напіввиведення, але зі значно більшою частотою виникнення розладів сну при їх скасуванні. Тактично лікувальні прийоми включають також зміну препаратів, переривчастий прийом, зниження дози [8, с. 639].

Щодо медикаментозного лікування, то частота вживання снодійних ліків зростає з віком [1, с. 32]. Це суперечить положенням міжнародного консенсусу, що фармакотерапію безсоння слід використовувати менше серед пацієнтів похилого віку. Однак в реальній клінічній практиці призначення седативних і снодійних препаратів є найбільш частим підходом до лікування безсоння у літніх пацієнтів. Людям похилого віку більше ніж в два рази частіше, ніж молодим дорослим особам призначається медикаментозне лікування безсоння, не зважаючи на підвищений ризик розвитку побічних ефектів лікарських засобів, лікарських взаємодій, толерантність і залежність, а також відсутність емпіричних даних, що підтверджують можливість довгострокового використання цих ліків у пацієнтів похилого віку. В Україні ця проблема поглиблюється неконтрольованим надмірним вживанням пацієнтами похилого віку безрецептурних барбітуратвмісних ліків [1, с. 31], що насправді «маскує» погіршення соматичного стану цього уразливого контингенту населення і значно погіршує його когнітивне функціонування.

Нарешті, найважливіша умова боротьби з порушеннями сну - це позитивний настрій людини. Якщо людина спокійно ставиться до своїх проблем зі сном,

адекватно сприймає власний вік і вмiє радити життю, то їй під силу впоратися з будь-якими порушеннями сну.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Корабельникова Е.А. Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов / Е.А. Корабельникова // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №12. Неврология и психиатрия. - С. 30-36.
2. Ковров Г.В. Современные подходы к лечению инсомнии [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.remedium.ru/drugs/detail.php?ID=62926>.
3. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування. - 2014. - №7-8 (113-114). - С. 57-58.
4. Bootzin R.R., Epstein D., Wood J.M. et al. Stimulus control treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed sleep // Case studies in insomnia / Ed. by P.J. Hauri. - N.Y.: Plenum Medical Book, 1991. - P. 9-28.
5. Schoenfeld F.B. Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review / F.B. Schoenfeld, J.C. DeViva, R. Manber // JRRD. - 2012. - Vol. 49, №5. - P. 729-752.
6. Davis J.L., Wright D.C. Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults // J. Trauma Stress. - 2007. - Vol. 20 (2). - P. 123-133. - <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20199>.
7. Nappi C.M., Drummond S.P., Thorp S.R., McQuaid J.R. Effectiveness of imagery rehearsal therapy for the treatment of combat-related nightmares in veterans // Behav. Ther. - 2010. - Vol. 41 (2). - P. 237-244. - <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.03.003>.
8. Swanson L.M., Favorite T.K., Horin E., Arnedt J.T. A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: a pilot study // J. Trauma Stress. - 2009. - Vol. 22 (6). - P. 639-642.