

виконання тесту зростав пропорційно у 53,6% обстежуваних. При оцінці показників тесту Струп 1 суттєвих міжгрупових відмінностей не виявлено. При виконанні другої та, особливо, третьої частини тесту Струпа пацієнти ОГ1 із завданням справлялись набагато гірше, ніж

пацієнти ОГ2. Таким чином, ми спостерігаємо у пацієнтів ОГ1 порушення керуючих (виконавчих) функцій, порівняно з пацієнтами ОГ2, що є наслідком розриву фронтостріарних шляхів у результаті мікроангіопатії судин головного мозку.

М.О. Овчаренко, Л.Л. Пінський, Ю.О. Євтушенко

### ВИКОРИСТАННЯ ДИСКРИМІНАНТНОГО АНАЛІЗУ В СТВОРЕННІ АЛГОРИТМУ ПРОГНОЗУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне  
lond-sever@ukr.net

**Метою роботи** стало створення методу прогнозування розвитку адиктивної поведінки у осіб молодого віку. **Завданням роботи** було визначення діагностичної та прогностичної значущості комплексу психологічних ознак у підлітків щодо розвитку адикції. Для цього ми обстежили 127 учнів середніх шкіл та навчальних закладів I та II рівнів акредитації у віці від 12 до 18 років. Серед обстежених 89 підлітків не вживали наркотичних препаратів (1 група), а 38 (2 група) мали досвід вживання наркотичних речовин без ознак фізичної залежності.

Ми провели міжгруповий непараметричний аналіз Манна-Уїтні та дискримінантний міжгруповий аналіз загального індексу спроможності підлітків щодо прийняття конструктивного рішення в стресових ситуаціях. При порівнянні показників загального індексу ми встановили, що в 2 групі – у осіб, які вживають наркотичні препарати, – цей індекс нижчий, ніж у 1 групі, в 1,3 раза ( $36,4 \pm 0,96$  балів;  $47,8 \pm 0,24$  балів відповідно;  $P < 0,001$  за критерієм Манна-Уїтні).

Встановлено, що вірогідні міжгрупові відмінності мають 8 з 10 ознак. Найбільше зниження конструктивності виходу із стресової ситуації для осіб, які мали досвід вживання наркотиків, проявлялося при спробі оточення

підлітка свідомо його принизити –  $I_4$  ( $F=35,20$ ;  $P < 0,0001$ ), при відчутті фізичної небезпеки –  $I_{10}$  ( $F=32,70$ ;  $P < 0,001$ ), при негативній оцінці підлітка особами протилежної статі –  $I_2$  ( $F=30,70$ ;  $P < 0,001$ ), при наявності тривалих внутрішньосімейних конфліктів –  $I_1$  ( $F=29,24$ ;  $P < 0,001$ ), при загрозі суттєвого погіршення стану здоров'я підлітка –  $I_5$  ( $F=14,13$ ;  $P < 0,003$ ), при можливій смерті близького родича –  $I_3$  ( $F=13,99$ ;  $P < 0,004$ ). Такі фактори, як погіршення матеріального становища та можлива зміна підлітком навчального закладу практично не мали дискримінантних властивостей між групами із та без вживання наркотичних препаратів.

Для верифікації зниження спроможності підлітків до конструктивного виходу із стресових ситуацій як предиктора адиктивної поведінки ми запропонували дискримінантне рівняння, яке включає чотири ознаки, що мають найбільші міжгрупові дискримінантні властивості.

$$K1 = 2,8319 \cdot A + 1,1924 \cdot B + 0,4715 \cdot C + 1,9716 \cdot D - 12,7667;$$

$$K2 = 3,6949 \cdot A + 1,8995 \cdot B + 0,9239 \cdot C + 2,8129 \cdot D - 23,8943,$$

де А – значення  $I_4$ ; В – значення  $I_{10}$ ; С – значення  $I_2$ ;

Д – значення  $I_1$ .

При перевищенні  $K_1$  над  $K_2$  прогнозують адиктивну поведінку підлітка.

Н.В. Череди́ченко,<sup>1,2</sup> О.А. Левада<sup>1</sup>

### ЗНАЧЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ВИКЛИКАНОГО КОГНІТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ Р300 ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ТИПІВ М'ЯКИХ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя<sup>1</sup>

КЗ «Центральна лікарня Комунарського району», м. Запоріжжя<sup>2</sup>

cheredni-natalya@yandex.ua

Згідно з DSM-5, клінічний конструкт «м'який нейрокогнітивний розлад / mild neurocognitive disorder» (МНКР / MNCD) прийшов на зміну діагностичній категорії «м'яке когнітивне порушення / mild cognitive impairment» (МКП / MCI). МНКР розглядають як проміжну стадію між нормальним когнітивним старінням та дементуючими процесами. Його поширеність серед людей похилого та старечого віку сягає близько 17,5%.

Основними етіологічними типами МНКР є МНКР внаслідок хвороби Альцгеймера (МНКР-ХА) і МНКР внаслідок цереброваскулярного захворювання. Серед останніх найпоширенішим є субкортикальний судинний м'який нейрокогнітивний розлад (ССМНКР). Потенційна можливість запобігти прогресуванню МНКР в деменцію спонукає до вивчення їх патогенетичних механізмів та пошуку валідних параклінічних методів діагностики.