



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ



**«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»**

МАТЕРІАЛИ
VIII Всеукраїнської науково-освітньої конференції
з міжнародною участю

27 листопада 2025 року



Харків
НФаУ
2025

продемонстрували помітну активність [4]. Оскільки багато ефірних олій використовуються в ароматерапії, цей підхід може бути перспективним у профілактиці SARS та у реабілітаційному постінфекційному періоді.

Список літератури

1. Yi L., Li Z., Yuan K., Qu X., Chen J., Wang G., Zhang H., Luo H., Zhu L., Jiang P., et al. Small molecules blocking the entry of severe acute respiratory syndrome coronavirus into host cells. *J. Virol.* 2004;78:11334–11339.
2. Grechana O.V., Serbin A.G., Trshecinskiy S.D., Panasenko O.I., Klimenko L.Yu., Oproshanska T.V., Saliy O.O. Some questions about Theae folia (*Thea sinensis* L. seu *Camellia sinensis* L. Kuntze) as a medicinal raw material. *EurAsian Journal of Biosciences.* 2020;14:2569–2575.
3. Chen C.N., Lin C.P., Huang K.K., Chen W.C., Hsieh H.P., Liang P.H., Hsu J.T.A. Inhibition of SARS-CoV 3C-like protease activity by theaflavin-3, 3'-digallate (TF3) *Evid. Based Complement. Alternat. Med.* 2005;2:209–215.
4. Loizzo M.R., Saab A.M., Tundis R., Statti G.A., Menichini F., Lampronti I., Gambari R., Cinatl J., Doerr H.W. Phytochemical analysis and in vitro antiviral activities of the essential oils of seven Lebanon species. *Chem. Biodivers.* 2008;5:461–470.

СИНДРОМ КОТАРА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИКУ Й ЛІКУВАННЯ

Дубина Б.В., Петренко М.К., Назаркіна В.М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

masha1p@icloud.com

Синдром Котара (delire des negations) є рідкісним психопатологічним феноменом, що характеризується наявністю нігілістичних маячних ідей, переконанням у відсутності власного тіла, органів чи навіть життя. Цей синдром

найчастіше спостерігається в рамках тяжких депресивних розладів, психотичних або органічних станів. Синдром Котара, або «синдром ходячого трупа» вперше описав французький невролог і психіатр Жюль Котар у 1880 році. Під час виступу в Паризькому товаристві біології він представив випадок пацієнтки, яка заперечувала існування власних органів і вважала себе мертвою, відмовляючись від їжі через переконання, що «мертві не їдять». Котар визначив цей стан як меланхолію з маренням заперечення, що поєднує нігілістичні ідеї та депресивно-психотичні симптоми. Сучасні дослідження з використанням нейровізуалізації виявили порушення активності лобних, парієтальних і лімбічних ділянок мозку, відповідальних за самосприйняття. Нині синдром Котара розглядають як рідкісний психопатологічний феномен, що виникає при різних психічних і неврологічних розладах.

Мета дослідження – провести пошук та узагальнення сучасних клінічних, патофізіологічних та терапевтичних даних про синдром Котара, аналіз клінічного випадку та оцінку ефективності застосування арипіпразолу як монотерапії.

Синдром Котара зазвичай проявляється комплексом симптомів, що виникають на тлі різноманітних неврологічних, психіатричних та медичних розладів, найчастіше — тяжкої депресії. Він не виділяється як окрема нозологічна одиниця в сучасних класифікаціях, а зустрічається лише як клінічний стан у поодиноких випадках. Діагностика синдрому Котара значною мірою ґрунтується на спілкуванні з пацієнтом і досвіді лікаря, здатного розпізнати характерні симптоми, оскільки на сьогодні відсутні специфічні діагностичні критерії та лабораторно-інструментальні методи підтвердження. Хоч синдром Котара надзвичайно рідкісний, кожен випадок характеризується унікальним клінічним проявом.

Особливо показовим був випадок жінки середнього віку, яка вважала себе мертвою та перестала їсти, мотивуючи це переконанням, що «мертві не потребують їжі». У неї відзначалися нігілістичні марення, глибока депресія,

слухові галюцинації, де голоси повідомляли про її смерть та загибель родини. На тлі тривалого стресу, пов'язаного з фінансовими проблемами, виникли симптоми тривожного та психотичного розладу. Комплексна терапія із застосуванням антипсихотиків (арипіпразол, рисперидон) та антидепресантів поступово привела до часткової ремісії, пацієнтка відновила критичне мислення та апетит.

Ще один пацієнт літнього віку, лікар за професією, стверджував, що його серце не б'ється, кров не циркулює, а тіло давно мертве. Такий тип марення поєднувався з глибокою меланхолією та руховою загальмованістю. У нього виявляли також когнітивні порушення, притаманні афективно-депресивним станам із порушенням самоідентичності. Лікування антидепресантами та психотерапія виявилися ефективними лише після додавання електроконвульсивної терапії, що призвело до значного покращення.

У пацієнтки з неврологічною патологією спостерігалися поєднання симптомів синдрому Котара та синдрому Коро — вона стверджувала, що її внутрішні органи, очі й статеві органи «зникли» або «втягнулися». Такі переживання супроводжувалися панічними атаками, порушенням орієнтації та депресивним фоном настрою. На фоні лікування антидепресантами, седативними засобами та когнітивно-поведінковою терапією відзначалося поступове відновлення відчуття реальності.

В усіх випадках спостерігалася спільна риса — глибоке відчуття відчуження від власного тіла, емоційна спустошеність, втрата сенсу життя та критики до свого стану. Незважаючи на різну етіологію — від постінфекційних енцефалітів до депресивно-психотичних розладів — клінічна структура синдрому мала спільні патогенетичні риси: порушення афективної регуляції, деперсоналізацію, дереалізацію та ідеї небуття. Результати лікування свідчать, що найкращий терапевтичний ефект спостерігався при поєднанні фармакотерапії з психотерапевтичними методами. Антипсихотики нового покоління (арипіпразол, оланзапін, кветіапін) забезпечували зниження інтенсивності марень, тоді як антидепресанти (есциталопрам, міртазапін,

дулоксетин) сприяли нормалізації афективного стану. У деяких випадках досягти ремісії вдалося лише після електросудомної терапії, що підтверджує її ефективність при резистентних формах психотичної депресії.

У перспективі досліджень акцентується увага на критичній ролі фармацевтичного супроводу у лікуванні пацієнтів зі складними психопатологічними станами. Співпраця фармацевта з лікарем забезпечує раціоналізацію фармакотерапії (оптимальний підбір, моніторинг побічних ефектів, підвищення комплаєнсу), що є не лише чинником оптимізації клінічного процесу, але й ключовим механізмом зниження економічних витрат у сучасній системі охорони здоров'я.

Література

1. A Detailed Review On Cotard's Syndrome V. Chaudhari, R. Bhosle, N. Khan, M. Kale. *World Journal of Pharmaceutical Research*. 2020. Vol. 9 (9), p. 450-460.
2. Cotard's Syndrome/ H. Debruyne, M. Portzky, K. Peremans, K. Audenaert. *Mind & Brain, The Journal Of Psychiatry*. 2011. № 2:(1). P. 67-72
3. Оптимальний антипсихотик: фокус на арипіпразол. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2017: 5 (89). с. 24-28

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ЛОЯЛЬНОСТІ СПОЖИВАЧІВ

Бойко Т.О.

Волинський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, Україна

boyko_tania1982@ukr.net

У сучасних умовах зростаючої конкуренції на фармацевтичному ринку важливим чинником успішної діяльності аптечних мереж стає не лише якість товарів та послуг, але й рівень соціальної відповідальності. Соціально відповідальна поведінка аптечних мереж формує позитивний імідж, сприяє зміцненню довіри та підвищує рівень лояльності споживачів. Проблема полягає