

Переривали заняття на період більше ніж 6 місяців юнаки першого курсу з наступних причин: навчання – 56%, стан здоров'я – 24%, відсутність часу – 11%, відсутність бажання – 9%; IV курсу – відсутність бажання – 60%, стан здоров'я та навчання – по 15%, зміна місця проживання – 10%. Причини переривання заняттями на період більше ніж 6 місяців у дівчат першого курсу: відсутність часу – 45%, навчання – 32%, стан здоров'я – 15%, відсутність бажання – 8%; у студенток 4 курсу – навчання – 50%, відсутність бажання – 20%, стан здоров'я – 18%, відсутність коштів – 12%.

**Висновки.** Таким чином, студенти I і IV курсу достатньо інформовані щодо занять необхідності занять спортом, але не приділяють їм достатньої кількості часу через різні обставини. Серед студентів I курсу перше місце посідає «навчання» та «недостатність часу», а серед студентів IV курсу – «навчання» та «відсутність бажання». В той же час, дівчата більше слідкують за своїм харчуванням, а хлопці – за регулярністю заняттями спортом.

Студенти IV курсу виявилися більш обізнаними в тому, як не витратити кошти на заняття фізичною культурою, ніж студенти I курсу. Також є тенденція до вибору того виду фізичної культури, який не потребує певних навичок та майстерності і є доступним.

Відсоток студентів IV курсу, які не займаються взагалі (19% юнаків і 40% дівчат) свідчить про необхідність більш активно проводити мотиваційну та роз'яснювальну роботу щодо необхідності занять спортом та уміння правильно розподілити свій час, щоб сприяти формуванню правильної установки на активний та здоровий спосіб життя.

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ НЕВРОТИЗАЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ

Ищук В.В., Щиголь И.А., Скрипник А.С.

Научный руководитель: проф. Чугунов В.В.

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України

Запорожский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Наличие в клинической картине эндокринной патологии, богатой психопатологической аранжировки в структуре клинических вариаций психоэндокринного синдрома, а также широкого круга психотравмирующих факторов нозогенно-интроспективного и социально-средового плана, формируют предикторы вторичной невротизации. Их анализ является важнейшей задачей в сферах компетенции психоэндокринологии, психотерапии и клинической психологии.

**Цель исследования:** индикация и компаративный анализ динамики нозогенных психотравмирующих факторов в психопатогенезе психоэндокринного синдрома при гиперфункции и гипофункции щитовидной железы.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на 60 пациентах Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей, страдающих эндокринной патологией, сопровождающейся гипертиреозными или гипотиреозными состояниями. Использовались следующие методы исследования: клинико-anamnestический, психодиагностический и клинико-статистический.

**Результаты исследования.** Анализ частоты регистрации нозогенных предикторов психотравматизации в исследуемых группах в рамках различных периодов течения заболевания позволяет выявить патологические и саногенетические механизмы в психопатогенезе психогенного компонента психоэндокринных синдромов различной нозологической принадлежности посредством анализа динамики их представленности, а также установить нозоспецифические особенности спектра нозогенных психотравмирующих факторов не только структурно, но и динамически.

Таким образом, каждый из выявленных предикторов психотравматизации может быть охарактеризован в ракурсе динамики его представленности.

Выделено 5 динамических типов нозогенных психотравмирующих факторов: *интенсифицирующийся, персистирующий, редуцирующийся, кульминационный, ремитирующий.*

### **Выводы.**

1) выявлены и систематизированы нозогенные предикторы психотравматизации в структуре гипертиреоза и гипотиреоза;

2) определены 3 группы предикторов психотравматизации (валеоцентрические, социоцентрические и агедонистические), существующие в различных периодах течения каждой из исследуемых нозологических форм;

3) разработана динамическая систематика нозогенных предикторов психотравматизации, куда включены 5 типов динамической организации предикторов в рамках патогенеза каждой из

исследуемых нозологических форм, а именно: интенсифицирующийся, персистирующий, редуцирующийся, кульминационный и ремитирующий;

4) выполнена компаративная интерпретация динамической организации предикторов психотравматизации в структуре каждой из исследуемых нозологических форм.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СО СКОРОСТЬЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА**

Капшитарь Н.И.

Науч. руководитель: проф. Сыволап В.Д.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней – 1

**Цель:** Изучить взаимосвязь показателей вариабельности гликемического профиля (ГП) с выраженностью почечной дисфункции у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза на фоне сахарного диабета (СД) 2 типа по данным скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

**Материалы и методы.** У 64 пациентов, средний возраст 65 (61;71) лет, проводилось биохимическое исследование крови (определение уровня креатинина), расчет СКФ по формуле MDRD, измерение гликемии в капиллярной крови (4 раза в сутки) и определение стандартного отклонения ГП. В I группе (n=33) с высокой вариабельностью ГП стандартное отклонение ГП > 2, во II группе (n=31) с низкой вариабельностью ГП стандартное отклонение ГП < 2. Группы сопоставимы по возрасту, полу, стадии ХСН и степени компенсации диабета (по уровню гликированного гемоглобина).

**Результаты исследования.** У пациентов с высокой вариабельностью ГП по сравнению с больными с низкой вариабельностью ГП СКФ была достоверно ниже на 18% (p<0,05). Выявлена обратная корреляционная зависимость стандартного отклонения ГП со СКФ (r-0,34, p<0,05).

**Выводы.** У пациентов с ХСН ишемического генеза на фоне СД 2 типа и высокой вариабельностью ГП имеет место более тяжелая почечная дисфункция (по уровню СКФ) чем у пациентов с низкой вариабельностью ГП.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАНІЧНИХ АТАК У ПІДЛІТКІВ.**

Кірда І.І., Войцехівська І.Р.

Науковий керівник: ас. Влох С.Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра психіатрії, психології та сексології

**Актуальність.** Панічна атака – це **епізод пароксизмальної тривоги**, що супроводжується вегетативними симптомами. За даними епідеміологічних досліджень, встановлено, що напади паніки становлять від 9 до 15%. Після першої панічної атаки, відсутності діагностики та лікування ризик виникнення панічного розладу, агорафобії або інших психічних розладів істотно зростає. Перша поява панічних атак особливо гостро проявляється у підлітковому віці, що зумовлено періодом статевого дозрівання.

**Мета.** Дослідити основні клінічні характеристики та психологічні методи лікування панічних атак у підлітків.

**Матеріали і методи.** На підставі результатів аналізу релевантних наукових літературних даних виділені найбільш чутливі та специфічні методи діагностики основних симптомів та психологічні методи лікування панічних атак у підлітків. Використано методи: бібліографічний та системного аналізу.

**Результати:** Панічні атаки характеризуються комплексом симптомів. Вони включають вегетативні симптоми: задишку чи гіпервентиляцію; тахікардію та різке підвищення чи зниження артеріального тиску; відчуття пульсації в голові або судинах; дискомфорт та біль у грудях; посилене потовиділення і озноб; нудота і блювота; сухість у роті, відчуття грудки у горлі; приплив жару чи холоду; тремтіння і оніміння кінцівок; запаморочення. До симптомів що пов'язаних із психічним станом належать: дереалізація; деперсоналізація; страх втрати контролю або здійснити неконтрольовані вчинки; страх смерті. Когнітивно-поведінкова терапія є найбільш ефективною формою лікування нападів паніки, вона фокусується на думки, поведінку і почуття, дозволяє змінити