



8th International Scientific Conference

**Science progress in European countries:
new concepts and modern solutions**

Hosted by the ORT Publishing and

The Center for Scientific Research “Solution”

Conference papers

July 12, 2019

Stuttgart, Germany

8th International Scientific Conference

“Science progress in European countries: new concepts and modern solutions”: Papers of the 8th International Scientific Conference.
July 12, 2019, Stuttgart, Germany. 338 p.

Edited by **Ludwig Siebenberg**

Technical **Editor: Peter Meyer**

ISBN **978-3-944375-22-9**

Published and printed in Germany by ORT Publishing (Germany) in association with the Center For Scientific Research “Solution” (Ukraine) July 12, 2019.

ORT Publishing

Schwieberdinger Str. 59

70435 Stuttgart, Germany

All rights reserved

© ORT Publishing

© All authors of the current issue

ISBN **978-3-944375-22-9**

Table of Contents

1.	КУЛЬТЕНКО В.П., СУПРУН А.Г. ФІЛОСОФСЬКІ СТРАТЕГІЇ МЕНЕДЖМЕНТУ РЕГІОНАЛЬНОГО ТУРИЗМУ.	6
2.	БОЧАРОВ В.М. ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ВІЛ – ІНФІКОВАНИХ З ПНЕВМОЦИСТНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ.	18
3.	ГЕМА-БАГИНА Н.М., ПЕТРОВ В.О. МЕХАНІЗМИ УЧАСТІ НОРМАЛЬНОЇ МІКРОБІОТИ В ПАТОГЕНЕЗИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЮДИНИ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ОБМІНОМ РЕЧОВИН.	26
4.	ЄРОШКІНА Т.В., ПЕТРОВИЧ В.М. СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ, ЇЇ ДИФІРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ.	28
5.	КРИЧЕВЦОВА Е.И. ПОДДЕРЖКА ДЕТСКОЙ ИНИЦИАТИВНОСТИ: АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА.	39
6.	РУСІНА С.М., КАРВАЦЬКА Н.С., НІКОРЯК Р.А. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ІЗ СОЦІАЛЬНОЮ ДЕПРИВАЦІЄЮ.	44
7.	КАРВАЦЬКА Н.С., РУСІНА С.М., КАУНЕЙ Т.Г. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПОТИРЕОЗОМ ТА НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.	53
8.	БОНДАРЕНКО Н.В. ЦІННОСТІ ОБ'ЄДНАНОЇ ЄВРОПИ ТА ЇЇ ФОРМУВАННЯ В УКРАЇНСЬКІЙ НОВІЙ ШКОЛІ.	62
9.	КОНДАКОВ В.Л., ВОРОНИН І.Ю., ПОТЕРЯХІН А.А. ВИСТУПЛЕННЯ КИКБОКСЕРОВ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В РАЗДЕЛАХ ПОИНТФАЙТИНГ, ЛАЙТ-КОНТАКТ И КИК-ЛАЙТ НА ЧЕМПИОНАТАХ И ПЕРВЕНСТВАХ ЕВРОПЫ И МИРА.	75
10.	БУРИЙ А.Р. АМЕРИКАНСЬКА ФІЛОСОФІЯ ХІХ СТ. ЇЇ «АМЕРИКАНСЬКА МРІЯ».	83
11.	ГРИСЕНКО М.В., ПРИЯТЕЛЬЧУК О.А. КЛАСТЕРИЗАЦІЯ КРАЇН ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ЗА ДЕТЕРМІНАНТАМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ЇЇ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ ТА МІСЦЕ УКРАЇНИ В ДАНІЙ МОДЕЛІ.	97
12.	КУЗНЕЦОВА І.Ю. ОСОБЛИВОСТІ СПОРТИВНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЮНИХ СПОРСМЕНІВ У ТАЕКВОН-ДО.	108
13.	ХОДЖАЯН А.Р. ДИРИЖИЗМ СТРУКТУРНО-ГАЛУЗЕВИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ.	116
14.	СЛАБЛЮК Н.С., ДЕНИСОВА А.В. ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПОДАТКОВОЇ	134

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПОТИРЕОЗОМ ТА НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

КАРВАЦЬКА Н.С.

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

РУСІНА С.М.

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології,

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

КАУНЕЙ Т.Г.

лікар-інтерн, психіатр,

Чернівецька обласна психіатрична лікарня

м. Чернівці, Україна

Ендокринні захворювання викликають різноманітні психічні порушення різного рівня психічного реагування. Дані розлади є результатом відповіді на вплив етіологічно значимого чинника, або ж наслідком гострих порушень обміну речовин, а також можуть бути проявом реакції на захворювання та необхідності лікування. При всіх ендокринних захворюваннях ведучим (наскрізним) синдромом є астеничний. Проте, поряд із неспецифічними особливостями ендокринного психосиндрому та характерною динамікою психічних розладів в цілому, для кожного окремого ендокринного захворювання існують певні закономірності розвитку та перебігу розладів психіки.

Гіпотиреоз зустрічається порівняно рідко (до 20 випадків на 1000 осіб у жінок і до 1 на 1000 у чоловіків). У цьому стані в деякій мірі уповільнюються всі обмінні процеси внаслідок зменшення кількості і синтезу трийодтироніну і тироксину [1, 2]. Небезпечною особливістю гіпотиреозу є те, що його початок зазвичай розмитий, а прояви мають неспецифічні симптоми. Іноді погіршення може бути інтепретовано, як прояв соматичних захворювань або перевтоми.

Так, пацієнт з гіпотиреозом починає набирати зайву вагу, незважаючи на оптимальний режим харчування і достатні фізичні навантаження. При гіпотиреозі сповільнюються обмінні процеси, відбувається збільшення маси тіла. Людина страждає від постійної втоми, відчуває себе млявою і сонною. Спостерігається суттєвий занепад сил, втрата зацікавленості до улюблених занять. Шкірні покриви стають сухими і нееластичними, волосся – ламким, ранкова набряклість обличчя і периферичні набряки. Знижується лібідо і чоловіча потенція, втрачається інтерес до сексуального життя. Сповільнюється пульс. Виникають набряки, особливо в області обличчя. Хворий часто мерзне і не може зігрітися. У хворих на гіпотиреоз спостерігаються і інші розлади з боку нервової, травної, серцево-судинної, статевої та інших систем [2, 3].

Крім того, істотно змінюється емоційний стан, знижується настрій і присутні інші характерні ознаки пригніченого стану, з'являється плаксивість. У тому числі пацієнти скаржаться на забудькуватість, стійке зниження працездатності, не пов'язане з надмірними навантаженнями, неухважність і погіршення пам'яті [3, 4, 5]. При гіпотиреозі нерідко зустрічається зниження когнітивних функцій, утруднення концентрації уваги і сприйняття нової інформації [6, 8]. У деяких випадках гіпотиреоз може привести до проблем з порушенням емоцій – зниження настрою [2, 4, 8]. Вищевказана симптоматика може посилюватися і трактуватися, як депресивний епізод або розлад з усіма характерними для нього симптомами.

При виникненні соматичної патології з хронічним перебігом у хворих гіпотиреозом збільшується ризик виникнення психічних розладів. Серед психічних розладів непсихотичного рівня у хворих гіпотиреозом частими є

астенічні, тривожні і депресивні розлади. Вивчення змін психічного стану заслуговує на особливу увагу при гіпотиреозі, адже це захворювання розвивається переважно в осіб похилого віку, що, в свою чергу, сприяє виникненню афективних порушень. Крім того, до формування депресії при гіпотиреозі можуть призводити порушення функції різних органів та систем організму, низька якість життя. З іншого боку, психічні розлади можуть впливати на сприйняття хворими клінічної симптоматики, імітуючи посилення її виразності.

Астенічний симптомокомплекс, який виявляється практично у всіх хворих на гіпотиреоз, характеризується підвищеною втомлюваністю, зниженням працездатності, порушенням сну, головним болем, емоційною лабільністю, підвищеною збудливістю та виснажливістю нервових процесів, послабленням уваги, зниженням пам'яті, підвищенням лабільності вегетативної нервової системи, слабкодухістю, роздратованістю, тощо [7].

Психічні порушення у хворих гіпотиреозом мають велике значення в клінічній картині захворювання, значною мірою визначають її специфічність. На самому початку захворювання і в разі відносно легких випадків може спостерігатися лише психічна в'ялість. За умов найбільш важкого перебігу хвороби розвивається глибоке слабоумство. У клінічній картині психічних порушень при мікседемі тісно переплітаються прояви таких неспецифічних ендокринних синдромів – психопатоподібного і розладів пам'яті та афекту. У разі мікседеми більше, ніж при всіх інших ендокринних захворюваннях, проявляються розлади пам'яті та інтелекту, тобто порушення органічного типу. Ці розлади часто призводять до розвитку вираженого недоумства. У разі важкої мікседеми у дорослих основними психічними порушеннями є зниження пам'яті, сповільненість мислення і мови, персеверація, втрата набутих навичок, можливостей і інтересів, різке зниження інтелектуальної і моторної активності, апатичність і підвищена втомлюваність [4, 6, 7].

Все вищевказане послужило підставою для проведення даного дослідження, метою якого стало вивчення впливу непсихотичних психічних розладів на аспекти якості життя хворих гіпотиреозом [9].

Мета дослідження. Оптимізація якості життя хворих на гіпотиреоз із непсихотичними психічними порушеннями.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилося 25 пацієнтів гіпотиреозом віком від 44 до 56 років (середній вік $48,5 \pm 6,8$ років), з яких чоловіків було 9 (36 %), жінок - 16 (64 %). Даний діагноз був встановлений на попередніх етапах спостереження хворих з урахуванням результатів клінічного та імунологічного дослідження. Тривалість анамнезу гіпотиреозу в середньому по групі склала $8,3 \pm 3,2$ років. У 9 (36 %) випадках мав місце ізольований перебіг гіпотиреозу (група порівняння). У 16 спостереженнях (64 %) гіпотиреоз перебігав на тлі непсихотичних психічних розладів (основна група), з анамнезом захворювання останнього $10,6 \pm 2,7$ років.

Якість життя пацієнтів досліджувалася за допомогою наступних опитувальників: опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-стандартизований неспецифічний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status) - 36 питань, що дозволяють найбільшою мірою оцінювати якість життя, взаємозв'язок з соціальним статусом, психічним здоров'ям і загальним благополуччям індивідуума.

Опитувальник SF-36 складається з 36 питань, об'єднаних у 8 наступних шкал: фізична активність - ФА(оцінює міру самообслуговування, ходьбу, підйом по сходах, перенесення важких речей, а також виконання значних фізичних навантажень); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності РФ (характеризує ступінь обмеження у повсякденній діяльності через проблеми з ІБ (відображає інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю), загальний стан здоров'я (оцінка ЗСЗ); життєва активність - ЖА (оцінка відчуття пацієнтом повноти сил та енергії); соціальна активність - СА (задоволеність спілкуванням, проведенням часу з

друзями, родиною, сусідами, колегами); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності - РЕ (оцінка ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої звичайної витрати часу на їх виконання, зменшення повсякденній діяльності, включаючи великі обсяги виконаної роботи, зниження її якості); психічне здоров'я - ПЗ (характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, оцінює загальний показник позитивних емоцій).

Фізичний статус пацієнта оцінюється за п'ятьма шкалами - фізична активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, інтенсивність болювого синдрому, загальний стан здоров'я, життєва активність - ФА, РФ, ІБ, ЗСЗ, ЖА; психосоціальний статус також характеризують п'ять шкал - роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, соціальна активність, психічне здоров'я, загальний стан здоров'я, життєва активність - РЕ, СА, ПЗ, ЗСЗ, ЖА. При чому показники ЗСЗ та ЖА визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини.

Максимальне значення для всіх шкал, при повній відсутності обмежень чи порушень здоров'я, дорівнювало 100. Чим вищим був показник по кожній шкалі, тим кращою була якість життя по цьому параметру.

Аналіз якості життя хворих гіпотиреозом проводився також з урахуванням кількості симптомів, суб'єктивної оцінки пацієнтом ступеня виразності клінічних ознак гіпотиреозу, активності і суб'єктивної оцінки пацієнтом ступеня обмеження фізичної активності, зумовленої захворюванням; суб'єктивної оцінки пацієнтом виразності психологічних і соціальних проблем в результаті захворювання і загального показника якості життя, що характеризує в цілому негативний вплив гіпотиреозу на стан психічного здоров'я.

Оцінка кожної шкали проводиться по 100-бальній системі. Оціночні критерії є зворотними: чим вищий бал, тим більш негативним є вплив хвороби на якість життя пацієнта. Даний опитувальник дозволяє розраховувати ЯЖ хворих як у цілому, так і окремо за кожною із трьох шкал.

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою одно і багатofакторного дисперсійного аналізу (пакет ліцензійних програм «Microsoft Excel», «Statistica 6.0»).

Результати дослідження та їх обговорення. Результати анкетування хворих за опитувальником SF-36 наведено у табл. 1.

Таблиця 1.

Показники якості життя за опитувальником SF-36 в балах у обмежених хворих (M ± m)

Шкала	Хворі на гіпотиреоз і непсихотичні психічні розлади (n = 16)	Хворі на гіпотиреоз (n = 9)
ФА	46,5 ± 2,9*	59,7 ± 3,2
РФ	31,3 ± 2,4*	49,4 ± 3,7
ІБ	33,3 ± 4,5*	41,7 ± 3,8
ЗСЗ	42,1 ± 3,1*	53,2 ± 3,3
ЖА	46,4 ± 2,9*	54,4 ± 3,2
СА	41,9 ± 2,3*	44,7 ± 2,2
РЕ	38,6 ± 3,7*	56,3 ± 3,8
ПЗ	51,2 ± 2,2*	60,3 ± 2,3

Примітка: * - розбіжності достовірні порівняно з аналогічним показником групи порівняння.

Як показано у табл. 1, наявність супутнього непсихотичного психічного розладу вірогідно погіршувала якість життя хворих гіпотиреозом за всіма шкалами, що відображують фізичний стан пацієнта, а саме - фізичну активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєву активність.

При оцінці психосоціального статусу також відмічався негативний вплив на якість життя супутнього непсихотичного психічного розладу, що підтверджувалося вірогідним зниженням його показників у основній групі.

Значне пригнічення «фізичної активності» у пацієнтів основної групи, при зіставленні з групою порівняння, було обумовлене обмеженням можливостей пацієнта виконувати типові повсякденні фізичні навантаження. Це у свою чергу призводило до зниження показників «ролі фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», тобто фізична

неспроможність пацієнта ініціювала появу проблем у емоційній сфері, що може справляти негативний вплив на лікування та реабілітацію хворих.

Усі ці фактори сприяли зниженню оцінки «загального стану здоров'я» у пацієнтів з поєднаним перебігом гіпотиреозу та неспсихотичними психічними розладами, що є провідним показником сприйняття пацієнтом наявності хвороби.

При аналізі показників, що враховувались, виявлено, що наявність супутнього неспсихотичного психічного розладу у пацієнтів із гіпотиреозом вірогідно посилює негативний вплив захворювання на виразність клінічних ознак, ступень обмеження фізичної активності, поглиблює психологічні та соціальні проблеми, що пов'язані із основним ендокринним захворюванням та погіршує загальний показник якості життя.

Таким чином, можна припустити, що кількісна варіабельність компонентів якості життя, що проявляються змінами в певних шкалах якості життя є віддзеркаленням співвідношення впливів гіпотиреозу та неспсихотичних психічних розладів на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання та, у зв'язку з його наявністю, можливості особистісної активної адаптації в оточуючому середовищі.

Висновки. Супутні патології, а саме неспсихотичні психічні розлади у пацієнтів з гіпотиреозом справляють значний вплив на якість життя, що проявляється виразними змінами у суб'єктивному сприйнятті пацієнтом свого фізичного та психосоціального статусу. Дані обставини можуть вносити певні корективи у перебіг захворювання, ефективність лікування та реабілітаційних заходів у хворих з поєднаним перебігом гіпотиреозу та неспсихотичних психічних розладів, що слід враховувати при веденні даної категорії хворих.

Перспективним напрямком є вивчення спільних патогенетичних механізмів у пацієнтів з поєднаним перебігом гіпотиреозу та неспсихотичних психічних розладів та визначення їх впливу на окремі показники якості життя.

Використана література

1. Паньків, В. І. Синдром гіпотиреозу [Текст] / В. І. Паньків // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2012. - № 5 (45). - С. 136-148.
2. Almeida, O. P. Thyroid hormones and depression [Text] / O. P. Almeida, H. Alfonso, L. Flicker, G. Hankey, S. A. P. Chubb, B. B. Yeap // American Journal of Geriatric Psychiatry. - 2011. - Vol. 19, Issue 9. - P. 763-770. doi: 10.1097/jgp.0b013e31820dcad5
2. Bunevicius, R. Thyroid disease and mental disorders: cause and effect or only comorbidity? [Text] / R. Bunevicius, A. J. Prange // Current Opinion in Psychiatry. - 2010. - Vol. 23, Issue 4. - P. 363-368. doi: 10.1097/ycp.0b013e3283387b50
3. Bukvic, B. Improved quality of life in hyperthyroidism patients after surgery [Text] / B. Bukvic, V. Zivaljevic, S. Sipetic, A. Diklic, K. Tausanovic, D. Stojanovic et. al / Journal Surgery Research. - 2015. - Vol. 193, Issue 2. - P. 724–730. doi: 10.1016/j.jss.2014.07.061
4. Demartini, B. Depressive symptoms and major depressive disorder in patients affected by subclinical hypothyroidism [Text] / B. Demartini, R. Ranieri, A. Masu, V. Selle, S. Scarone, O. Gambini // The Journal of Nervous and Mental Disease. - 2014. - Vol. 202, Issue 8. - P. 603–607. doi: 10.1097/nmd.0000000000000168
5. Feldman, A. Z. Neuropsychiatric manifestations of thyroid disease [Text] / A. Z. Feldman, R. T. Shrestha, J. V. Hennessey // Endocrinology Metabolism Clinics of North America. - 2013. - Vol. 42, Issue 3. - P. 453–476. doi: 10.1016/j.ecl.2013.05.005
6. Joffe, R. T. Subclinical hypothyroidism, mood, and cognition in older adults: a review [Text] / R. T. Joffe, E. N. Pearce, J. V. Hennessey, J. J. Ryan, R. A. Stern // International Journal of Geriatric Psychiatry. - 2012. - Vol. 28, Issue 2. - P. 111–118. doi: 10.1002/gps.3796

7. Leyhe, T. Cognitive and affective dysfunctions in autoimmune thyroiditis [Text] / T. Leyhe, K. Müssig // Brain, Behavior, and Immunity. - 2014. - Vol. 41. - P. 261-266. doi: 10.1016/j.bbi.2014.03.008

8. Topcu, C. B. Effect of stressful life events on the initiation of Graves' disease [Text] / C. B. Topcu, O. Celik, E. Tasan // International Journal of Psychiatry Clinical Practice. - 2012. - Vol. 16, Issue 4. - P. 307–311. doi: 10.3109/13651501.2011.631016

9. Mezzich, J. E. Validation of an efficient quality of life index [Text] / J. E. Mezzich, N. Cohen, J. Liu, M. Ruiperez, G. Yoon, S. Igbal, C. Perez. – Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. - Hamburg, 1999. - P. 427-428.

ЦІННОСТІ ОБ'ЄДНАНОЇ ЄВРОПИ ТА ЇХ ФОРМУВАННЯ В УКРАЇНСЬКІЙ НОВІЙ ШКОЛІ

БОНДАРЕНКО Н.В.

кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник,

старший науковий співробітник відділу навчання

української мови та літератури

Інститут педагогіки НАПН України

м. Київ, Україна

В умовах дедалі інтенсивнішого урізноманітнення суспільства й глобальної взаємозалежності зростає роль чеснот, покликаних формувати свідомість громадян Європи і світу – гідності, справедливості, плюралізму, цивілізованості, солідарності, безпеки, толерантності, свобод, рівних прав і можливостей, відповідальності, самодостатності.

«Якщо дивитися на Україну з космосу, то можна уникнути [комплексу – Н. Б.] провінційності. Перш ніж стати громадянином Всесвіту, треба побути громадянином України», – так письменниця Галина Пагутяк обґрунтувала необхідність виховання громадянськості – однієї з базових європейських цінностей – через визначення вектора розвитку нашої культури як україноцентричного [11, с. 22].

Закономірне повернення України в європростір сприяло формуванню в українського народу проєвропейського мислення, налаштованості на розбудову європейської держави. Відбулися переосмислення й переоцінка цінностей, відмова від хибних, невластивих ментальності, набутих внаслідок тривалого перебування в чужій культурі. Зміцніло прагнення пришвидшити впровадження європейських цінностей і євростандартів у всі сфери життя суспільства. Європейський вибір України підкріплений прогресом у відносинах з ЄС.

Оприлюднені Центром «Соціс» результати опитування 4000 респондентів щодо вступу України до ЄС і НАТО, проведене з 29 травня по 6