

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет ім. Петра Могили
Первинна профспілквова організація ЧНУ ім. Петра Могили
Південний науковий центр НАН та МОН України
Ca' Foscari University, Venice (Італія)
Saarland University (Німеччина)
Інститут історії Університет гуманітарних та природничих наук
імені Яна Длугоша (Польща)
Університет Сегеда (Угорщина)
Інститут політичних наук і міжнародних відносин Ягеллонського університету (Польща)
Академія військового мистецтва в Варшаві (Польща)
Інститут історії Лодзького університету (Польща)
Університет Марії Кюрі-Склодовської (Польща)
Інститут національної пам'яті (Польща)

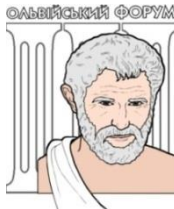


**ОЛЬВІЙСЬКИЙ ФОРУМ – 2019:
стратегії країн Причорноморського регіону
в геополітичному просторі**

**XIII Міжнародна наукова конференція
6–9 червня 2019 р., м. Миколаїв**

ТЕЗИ

**Актуальні проблеми медицини.
Актуальні проблеми розвитку
фізичної культури і спорту в сучасній Україні.
Психологія саморозвитку
та подолання стресових станів**



**Миколаїв
2019**

Ольвійський форум – 2019 : стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі : XIII міжнар. наук. конф. 6–9 червня 2019 р., м. Миколаїв : тези доп. : Актуальні проблеми медицини. Актуальні проблеми розвитку фізичної культури і спорту в сучасній Україні. Психологія саморозвитку та подолання стресових станів / Чорном. нац. ун-т ім. Петра Могили. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2019. – 76 с.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

УДК 611.819

Черно В. С.,

*д-р мед. наук, проф. кафедри анатомії, гістології,
клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,*

Клименко М. О.,

*д-р мед. наук, професор,
проректор з наукової роботи та питань розвитку,*

Френкель Ю. Д.,

канд. мед. наук,

*в. о. доцента б. в. з. кафедри медичної біології та хімії,
біохімії, мікробіології, фізіології, патофізіології та фармакології,*

Силенко О. О.,

*старший викладач кафедри анатомії, гістології,
клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОРСАЛЬНОЇ СТРІЛОВОЇ ПАЗУХИ ЩУРІВ

Актуальність. Незважаючи на появу наукових досліджень час від часу у цьому напрямку, процеси гемоциркуляції залишаються недостатньо вивченими, особливо тих питань, що стосуються венозного відтоку. Достатньо невивченим є питання, що стосується порівняльно-анатомічної організації венозних колекторів головного мозку хребетних. Це диктується постійним зростанням за останні 15 років поширеності та захворюваності інсультів у людей 1-го і особливо 2-го зрілого віку. Тому, ми вважаємо суттєвого значення набувають роботи з вивчення морфології у порівняльному аспекті структурної та просторової організації венозних колекторів хребетних, які використовують як експериментальну модель клінічних лабораторних досліджень нових фармацевтичних препаратів.

Мета дослідження – вивчити морфологію просторової організації дорзальної стрілової пазухи щурів лінії Vistar.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалами слугували 24 білих щура лінії Vistar вагою 240–260 г, яких виводили з експерименту, не пов'язаного з безпосередньою дією на органи голови та шиї.

Методи: просторову та структурну організацію дорзальної стрілової пазухи вивчали макро-, мікроскопічне препарування, виготовлення

корозійних препаратів шляхом, ендovasкулярне наповнення венозної системи головного мозку туш-желатиновою сумішшю з подальшим морфометричним аналізом.

Отримані результати. Незважаючи на схожість загальної будови пазушно-венозних утворень в групі досліджуваних лабораторних тварин, у щурів є характерні видові відмінності, притаманні тільки їм. Щурі є представниками ссавців невеликих розмірів, які відносяться до видової групи гризунів. Встановлений морфологічний комплекс особливостей будови пазушно-венозних структур головного мозку у статевозрілих щурів. На цій стадії філогенезу ссавців повністю сформована венозна система головного мозку та його оболон, що відносить її до органного рівня судинної організації та встановлення пазушного кровотоку з відокремленням поверховості на внутрішній венозній сітці головного мозку.

Верхня стінка ДСП контактує з внутрішньою поверхнею кісток склепіння черепа, а дві бічні стінки проникають між краями головного мозку, формуючи основний повздожний венозний колектор. Передній відділ ДСП починає формуватися злиттям декількох, частіше 2–3 дрібних вен в ділянці задньої третини центральної щілини нюхової цибулини.

В бічні стінки впадає ряд вен конвексимальної частини оболони, що збирають кров з тканин склепіння черепа. Морфологічним дослідженням встановлено варіабельність морфологічних особливостей даних структур, що не залежали від статі, віку і маси тварин. Різновидами виступають чисельність та характер жилкування припливів та їх кут впадіння. Найбільш частим видом були симетричні парні припливи з відкритим кутом впадіння, направленим до переду. За своєю формою при поперечному січенні ДСП має трикутноподібну форму з широкою опуклою основою, обернену назовні, що контактує з внутрішньою поверхнею кісток склепіння черепа, а саме: лобовою та тім'яною. Серед інших форм зустрічаються непарні, не симетричні та з різноманітним кутовим направленням.

На представлених препаратах чітко просліджується формування ДСП за участі ТОГМ тому ми постійно спостерігали чітко сформовані стінки, що утримували постійну форму колектора у вигляді трикутника з округлою основою.

Пазухометрія показала, що ДСП щура має відносно постійну ширину і висоту за своїм ходом. Незначне зменшення показників спостерігалось на початку колектора і незначне збільшення при впадіння в пазушний стік, що потрібно враховувати з теоретичного та практичного значення.

Яковенко Н. О.,

*канд. мед. наук, доцент кафедри анатомії, гістології,
клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,*

Жук С. В.,

*канд. мед. наук, в. о. доцента кафедри анатомії, гістології,
клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,*

Гаврилюк І. М.,

*завідувач лабораторії анатомії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ОСОБЛИВОСТІ МЕХАНІЗМУ ПЕРЕДАЧІ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ С У ДІТЕЙ

Вірусний гепатит С (ВГС) є серйозною світовою проблемою. За даними ВООЗ у світі, на гепатит С страждають приблизно 150–200 млн осіб, а 350 тис. щорічно помирають від ускладнень. Незважаючи на те що, у порівнянні з дорослими, розповсюдженість вірусного гепатиту С серед дітей відносно низька, у світі приблизно п'ять мільйонів дітей мають активну форму ВГС.

Існує ряд відмінностей інфекції ВГС у дорослих і дітей. Насамперед це особливості механізмів передачі цієї інфекції. Найбільш частими шляхами інфікування дитини ВГС у розвинутих країнах є вертикальна передача вірусу від РНК-позитивної ВГС матері. Ризик передачі HCV від матері до дитини в середньому знаходиться в межах 4,7–6,7 %. Генотип та вірусне навантаження у матері (більш ніж 1 млн. коп/мл) відносяться до факторів підвищеного ризику пернатальної трансмісії HCV. Наявність у матері ко-інфекції вірусу імунodefіциту HIV/HCV збільшує шанси передачі інфекції від матері до дитини на 90 % в порівнянні з моноінфекцією HCV. Частий внутрішньоутробний моніторинг плода, тривалий період розриву оболонок плода і гіпоксія плода під час пологів, можуть збільшувати ризик інфікування.

У країнах, які розвиваються, превалює горизонтальний шлях інфікування ВГС – при контакті із забрудненими продуктами крові при гемо трансфузії, інфузії компонентів крові та хірургічних втручаннях. Крім того, інфікування ВГС зустрічається при трансплантації інфікованих органів, у пацієнтів, що знаходяться на тривалому діалізі нирок, при сумісному використанні предметів особистої гігієни (зубні щітки, манікюрні

ножиці), на яких залишається кров, заражена гепатитом С, при нанесенні татуювання, пірсингу, використанні ін'єкційних наркотиків.

Певну роль у інфікуванні і подальшому перебігу ВГС відіграють супутні захворювання. Так, як показали данні зарубіжних дослідників, коморбідні стани були присутні у 45,9 % анти-ВГС-позитивних дітей і включали хронічні захворювання крові, такі як таласемія і гемофілія (59 %), інсулінозалежний цукровий діабет (12 %) та інші супутні захворювання (29 %).

Вірусним гепатитом С неможливо заразитися через повітря, непошкоджену шкіру, випадковий соціальний контакт.

Важливо відмітити, що вірусний гепатит С не передається через грудне молоко, тож наявність ВГС у матері не є протипоказанням для грудного вигодовування. Але якщо соски та/або ареоли HCV-позитивної матері мають тріщини та кровоточать, їй необхідно тимчасово призупини грудне вигодовування до моменту повного загоєння вказаних ділянок, після чого можна поновлювати грудне вигодовування в повному обсязі.

Встановлено, що є можливість сімейно-побутової передачі HCV-інфекції. За даними ряду авторів ризик передачі HCV не перевищує 2 % у сім'ях, де інфікована 1 людина, за даними інших авторів – ризик передачі HCV від дитини до дитини в одній сім'ї складає 31 %, від матері до дитини – 23 %, від батька до дитини – 12 %. Немає даних щодо передачі ВГС серед дітей у дитячих садках.

Ризик інфікування ВГС при статевому акті при постійних статевих стосунках незначний, але це не може бути підставою для сексуально активних підлітків ігнорувати правила безпечного сексу.

Таким чином, можна зробити висновки, що вірусний гепатит С є серйозною проблемою сьогодення. Розуміння особливостей інфікування ВГС у дітей та механізмів передачі надасть змогу попередити розповсюдження цієї інфекції, особливо серед груп підвищеного ризику інфікування, що в свою чергу, значно підвищить якість життя населення в майбутньому.

Ястремський В. В.,
завідувач акушерським відділенням пологового будинку № 3, лікар акушер-гінеколог,

Нужна О. К.,
канд. мед. наук, доцент кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,

Яковенко Н. О.,
канд. мед. наук, доцент б. в. з. кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,

Жук С. В.,
канд. мед. наук, в. о. доцента кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,

Тузова О. В.,
*канд. мед. наук, доцент б. в. з. кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ТРАНСПОРТНИЙ ТОКОЛІЗ НІТРОГЛЩЕРИНОМ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМУ ПОЛОЖЕННІ ПЛОДУ З ВИПАДІННЯМ РУЧКИ ПЛОДУ

Актуальність проблеми: Поперечне чи косе положення плоду зустрічається приблизно у 0,5 % всіх пологів, і складає 1,4 % показань до кесарева розтину. Частим ускладненням при поперечному положенні плоду є передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, випадіння дрібних частин плоду. При неправильних положеннях пологи живим плодом неможливі, несвоєчасне надання медичної допомоги може обумовити тяжкі ускладнення, та життєве небезпечною кровотечею. Затримка операції кесарева розтину може привести до за давнього поперечного положення плоду при якому операція вже не гарантує уникнення травматизму немовляти.

Як відомо, неправильні положення плоду під час вагітності і пологів, це ті положення, коли поздовжня ось плоду не співпадає з поздовжньою віссю матки, а утворює з нею прямий, чи гострий кут. Відповідно, при цьому кажуть про поперечне чи косе положення плоду.

Причинами формування неправильних положень плоду можуть бути: підвищена рухливість плоду, невелика перерва між пологами, розтягнуті м'язи передньої черевної стінки, оперативні втручання, коротка пуповина, вузький таз, наявність фіброміоми матки та інші.

Діагностика поперечних положень плоду базується на даних анамнезу, та зовнішньому акушерському обстеженню. На сьогоднішній день, завдяки УЗ скринінгу поперечне неправильні положення плоду

не бувають несподіваною знахідкою. УЗД в усіх випадках дозволяє встановити неправильне положення. Але іноді можливі ситуації, коли при підвищеній рухливості плоду його положення часто змінюється (нестійке положення плоду). В таких випадках неправильне положення плоду може бути діагностовано у пологах, що потребує негайного лікарського втручання.

Якщо відходження навколоплідних вод, яке ускладнюється випадінням дрібних частин плоду відбулось за межами лікувального закладу необхідна термінове транспортування вагітної до пологового будинку (рис. 1). На час транспортування необхідно попередити виникнення пологової діяльності чи гальмувати її. З метою екстреного токолізу можливо застосування таких препаратів як гініпрал, нефідіпін. У разі їх відсутності з метою пригнічення пологової діяльності можливо застосування нітрогліцерину. Саме таблетки нітрогліцерину застосовують сублінгвально по 0,5 мг, двічі, через 30 хв, що більш доступний в складних умовах транспортування (дорожні пробки та ін).



Рис. 1 Розташування плоду при його поперечному положенні з випадінням ручки

Висновок: Своєчасне гальмування чи попередження пологової діяльності нітрогліцерином у дозі 0,5 мг через кожні 30 хв. дозволяє транспортувати вагітну з поперечним положенням плоду з випадінням ручки та уникнути тяжкі ускладнення пологів під час транспортування до пологового будинку.

Козій М. С.,

д-р. біол. наук, професор, завідувач кафедри медичної біології та хімії, біохімії, мікробіології, фізіології, патофізіології та фармакології,

Грищенко Г. В.,

канд. мед. наук, доцент кафедри медичної біології та хімії, біохімії, мікробіології, фізіології, патофізіології та фармакології,

Ілляшенко Ю. В.,

студентка 2 курсу медичного інституту,

Соломко Д. А.,

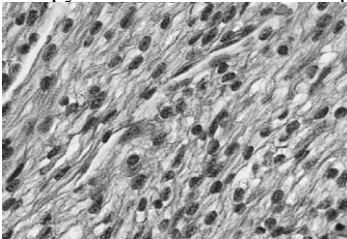
студентка 2 курсу медичного інституту, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ МІОКАРДА СЕРЦЯ ЛЮДИНИ В ЕМБРІОНАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ

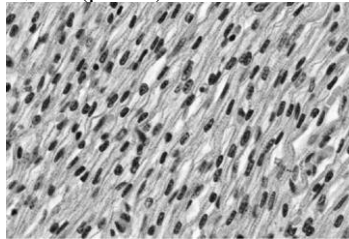
Міокард плода людини має характерну гістологічну картину, що відрізняється від аналогічної у дорослих. Дослідження цієї специфіки важливо в процесі деталізації складових тканин організму.

Спираючись на традиційне судження, можна сказати, що число серцевих міоцитів встановлюється при народженні, однак серед популяції кінцевих (диференційованих) клітин міокарда існує незначна здатність до їх регенерації. Ця парадигма недавно була оскаржена у зв'язку з відкриттям популяції серцевих стовбурових клітин, що мають регенеративну здатність. Проте, суто клітинна структуризація міокарда не підтримується протягом усього плодового періоду розвитку. Незважаючи на існуючі морфологічні відмінності клітин, гістологічна структура серця плоду в основних рисах не відрізняється від такої серця дорослого.

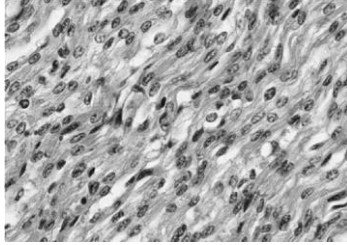
Міокард складають попереково-смугасті м'язові волокна серцевого типу, з центрально орієнтованими ядрами і інтеркалірованих (вставними) дисками. Відділи міокарда плода в поздовжньому перетині демонструють слабкий зв'язок кардіоміоцитів (рис. 1).



А



Б



В

Рис. 1. Міокард плода у другому триместрі.

А – 14 тижнів; Б – 19 тижнів; В – 24 тижні.

Гематоксилін Бемера, фукселін Харта (в авторській модифікації).

Коригувальний фільтр «МГ-2,5^х». 100^х.

Препарат М. С. Козія, Ю. Ілляшенко, Д. Соломко.

Спостереження показують, що ранні ембріональні міоцити мають прозору, вакуолізовану цитоплазму, вторинну до високого вмісту глікогену. Дана особливість найбільш контрастно фіксується на початку третього триместру.

У міру наближення плоду до терміну, кількість цитоплазми в міоцитах зростає. Зростає також ступінь її сприйняття еозину (рис. 2).

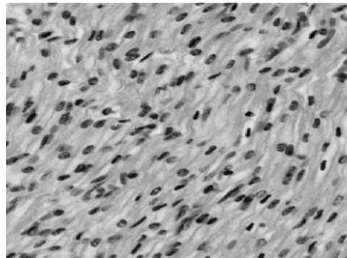


Рис. 2. Збільшення об'єма цитоплазми в міоцитах.

Гематоксилін Бемера, фукселін Харта (в авторській модифікації).

Коригувальний фільтр «МГ-2,5^х». 100^х.

Препарат М. С. Козія, Ю. Ілляшенко, Д. Соломко.

Судячи зі змісту рисунка, ядра клітин міокарда мають еліпсоїдну або злегка видовжену форму, з гладкими межами. Клітини особливого типу, відомі в періодичній літературі як структура *Anitschkow*, зустрічаються зазвичай в серці плода та новонародженого.

Клітини Анічкова характеризуються гусеничним ядром, що орієнтовано в поздовжньому напрямку. На зрізах в поперекових перетинах ядро має центральну конденсацію хроматину, з тонкими фібрилярни-

ми розширеннями останнього в напрямі ядерної мембрани. Це проявлення було класично пов'язано з ревматичних захворюванням серця. У той час, як клітини Анічкова часто представляють міоцити, їх структура ядра аналогічним чином була описана також в межах органу (ендотелій, гістіоцити і стромальні клітини).

Значення цієї ядерної структури не цілком зрозуміло. Імовірно, їх існування може бути наслідком специфічної відповіді у вигляді реактивної зміни тканини на умови гіпоксії.

Підсумовуючи вищевикладене, необхідно зазначити, що за зміни гістологічної будови складових серця дані слід порівнювати найретельнішим чином. Екологічне напруження стану навколишнього середовища та стрес, що виражені в тривалих термінах дії на організм, часто призводять до виникнення в ембріогенезі різноманітних відхилень у розвитку. Очевидно, якщо різниця в мікроструктурних показниках втрачається, доцільно залучати нові методики досліджень, як вельми надійні. Такий підхід дає можливість своєчасно виявляти ступінь патології, що дозволить не тільки професійно вирішувати існуючі проблеми, а й знаходити сучасні методи їх попередження.

УДК 620.168:624.016

Невинський Ю. О.,

лікар вищої категорії, ТОВ Стоматологія «Медент»,

Невинський О. Г.,

канд. техн. наук, доцент,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВІТЧИЗНЯНИХ КОМПОЗИТНИХ ПОЛІМЕРНИХ СИСТЕМ У СТОМАТОЛОГІЇ

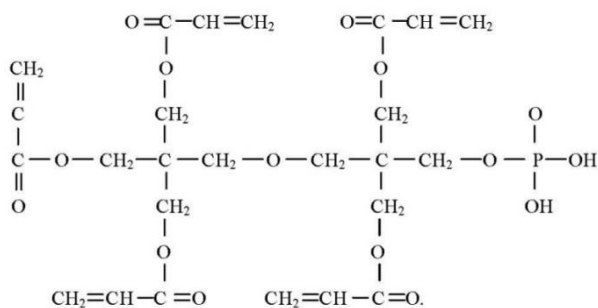
Ефективність впровадження сучасних полімерних систем у медичну практику, зокрема у стоматологію, значною мірою залежить від досконалості технології їх використання. Розробка та оптимізація якої є актуальною задачею як для хіміків-технологів так і для лікарів-практиків.

Принципово технологія художньої реставрації зубів складається з трьох послідовних стадій: підготовка поверхні шляхом протравлення кислотою, створення сполучного шару зв'язуючим та конструювання виробу композитом. Кожна стадія повинна бути оптимізована за часом, впливом на загальний стан організму і спрямована на отримання високоякісного виробу.

Сучасний зв'язуючий матеріал для композитів в стоматологічній практиці являє собою відразу праймер для дентину і адгезив для емалі. Він є ефективним навіть для реставрації апроксимальних поверхонь зубів, які найбільш підлягають максимальному механічному навантаженню. Механізм дії зв'язуючого полягає у наступному: зволоження та інфільтрація дентину, забезпечення адгезії та її посилення, механічне замикання та утворення сполучного гібридного шару, що має добру адгезію до основного композитного матеріалу і робить всю систему стійкою до навантажень.

Для здійснення першого етапу, тобто зволоження, у складі зв'язуючого використовується ацетон, як найкращий переносник гідрофільних речовин для даного виду матеріалів та речовина-носіє полімерної матриці.

На другому етапі для використовується ненасичений фосфатний естер. Застосування даної речовини за рахунок її гідрофільності забезпечує інфільтрацію та сумісне глибоке проникнення з полімерними складовими зв'язуючого, що є комбінацією рідких та еластичних мономерів, в дентинові каналці. Водночас матеріал типу фосфатного естеру вступає в реакцію з кальцієм емалі та допомагає прикріпленню матеріалу до неї. Все це сприяє механічному замиканню і сполучна адгезивна система емаль/дентин може витримувати значні навантаження. Структурна формула ненасиченого фосфатного естеру наведена нижче.



Практично доведено, що якість підготовки зубної порожнини суттєво залежить від попереднього протравлення кислотою емалі та дентину. Обираємо універсальний протравлювач – 34 % фосфатну кислоту і операцію здійснюємо за 10...15 сек. (загально прийнято до 60 сек.), цього часу достатньо для підготовки кальцію емалі та перебігу гідромоторних реакцій в дентині. В подальшому необхідно добре просушити емаль і водночас зберегти дентин наскільки це можливо вологим

(інакше він втрачає свої адгезивні властивості), що здійснюємо концентрацією потоку з повітряного шприца на краї емалі.

Сама процедура нанесення зв'язуючого є тривіальною: у підготовлену порожнину наноситься зв'язуюче послідовно у два тонкі шари, розчинник видаляється аспірацією, самозатвердження мономерів здійснюються опромінюванням світлом довжиною хвилі 470 нм.

Усе підготовлено для нанесення основного композиту, в якості якого використовуємо мікрогібридний світлозатверджуваний композит. Нами експериментально доведено, термообробка композиту до 70 °С суттєво поліпшує його реологічні властивості, завдяки чому відбувається щільне заповнення порожнини і суттєво спрощується процедура конструюванні форми виробу на кінцевій стадії. При цьому термообробка ніяким чином не впливає на всі інші фізико-механічні, естетичні властивості виробу.

Висновки Експериментально доведено, що сучасні вітчизняні композитні матеріали, використані в стоматологічній практиці по оптимізованій технології, нічим не поступаються найкращим зарубіжним аналогам, водночас є суттєво дешевшими.

УДК 615.015(075.8)

Лук'янчук В. Д.,

Інститут фармакології та токсикології НАМН України,

Топольницька Г. А.,

Інститут фармакології та токсикології НАМН України,

м. Київ, Україна,

Оглобліна М. В.,

канд. фарм. наук, доцент кафедри медичної біології, хімії, біохімії, мікробіології, фізіології, патофізіології та фармакології,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПРИНЦИПИ ДЕТОКСИКАЦІЇ ОРГАНІЗМУ ЗА УМОВ АБСОЛЮТНОГО ПЕРЕДОЗУВАННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Абсолютне передозування, на противагу відносному отруєнню, виникає при потраплянні в організм великої (токсичної) дози препаратів які, як правило, мають малу широту терапевтичної дії. Найбільш відо-

ними шляхами надання допомоги при гострих отруєннях ліками є підсилення природних шляхів детоксикації (промивання шлунку, очищення кишечника, форсований діурез, лікувальна гіпервентиляція, фармакологічна регуляція активності ферментів детоксикації) та методи штучної детоксикації (гемодіаліз, гемосорбція, перитонеальний діаліз, заміщення крові, плазмаферез та ін.), а також детоксикація шляхом застосування антидотів: специфічна (антидотна) терапія.

Програма лікування лікарських отруєнь, що застосовуються в клінічній токсикології завжди індивідуальна. Разом з тим принципова схема детоксикації універсальна, яка включає наступні етапи:

- корекція загрожуючих життю порушень дихання і кровообігу;
- активація процесів елімінації надлишкових кількостей ліків;
- специфічний антидотний захист при встановленому виді отрути;
- припинення дії отрути на етапі її попадання в організм;
- нормалізація гомеостазу, водно-електролітного і кислотно-лужного станів, білкового і газового обмінів, гемопоєзу, імунного статусу;
- патогенетична і симптоматична терапії, спрямовані на забезпечення нормального функціонування життєво-важливих органів і систем.

У роботі центральне місце відводиться механізмам фармакологічного впливу на процеси детоксикації, зокрема на перебіг процесів біотрансформації шляхом модифікації активності ферментів, що метаболізують токсичні сполуки. При цьому відбувається підвищення (індукція) активності ферментів монооксигеназної системи, що локалізовані, головним чином, у мікротомах гепатоцитів. Індуктори використовують у випадках інтоксикації лікарськими засобами, метоболіти яких менш токсичні, аніж вихідна сполука, інгібітори – навпаки.

Особливе значення в детоксикації організму при лікарських отруєннях займає специфічна (антидотна) терапія, яка можлива лише за умов, коли ідентифіковано вид отрути і тільки в ранній (токсикогенній) фазі.

Розглядаються основні механізми дії антидотів, а саме: пряма хімічна взаємодія, хелатуючі агенти-комплексоутворювачі, опосередкована хімічна нейтралізація, антитіла до токсикантів, а також засоби, дія яких базується на біохімічному антагонізмі.

Зюзін В. О.,

д-р мед. наук, професор кафедри пропедевтичних та медико-профілактичних дисциплін,

Ларичева О. М.,

канд. біол. наук, доцент кафедри медичної біології, хімії, біохімії, мікробіології, фізіології, патофізіології та фармакології,

Черно В. С.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,

Половенко Л. С.,

викладач кафедри медичної біології, хімії, біохімії, мікробіології, фізіології, патофізіології та фармакології,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна,

Зюзін Д. В.,

викладач,

МНУ ім. В. О. Сухомлинського, м. Миколаїв, Україна

ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ, ПОЄДНАНОГО ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ

Метаболічний синдром (МС) – це мультифакторний стан, обумовлений комплексом генетичних, нейрогуморальних особливостей та способом життя людини.

Виявлення метаболічного синдрому має велике ключове значення, оскільки цей стан є зворотним, тобто при відновному лікуванні можна досягти зникнення, принаймні зменшення виразності основних його проявів. Відповідно до класифікації, запропонованої експертами Міжнародної діабетичної федерації (IDD, 2005), діагноз метаболічного синдрому може бути встановлений за наявності у пацієнта вісцерального ожиріння у поєднанні з двома або більше із нижче перерахованих критеріїв:

- інсулінорезистентність: глюкоза крові натще $\geq 5,6$ ммоль/л;
- артеріальний тиск $\geq 130/85$ мм. рт. ст., або наявна медикаментозна корекція артеріальної гіпертензії;
- окружність талії у чоловіків ≥ 94 см, у жінок ≥ 80 см;
- холестерин ліпопротеїдів високої щільності у чоловіків $< 1,03$ ммоль/л, у жінок $< 1,29$ ммоль/л, або наявна медикаментозна корекція дисліпідемії;
- тригліцериди $\geq 1,7$ ммоль/л, або наявна медикаментозна корекція дисліпідемії.

Урбанізація, забруднення навколишнього середовища, розповсюдженість тютюнопаління та багато інших факторів призвели до зростання числа хворих із поєднаною патологією серцево-судинної та дихальної систем, зокрема хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ). Поєднання захворювань ускладнює їх перебіг, лікування та погіршує прогноз, тому існує потреба опрацювання високоефективних методів ранньої діагностики, лікування та реабілітації цієї патології. Тканинна гіпоксія при ХОЗЛ призводить до порушення реологічних властивостей крові, особливо її плазмової ланки, тому це питання є актуальним.

Зниження артеріального тиску – один з основних напрямків профілактики ускладнень у хворих з метаболічним синдромом. Воно повинне бути комплексним, направленим на усунення не тільки гемодинамічних порушень, а й метаболічних, і обов'язково включати немедикаментозні заходи.

Пацієнтам із надлишковою масою тіла, а також з будь-яким ступенем ожиріння варто рекомендувати як дієту, так і фізичні вправи. Встановлено, що дотримання дієти позитивно впливає на ліпідний профіль та зниження розвитку артеріальної гіпертензії, а зменшення маси тіла, в свою чергу сприяє зниженню показників артеріального тиску.

Дотримання дієти повинне поєднуватись з підвищенням фізичної активності, що відіграє важливу роль як у зменшенні маси тіла, так і в утриманні її на оптимальному рівні. Слід визначити, що згідно з програмою лікування і профілактики артеріальної гіпертензії в Україні, рекомендовано збільшувати фізичну активність: динамічні навантаження протягом 30–45 хвилин 5 разів на тиждень, уникати психічних перевантажень та відводити достатню кількість часу для релаксації.

Результати лікування хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень залежали від використання антибіотиків, бронхолітиків, амброксола та системної ензимотерапії. При хронічному обструктивному захворюванні легень на тлі гіпертонічної хвороби особливе значення мають бронхолітики та спелеовплив. На ефективність лікування метаболічного синдрому, поєданого з ХОЗЛ позитивно впливають β -адреноблокатори і інгібітори АПФ.

При лікуванні хворих з артеріальною гіпертонією, антигіпертензивні препарати повинні мати позитивний вплив або відсутність негативного впливу на чутливість клітин до інсуліну, рівень глікемії, ліпідний спектр крові, стан системного фібринолізу, забезпечення цілодобового оптимального контролю артеріальної гіпертонії.

Медичні працівники повинні обговорювати з пацієнтами проблеми, які виникають при неправильному харчуванні, доводити переваги здорового харчування, дотримання дієтичних рекомендацій. Вивчення основ здорового харчування слід включати до навчальних програм у

школах. Магазили та місця громадського харчування повинні мати в асортименті продукти, які відповідають здоровому харчуванню. Потрібно запровадити високоякісну рекламу, рекламувати здорові продукти; етикетки повинні містити правдиву інформацію стосовно складу продукту та поживних якостей. Крім того, пріоритетний вплив повинна мати національна політика з питань харчування, з широким колом заходів у галузі освіти та законодавства.

УДК 612.2

Зюзін В. О.,

д-р мед. наук, професор кафедри пропедевтичних та медико-профілактичних дисциплін,

Черно В. С.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,

Половенко Л. С.,

викладач кафедри медичної біології, хімії, біохімії, мікробіології, фізіології, патофізіології та фармакології, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна,

Зюзін Д. В.,

викладач,

МНУ ім. В. О. Сухомлинського, м. Миколаїв, Україна

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОКРАЩЕННЯ

Згідно з висновком Міністерства охорони здоров'я України, поряд із соціально-економічними факторами, вагомим чинником, який впливає на формування негативних тенденцій у стані здоров'я населення, є забруднення навколишнього середовища. Причому, стан здоров'я населення і характер його змін значною мірою визначаються не тільки рівнем забруднення навколишнього середовища, а й тривалістю проживання в цих умовах.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я формування якості здоров'я людей та їх природній розвиток залежить від сукупності різних умов, причин, факторів, серед яких 37 % складають соціально-економічні, 21 % – забруднення атмосферного повітря, 19 % – медичні та біологічні чинники, 13 % – склад питної води і 10 % – інші чинники.

Соціально-економічні умови – це умови життя, побуту, праці, харчування, навчання та виховання. У 1991 році Україна здобула державну

незалежність і стала розвиватись шляхом демократичних та ринкових реформ, переживаючи протягом багатьох років глибоку економічну кризу, яка стала наслідком переходу до нової соціально-економічної моделі. Кризова ситуація спостерігається в основних галузях економіки, рівень середнього доходу в країні нижчий від межі малозабезпеченості.

Досі залишаються незадовільними умови життя населення, значно впливає на рівень життя безробіття, яке в області складає до 7,6 % економічно активного населення. Більшість молоді знаходить робочі місця на неформальному ринку праці, де умови здебільшого не відповідають нормам, де відсутні умови соціального страхування. Відбувається подальше зниження якісних та кількісних показників харчування, що пов'язано з постійним зростанням вартості продовольчих товарів. Погіршились умови навчання та виховання.

Складові навколишнього середовища постійно змінюються, що призводить до необхідності постійної адаптації до цих змін. Людина, таким чином, знаходиться в постійному стані конфлікту з навколишнім середовищем.

Як було встановлено, сукупність цих факторів призводить до захворюваності населення, особливо у південно-східному та центральному районах, де сконцентрована найбільша активність підприємств металургійної, хімічної, вугільної та будівельної промисловості, енергетики. Надмірне технічне навантаження на навколишнє середовище призвело до виникнення негативних антропогенних чинників, які стали постійно змінювати не тільки поширеність, а й тяжкість перебігу захворювань.

Значний вплив на стан здоров'я населення Миколаївської області мають різкі коливання погоди з південним та південно-східним напрямком вітрів, які призводять до суховіїв з великою втратою врожаю сільськогосподарських культур. Велике антропогенне напруження для області здійснює Кривбас. Шахтні води Кривбасу, господарсько-побутові, стічні води із сховищ гірничо-будівних комбінатів мають високий вміст солей, бактерій та вірусів.

Важливого значення для Миколаївщини набуває розвиток атомної енергетики (Південноукраїнська атомна електростанція), державних і приватних телекомунікацій, що прямо або опосередковано негативно впливають на організм людини. Установлено, що у населення регіону мають місце суттєві зміни у стані здоров'я та імунного статусу, особливо у осіб, що мають ті чи інші захворювання.

Отримані результати показують необхідність проведення в комплексі медико-реабілітаційних заходів імунотерапії та імунореабілітації, особливо для груп населення, які мають порушення роботи імунної системи внаслідок захворювання.

З метою покращення здоров'я населення Миколаївщини відбувається перехід первинної медико-санітарної допомоги на засади сімей-

ної медицини, в зв'язку з такими об'єктивними причинами, як стан екології, розвиток інфраструктури, зміна складу населення, характер патології, рівень управління розвитком міст, регіонів тощо.

Залежність здоров'я населення від різноманітних чинників, до яких, крім спадковості, відноситься стан навколишнього середовища, спосіб життя (умови праці, навчання, відпочинку, харчування, побуту тощо), рівень системи охорони здоров'я в області – ставить питання про розробку та здійснення заходів, спрямованих на покращення чи зниження можливості шкідливого впливу на здоров'я.

Реалізація завдань можлива шляхом здійснення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних оздоровчих заходів з метою створення найбільш сприятливих умов життя. Профілактичні заходи повинні втілюватись у різних формах у вигляді первинної та вторинної профілактики.

Первинна профілактика – це комплекс заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я. Важливою її складовою частиною є покращення соціально-економічних умов. Вторинна профілактика – це попередження подальшого розвитку хвороби, запобігання появи ускладнень та інвалідності – це головні завдання лікувально-профілактичних заходів на основі їх реформування.

УДК 616.89-008-07:616.72-002.77:614.253.2-055

Ніколенко А. С.,

*канд. мед. наук, асистент кафедри психіатрії
ФПО ДЗ «ДМА МОЗ України», м. Дніпро, Україна,*

Зак М. Ю.,

*старший науковий співробітник,
д-р мед. наук, завідувач кафедри пропедевтичних
та медико-профілактичних дисциплін,*

Фролов Ю. А.,

РНД з діл. адм.,

*в. о. старшого викладача кафедри пропедевтичних
та медико-профілактичних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ДІАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Вступ. Медико-соціальна актуальність вивчення проблеми ревматоїдного артриту (РА) пов'язана з його широкою розповсюдженістю (близько 1 % у світі та 0,4 % – в Україні), прогресуючим перебігом,

високою враженістю працездатних людей, особливо в молодому віці, швидкою інвалідизацією хворих. Хронічний, прогресуючий процес призводить до формування у пацієнтів психоемоційних порушень у 22–80 % випадків. Психічні порушень впливають на динаміку хвороби, знижують ефективність терапії та реабілітації.

Матеріали та методи. Було обстежено 80 жінок, хворих на РА, середній вік $42,35 \pm 1,18$ років, тривалість хвороби 1–30 років. Експериментально – психологічні дослідження проводились за методиками: тривожності Тейлора, типу відношення до хвороби (Личностный опросник Бехтеревского інститута (ЛОБИ)).

Результати дослідження

У всіх пацієнтів спостерігалися психічні порушення. Провідними синдромами є: тривожно-депресивний (46,15 % хворих), астено-депресивний (39,47 %) та іпохондричний (14,11 %). Хворі з астено-депресивним та іпохондричним синдромами замкнуті в собі і займають очікувальну тактику при вирішенні гострих ситуацій, з меншою внутрішньою напругою, водночас для хворих з астено-депресивним синдромом більш притаманна невпевненість в собі, з частими емоційними зривами, які можуть приводити до грубоців і агресивності. Хворі з тривожно – депресивним синдромом більш придатні до самостійного вирішення стресових ситуацій, з більшим внутрішнім напруженням, більш агресивні і вимогливі до інших людей та намагаються за їх рахунок вирішувати свої проблеми.

За тестом ЛОБИ зафіксовано домінування тривожного, неврастенічного і іпохондричного типів відношення до хвороби. Висока тривожність, яка виявлена у хворих, супроводжується скаргами на неспокій, почуття напруженості, безсоння.

УДК 004.085

Лебідь С. Г.,
*канд. пед. наук, доцент кафедри медичної біології,
хімії, біохімії, мікробіології, фізіології,
патофізіології та фармакології,*

Неспіна Г. В.,
*старший викладач кафедри екології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИКОРИСТАННЯ ДНК ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЦИФРОВИХ ДАНИХ

Кожна клітина будь-якого організму містить ДНК. У клітинах еукаріотів (тих, що мають справжнє ядро) вона міститься в ядерному со-

ці, в прокариотів, тобто бактерій та синьо-зелених водоростей, присутня кільцева ДНК у вигляді нуклеоїду.

Молекула дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК) являє собою полімер, що складається з мономерів – нуклеотидів. Їх відомо чотири типи: аденін, тимін, гуанін, цитозин. Спадкову інформацію про організм зашифровано у вигляді різноманітної послідовності цих нуклеотидів. Зокрема, кожний триплет (кодон) нуклеотидів відповідає певній амінокислоті.

У свою чергу амінокислоти є мономерами білків, з яких, разом із фосфоліпідами, побудовано плазмалему – мембрану, що є будівельним матеріалом усіх клітин. Згідно клітинної теорії – клітина є основною структурною та функціональною одиницею живого.

Таким чином, у ДНК міститься програма, за якою розвивається будь-який живий організм. Ця інформація дуже компактно упакована. Наприклад, людський організм використовує приблизно десять відсотків генетичної інформації, а решта генів, що виконують лише структурну роль, упаковані дуже щільно у вигляді нуклеосом. Нуклеосоми являють собою мольдулу ДНК, намотану на гістони, що є білками, від властивостей яких залежить доступність генетичного коду.

Серед інноваційних досліджень ДНК останнім часом з'явилися такі, що вивчають можливість використання механізмів функціонування генетичного коду для запису та зберігання цифрової інформації. Адже надшвидкі темпи зростання обсягів даних вимагають пошуку нових компактних, надійних та здатних до тривалого зберігання носіїв інформації.

Численні дослідження (G. Church; N. Goldman; R. Grass) довели, що ДНК має потенціальні переваги для довготермінового зберігання великих масивів даних. Зокрема, 1 грам однополімерної ДНК може зберігати 455 ексабайт інформації (з розрахунку 2 біти на 1 нуклеотид).

На користь довготривалості зберігання даних у вигляді ДНК свідчить досвід успішного зчитування генотипів деяких відмерлих кілька сотень років тому тварин та рослин.

Ще однією перевагою запису даних на нуклеїнової кислоті є відсутність необхідності використання спеціального обладнання для зчитування інформації. Воно може з розвитком технічного прогресу застарівати. Проте доведений еволюцією до досконалості механізм запису та зчитування генетичної інформації за допомогою ферментативних реакцій матричного синтезу та її трансляції за допомогою рибосом дає нам впевненість, що молекула ДНК завжди може бути біологічно «прочитаною».

Відкритим залишається питання, як використовувати особливості генетичного коду, що по суті є четвертинним (чотири різновиди нуклеотидів), для кодування інформації за загальноприйнятою системою двоїчного коду. Існує кілька варіантів вирішення цього питання, що успішно використовувалися для шифрування даних.

Інша проблема – умови зберігання такої ДНК-флешки. Нуклеїнова кислота здатна мутувати й, щоб знизити відсоток можливих точкових мутацій, необхідно зберігати її при досить низьких температурах.

Суттєвим недоліком є коштовність кодування та зчитування інформації. Йдеться про десятки тисяч доларів. Хоча поява нових технологій може зневілювати цей недолік в найближчому майбутньому.

У будь-якому разі використання ДНК в якості надійного флеш-накопичувача є перспективною інноваційною технологією, адже цей генетичний код створено самою природою, що свідчить про його достатню досконалість.

УДК 615.032:[615.262:546.72]

Невинский О. Г.,

канд. техн. наук, доцент,

Орловская А. С.,

студентка медичинського інститута,

ЧНУ ім. Петра Могили, г. Николаев, Україна

К ПРОБЛЕМЕ ИНЪЕКЦИЙ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Эстетическая медицина – отрасль индустрии красоты и здоровья, вобравшая в себя теоретические сведения и практические возможности коррекции внешних данных человека с помощью медицинских методик. Одним из направлений этой отрасли является *мезотерапия*. Это определение обосновалось в области косметологии для обозначения внутрикожного или подкожного введения препаратов с целью решения определённых эстетических проблем.

Девиз мезотерапии: «Peu, garment au bon endroit» – «Редко, мало и в нужное место», где «мало» означает, что при каждой инъекции вводится небольшой объем препарата (десятые и сотые доли миллилитра).

С начала нынешнего десятилетия в Украине широко применяется препарат «FAT APOPTOSIS» – непрямої липолітик с витамином С и

трехвалентным железом. Уменьшает толщину жировой прослойки в периорбитальной зоне, по овалу лица, а также корректирует жировые отложения на теле (индукция естественного апоптоза).

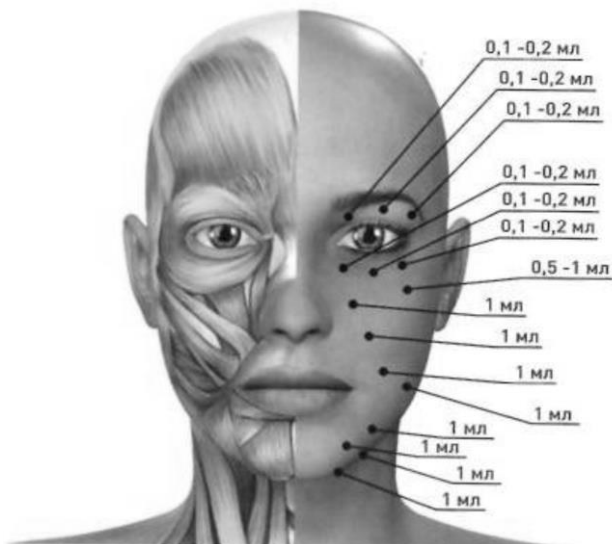


Рис. Карта введения препарата в лицевые ткани

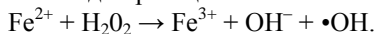
Согласно информации производителя, действующий компонент – трехвалентное железо вместе с аскорбиновой кислотой в оптимальной для апоптоза жировой ткани концентрации 0,24 % в количестве 5,68 ммоль. Техника введения: 1 мл препарата на 1см² обрабатываемой поверхности согласно схеме (рис.) на глубину 6...13 мм.

Объем на одну процедуру в области лица до 10...15 мл, в области тела на порядок больше.

Протокол процедуры: 1 процедура в 7–14 дней до достижения желаемого результата. Приведенные характеристики, по нашему мнению, явно противоречат девизу мезотерапии.

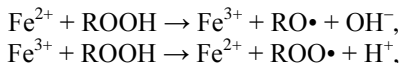
Пристальное внимание авторов этот объект привлек по следующей причине.

В 2012 г. в лаборатории Стоквила (Колумбийский университет, США) была описана новая, железозависимая форма программируемой гибели клетки – ферроптоз. Эта форма гибели клетки была связана с накоплением в клетке активных форм кислорода (АФК), которые образуются в результате 2-й стадии реакции Haber-Weiss – реакции Фентона:



Реакция Фентона сводится к следующему: избыток железа, не связавшийся с ферритином или ферропортином, генерирует гидроксил-радикал. Реакционная способность гидроксил-радикала чрезвычайно высока, он способен окислить практически любое вещество клетки, включая ДНК, белки, липиды.

Таким образом инъекция существенного избытка ионов двухвалентного железа, запускает процесс образования гидроксил-радикала и радикалов жирных кислот:



которые по механизму цепной реакции вызывают в адипоцитах реакцию автокаталитического перекисного самоокисления липидов, в первую очередь фосфолипидов. При естественной ограниченности собственной системы антиоксидантной защиты (глутатионпероксидазы и внутриклеточного антиоксиданта – глутатиона) не может уцелеть ни одна фосфолипидная мембрана – клетки гибнут, запускается катаболический процесс удаления отработанных органелл. Таким образом, метаболизм железа и перекисное окисление липидов являются центральными медиаторами ферроптоза.

Что же касается дальнейшего метаболизма железа, то для человека он примечателен высокой степенью сохранности его запасов. В норме за год теряется всего лишь 10 % этого элемента.

В последние годы с развитием молекулярно-биологических технологий исследования метаболизма железа в связи с молекулярными механизмами канцерогенеза, индуцированного этим металлом, значительно расширились. Выяснилось, что в организме при определенных условиях излишек ионов железа могут запускать процессы канцерогенеза.

Первые публикации об участии железа в прогрессии злокачественных новообразований появились в начале 2000 годов. Был опубликован обзор о роли железа в запуске канцерогенеза. Так, в США в рандомизированном исследовании, включающем более 8 тыс. человек, было выявлено, что чем выше содержание железа в крови, тем больше риск рака. В другом исследовании, тоже в США, было показано, что у мужчин и женщин после климакса с повышенным уровнем железа в крови подверженность предраковым полипам в толстой кишке в 5 раз выше, чем у тех, в чьем организме уровень железа в норме.

Вывод. Гиперфункция железа (даже кратковременная) небезопасна. Поэтому дальнейшие последствия использования железосодержащих препаратов подлежат тщательному исследованию, а на данном этапе их применение более строгому контролю.

Горішний І. М.,
студент групи 2201 медичного інституту,
Фролов Ю. А.,
РНД з діл. адм.,
в. о. старшого викладача кафедри пропедевтичних
та медико-профілактичних дисциплін,
Зак М. Ю.,
старший науковий співробітник,
д-р мед. наук, зав. кафедри пропедевтичних
та медико-профілактичних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В – АНАЛІЗ ЛАБОРАТОРНИХ ТА УЛЬТРАЗВУКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

Актуальність проблеми. Хронічний вірусний гепатит В (HBV) – інфекційне захворювання, спричинене вірусом гепатиту В, що призводить до некротично-запальних змін паренхіми печінки. Високий рівень поширеності та тяжкість перебігу роблять проблему гепатиту В вкрай актуальною.

Мета роботи. Встановити особливості змін лабораторних показників та даних УЗД у пацієнтів з перебігу HBV.

Матеріали та методи. Обстежено 20 пацієнтів з HBV, чоловіків –18, жінок – 2, вік від 18 до 75 років. Використовували біохімічні та імунологічні лабораторні методи дослідження. УЗД здійснювали у стандартному «В» режимі. Для діагностики стадії фіброзу печінки використовували ультразвукове програмного забезпечення «shear waves» та FibroTest (BioPredictive, Франція) для діагностики.

Результати та їх обговорення. У результаті досліджень виявлено, що 12 (60 %) пацієнтів мають підвищення одного показника, у 3 (15 %) – двох показників, у 3 (15 %) – трьох показників, у 2 (10 %) – ні жодного. Серед обстежених 11 (55 %) хворих мали підвищений вміст білірубину, 9 (45 %) – підвищену активність амінотрансфераз, 8 (40 %) – підвищений показник тимолової проби.

Під час ультразвукового дослідження (УЗД) патологічні зміни паренхіми печінки були виявлені у 15 (75 %) пацієнтів. До найпоширеніших патологічних процесів належать гепатомегалія, дистрофія, дифузні зміни тканини. Порівняно з УЗД фібротест є інформативнішим для хворих на HBV, але на сьогоднішній день існують проблеми з використанням даного методу діагностики.

Імунологічні дослідження мають найбільш важливе значення для діагностики та оцінки ефективності лікування (HBV). В усіх клінічних випадках використовувались такі маркери як HBsAg, HBeAg, а-HBsAg, а-HBeAg, ПЛР ДНК HBV. HBsAg в більшості випадків виявлявся на початку захворювання та під час гострої фази його перебігу. Наявність HBsAg у крові довше ніж пів року після початку захворювання свідчило про хронізацію процесу. Важкість перебігу захворювання, ефективність терапії тісно пов'язані з результатами полімеразної ланцюгової реакції ДНК HBV. Серед обстежених пацієнтів у 3 (15 %) випадків були виявлені показники більші ніж 10^6 копій вірусу/мл, що свідчить про важкий перебіг. У інших 85 % клінічних випадків рівень ДНК HBV коливався у межах 10^2 – 10^6 копій вірусу/мл.

Висновки. Лабораторно-інструментальна діагностика хронічного вірусного гепатиту В – є ключовою складовою верифікації діагнозу. Біохімічні, імунологічні та сонографічні показники надають підставу побудувати стратегію лікування та визначити персоналізований прогноз перебігу хронічного вірусного гепатиту В.

УДК 613.25(043.2)

Меша Л. О.,

студентка групи 2204 медичного інституту,

Зак М. Ю.,

старший науковий співробітник,

д-р мед. наук, завідувач кафедри пропедевтичних

та медико-профілактичних дисциплін,

Фролов Ю. А.,

PHD з діл. адм.,

в. о. старшого викладача кафедри пропедевтичних

та медико-профілактичних дисциплін,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

НАДМІРНА ВАГА – НЕІНФЕКЦІЙНА ЕПІДЕМІЯ в XXI столітті

Поширеність ожиріння в кінці XX ст. набула характеру глобальної епідемії. Серед причин смерті, яким можна запобігти, ожиріння посідає друге місце (після куріння) за частотою смертельних випадків у всьому світі. Ожиріння – хронічне поліетіологічне захворювання, що пов'язане з низкою генетичних та неврологічних факторів, зміною функ-

ції ендокринної системи, обміну речовин, стилю життя і харчовими звичками особи та характеризуються підвищенням запасів жиру. Основною ознакою ожиріння є накопичення жирової тканини в організмі у чоловіків більше 10–15 %, у жінок більше 20–25 % від маси тіла. Останніми роками для оцінки ваги й наявності ожиріння в дорослих частіше за все використовується розрахунок індексу маси тіла.

Фактори, що зумовлюють розвиток ожиріння серед дітей дошкільного віку, численні і стосуються багатьох сфер життя. Так, детермінуючими є «батьківські» фактори (генетичні, харчові звички в сім'ї, рівень фізичної активності), ембріональні фактори – вага при народженні та гестаційний вік (діста, фізична активність, паління, захворювання матері), вигодовування (грудне чи штучне, ріст у ранньому віці). Щодо ожиріння та надмірної ваги серед підлітків 10–18 років, то значимі фактори дуже схожі до таких у дітей дошкільного віку. Серед значимих факторів, що обумовлені харчовою поведінкою в даній віковій категорії, перше місце займають вживання солодких напоїв та харчування у фаст-фудах.

Наслідки ожиріння вкрай негативні – це несприятливий вплив на захворюваність, смертність, якість життя, а також значний соціально-економічний тягар для країни. Негативний метаболічний вплив ожиріння виявляється в тому, що можуть провокуватися такі захворювання, як цукровий діабет 2-го типу, дисліпідемія, гіперурикемія, подагра. Гастроінтестинальні наслідки ожиріння – гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, неалкогольний стеатоз печінки, грижі різної локалізації.

Велике значення має тип розподілу жирової тканини в організмі: абдомінальний (у верхній половині тулуба – груди, живіт, талія), гіноїдний (у нижній половині тулуба – сідниці та стегна) чи змішаний. Залежно від етіологічного фактора виділяють типи ожиріння: аліментарно-конституціональне; гіпоталамічне; ендокринне; ятрогенне. Ожиріння може супроводжуватися: артеріальною гіпертензією; кардіомегалією, серцевою недостатністю; тромбофлебітом і тромбоемболічними ускладненнями; цукровим діабетом.

Таким чином, ожиріння – актуальна медико-соціальна проблема, яка є точкою відліку низки хронічних захворювань та важливим фактором розвитку серцево-судинних та онкологічних захворювань. Клінічно значущим, що приносить реальну користь здоров'ю хворих, вважається зменшення маси тіла на 5–10 % за 4–6 місяців. Кожен з нас повинен піклуватися за свій стан організму, потрібно слідкувати за власним раціоном харчування. Тому не дарма Гіпократ казав: «Ми – те, що ми їмо»

Шаік І.,

студент групи 2205 медичного інституту,

Кіро Л. С.,

*викладач кафедри медичної біології, хімії, біохімії, мікробіології,
фізіології, патофізіології та фармакології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

THE PHYSIOLOGICAL ROLE OF ATRIAL NATRIURETIC HORMONE IN THE REGULATION OF WATER AND ELECTROLYTE BALANCE

Chronic heart failure (CHF) is a syndrome caused by impaired neurohumoral regulation of the circulatory system, accompanied by a decrease in systolic and /or diastolic function of the myocardium and manifested by stagnation in the large and small circles of the blood circulation. CHF is the most frequent and serious complication of cardiovascular diseases. Restructuring and dilatation of the heart, reducing the elongation of myocytes and the mobility of the walls of the left ventricle (LV), sodium retention, water, systemic vasoconstriction and vascular remodeling, increasing after load on the LV, neurohumoral activation – links of one chain representing the known closed circle of CHF pathogenesis. Despite the introduction of new methods of treatment, the mortality rate of patients with CHF during the year remains high: with I functional class (FC) it is 10 %, with II FC – about 20 %, with III FC – about 40 % and with IV FC it reaches 66 %. BNP (brain natriuretic peptide) is an early marker, a reliable screening test for the diagnosis of CHF in low-symptomatic patients, reflects the magnitude of individual cardiovascular risk, prognosis of the disease and can be used to select and monitor the effectiveness of therapy.

There are three volume regulating systems: two salt saving systems, the renin angiotensin aldosterone system (RAAS) and the renal sympathetic system (RSS); and the salt excreting natriuretic peptide (NP) hormone system. When the vascular space contracts, the RAAS and RSS are "turned on"; when the atria expand, NP's are "turned on". Each system also suppresses its counteracting system(s). Atrial natriuretic peptide (ANP) or atrial natriuretic factor (ANF) is a natriuretic peptide hormone secreted from the cardiac atria. Natriuretic peptides (ANP, BNP, and CNP) are a family of hormone/paracrine factors that are structurally related. The main function of ANP is causing a reduction in expanded extracellular fluid (ECF) volume by increasing renal sodium excretion. ANP is synthesized, and secreted by cardiac muscle cells in the walls of the atria in the heart. These cells contain volume receptors which respond to increased stretching of the atrial wall due to increased atrial blood volume. ANP binds to a specific set of recep-

tors – ANP receptors. Receptor-agonist binding causes the increase in renal sodium excretion, which results in a decreased ECF and blood volume. Secondary effects may be an improvement in cardiac ejection fraction and reduction of systemic blood pressure. ANP (atrial natriuretic peptide) increases glomerular filtration rate and glomerular permeability. ANP directly dilates the afferent arteriole and counteracts the norepinephrine induced vasoconstriction of the afferent arteriole. ANP inhibits the effect of Angiotensin II on the mesangial cells, thereby relaxing them. ANP increases the radius and number of glomerular pores, thereby increasing glomerular permeability and resulting in greater filter load of sodium and water, increases blood flow through the vasa recta, which will wash the solutes (sodium chloride (NaCl), and urea) out of the medullary interstitium. The lower osmolarity of the medullary interstitium leads to less reabsorption of tubular fluid and increased excretion, decreases sodium reabsorption in the distal convoluted tubule (interaction with NCC) and cortical collecting duct of the nephron via guanosine 3',5'-cyclic monophosphate (cGMP) dependent phosphorylation of ENaC. The medullary collecting duct is the main site of ANP regulation of sodium excretion. ANP effects sodium channels at both the apical and basolateral sides. It inhibits renin secretion, thereby inhibiting the production of angiotensin and aldosterone.

УДК 618.11-008.6:616.43](043.2)

Головатюк В. Ю.,

студентка групи 3203 медичного інституту,

Зак М. Ю.,

старший науковий співробітник,

д-р мед. наук, завідувач кафедри пропедевтичних

та медико-профілактичних дисциплін,

Фролов Ю. А.,

РНД з діл. адм.,

в. о. старшого викладача кафедри пропедевтичних

та медико-профілактичних дисциплін,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ І ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) – є найбільш частою формою ендокринопатії, зустрічається у 5–10 % жінок репродуктивного віку. СПКЯ залишається актуальною проблемою сучасної гінекології. Актуальність проблеми полікістозних яєчників визначається не лише

великою поширеністю цієї патології, але і соціальною значущістю її, оскільки часто її супроводять порушення менструальної функції, що зустрічається в 47–66 % випадків, ановуляторне безпліддя, метаболічні розлади. Останніми роками СПКЯ розглядають у рамках метаболічного синдрому (МС). Ожиріння, як одне з основних проявів метаболічного синдрому, визначається у 35–50 % жінок із СПКЯ. Проте клінічна картина СПКЯ поліморфна і не завжди супроводжується ожирінням, артеріальною гіпертонією (АГ), і іншими обмінними порушеннями.

Тривалий час вивчення СПКЯ обмежувалося питаннями терапії безпліддя, супроводжуючого цю патологію. У 70-х роках інтерес клініцистів і дослідників притягнули онкологічні аспекти СПКЯ. Було встановлено, що при СПКЯ високий ризик розвитку гіперпластичних процесів і аденокарциноми ендометрія. Пізніше, на початку 80-х років з'явилися дані про метаболічні порушення у жінок, СПКЯ, що страждають. І ця проблема нині все більше привертає увагу клініцистів і дослідників, оскільки йдеться про розвиток гіперглікемії, дислипидемії, гіпертензії і пов'язаних з ними таких захворювань, як інсуліннезалежний цукровий діабет (ІНЦД) і серцево-судинний захворювання (ССЗ). Причому ці захворювання у жінок із СПКЯ маніфестують у відносно молодому віці – 3–4 десятилітті життя.

Інсулінорезистентність є важливим чинником патогенезу ІНЦД. ІНЦД і порушена толерантність до глюкози супроводжується надмірною або нормальною секрецією інсуліну. У числі передбачуваних причин інсулінорезистентності розглядають наявність рецепторних і/або пострецепторних дефектів дії інсуліну. Серед пострецепторних дефектів виділяють зменшення активності рецепторної кінази, порушення внутрішньоклітинного транспорту глюкози, зниження внутрішньоклітинного метаболізму глюкози в результаті порушення функції інсулінрегулююмих ензимів. Поки бета клітини підшлункової залози здатні виробляти достатню кількість інсуліну для компенсації перерахованих дефектів і підтримувати стан гіперінсулінемії, гіперглікемія буде відсутня. Проте, при виснаженні резервів бета клітин виникає стан відносної недостатності інсуліну, що клінічно проявляється підвищенням глікемії.

Для оцінки інсулінорезистентності у хворих із СПКЯ і метаболічним синдромом доцільне визначення концентрації С-пептида в крові. С-пептид виділяється в еквімолярній з інсуліном кількості, не руйнується в печінці, тривало циркулює в крові і в незміненому виді виводиться бруньками. Існує думка, що С-пептид є побічним продуктом синтезу інсуліну і не грає фізіологічної ролі. Останніми роками, переважно в зарубіжній літературі, з'явилися публікації про метаболічну активність С-пептида, його впливи на ліпідний обмін, регуляцію судинного тону, функцію ендотелію, зв'язок з ІХС, АГ. Загальноєвизнана нефропротекторна дія С-пептида.

Ожиріння при СПКЯ. У численних дослідженнях було показано, що СПКЯ часто супроводить ожиріння. У 38,4 % жінок із СПКЯ індекс маси тіла, визначуваний як відношення маси тіла в кг до довжини тіла в метрах, зведених в квадрат ($IMT > 25 \text{ кг/м}^2$). Дискутується питання про генез ожиріння при СПКЯ. В період пубертата в нормі має місце фізіологічна інсулінорезистентність, можливо як результат підвищення рівня гормону зростання, сприяючого посиленому зростанню організму в цей період. При збільшенні ваги ожиріння саме по собі посилює наявну інсулінорезистентність і гіперінсулінемію, що призводить до більше вираженого прояву клінічних симптомів Гіперінсулінемія при ожирінні також можлива причина олігоменореї, характерної для жінок з ожирінням і СПКЯ, оскільки доведена зворотна залежність між рівнем сироваткового інсуліну і тривалістю менструального циклу. В результаті цих досліджень було доведено, що ожиріння приводить до погіршення клінічного і ендокринного статусу пацієток із СПКЯ. Причому велику роль грає не абсолютна маса тіла, а характер розподілу жирової тканини.

Редукція ваги на тлі низькокалорійної дієти і фізичних навантажень призводить до нормалізації біохімічних і клінічних проявів інсулінорезистентності, і мають бути включені в комплекс лікування жінок із СПКЯ.

Науковою новизною з теми синдрому полікістозних яєчників є виділення двох клініко-патогенетичних варіантів СПКЯ: з ожирінням і без ожиріння. Уперше виявлено, що гіперС-пептидемія у жінок із СПКЯ зустрічається в 19 % випадків і тільки за наявності ожиріння, як абдомінального і глютеофеморального типу. Визначено місце гіперС-пептидемії в патогенезі СПКЯ, як маркера тяжкості метаболічних порушень, посилюючого розладу в репродуктивній системі. Встановлено, що надлишок С-пептида робить вплив на гіперсекрецію ЛГ, призводить до підвищення співвідношення ЛГ/ФСГ, збільшення об'єму яєчників. Уперше виявлено, що гіперС-пептидемія сприяє розвитку і прогресуванню абдомінального ожиріння, яке опосередковано, через периферичний стероїдогенез, посилює кістозну дегенерацію яєчників. Вивчений вплив гіперС-пептидемії на атерогенність плазми у хворих із СПКЯ і ожирінням, і це теж є новим.

У хворих із СПКЯ дослідження секреції С-пептида дозволяє краще оцінити стан вуглеводного обміну, чим тільки за рівнем інсуліну. Виявлення гіперС-пептидемії допомагає оцінити тяжкість метаболічних і репродуктивних порушень у пацієнтів із СПКЯ. Нейротропне лікування можна розглядати як універсальний метод терапії хворих із СПКЯ незалежно від міри вираженості метаболічних розладів. Бігуаніди є препаратом вибору для корекції вуглеводного і жирового обміну тільки за наявності ожиріння у хворих СПКЯ.

Михайлова Т. М.,

(ДП «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ,

Оглобліна М. В.

*канд. фарм. наук, доцент кафедри медичної біології,
мікробіології, гістології, фізіології,
патофізіології та фармакології,*

Грищенко Г. В.

*канд. мед. наук, доцент кафедри медичної біології,
мікробіології, гістології, фізіології,
патофізіології та фармакології,*

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ: ПРИНЦИПИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

У статті розглянуто можливі причини необґрунтованого призначення антибіотиків на сучасному етапі, наведено характеристику найбільш вживаних та перспективних груп антибактеріальних засобів, а також основні правила проведення раціональної антибіотикотерапії та напрямки пошуку нових препаратів.

Застосування антимікробних хіміопрепаратів має майже вікову історію розвитку. Вперше в клініці з'явився високоселективний хіміотерапевтичний антимікробний препарат. А менше ніж через півсторіччя людство заговорило вже про антимікробні речовини природного походження.

Дуже швидко стало зрозумілим, що людина не зможе боротися з мікробами, а має намагатися пристосовуватися до співіснування з ними. Дійсно, вже через десять років після впровадження антибіотиків у клінічну практику почали з'являтися поодинокі повідомлення про розвиток зниження чутливості до них мікроорганізмів. Проте нерідко основа розповсюдження стійкості серед мікроорганізмів міститься в діях самих лікарів.

Відомо, що майже у половині випадків антибіотики використовуються необґрунтовано. Певною мірою це пов'язують із недостатньою обізнаністю спеціалістів, а в окремих ситуаціях – із залученням до призначення лікування фельдшерів та фармацевтів. На жаль, останнім часом ми досить часто зустрічаємося з антибактеріальними речовинами у повсякденному житті, навіть у тих випадках, коли подібного контакту можна було б уникнути. Так, включення протимікробних складових до за-

собів особистої гігієни (мило, дезодоранти, гелі тощо) не тільки змінює природний спектр мікроорганізмів нашої шкіри, але при подальшому використанні антибіотиків потенційно може вплинути на зміну чутливості до них. Самі того не бажаючи, ми застосовуємо ряд харчових продуктів, які містять антибактеріальні сполуки, що широко впроваджені останнім часом у технологічні процеси харчової промисловості.

Отже, проведення антибактеріальної терапії на сучасному етапі вимагає від лікаря не тільки глибокого знання механізмів дії препаратів, що призначаються, але й урахування всіх супутніх обставин їх застосування. Вважається, що при виборі антимікробного препарату необхідно брати до уваги дві групи факторів:

- 1) з боку пацієнта;
- 2) з боку збудника інфекції.

До факторів пацієнта слід віднести алергологічний анамнез, стан функції нирок та печінки, імунної системи, а також здатність приймати препарати внутрішньо, тяжкість захворювання та вік.

Щодо збудника інфекції — необхідно визначити найбільш ймовірний для даної патології мікроорганізм та його чутливість до антимікробних засобів.

Як уже зазначалось, емпіричне призначення антибактеріального препарату базується на припущенні щодо найбільш ймовірного збудника та його чутливості. При призначенні емпіричної терапії слід дотримуватися таких правил:

- Не застосовувати антибіотики для лікування вірусних інфекцій (!).
- Перед початком терапії отримати зразки для мікробіологічного дослідження; «сліпе» призначення антибіотиків при гарячках нез'ясованого генезу може призвести до подальших труднощів у встановленні діагноза.
- До отримання результатів мікробіологічного дослідження слід вибирати антибіотик з урахуванням даних про рівень локальної резистентності збудників.
- Підбирати дозу антибіотика слід з урахуванням віку, маси тіла, функції нирок, локалізації та тяжкості інфекції. Призначення «стандартної» дози при тяжких інфекціях може призвести до неефективності лікування.

Визначити шлях введення препарату слід з урахуванням ступеня тяжкості інфекційного процесу. Загрозливі для життя стани потребують введення препаратів.

При визначенні тривалості терапії необхідно брати до уваги тип інфекції та терапевтичну ефективність. Надто тривалі курси сприяють розвитку резистентності та виникненню небажаних реакцій.

Необхідно враховувати, що при застосуванні антимікробних препаратів, особливо широкого спектра дії, можливі селекція стійких мікроорганізмів та розвиток суперінфекції.

Одним із завдань оптимізації антибіотикотерапії є скорочення її тривалості. Якщо антибіотик призначений вірно, то позитивна динаміка, хоча б щодо окремих показників, помітна вже на 3-ю добу. А через 7–10 днів етіотропну терапію інфекційно-запального процесу можна закінчувати.

Сучасний арсенал антибіотиків постійно поповнюється новими, ефективними та відносно безпечними представниками та навіть класами препаратів. Найбільш відчутний прогрес у створенні нових антибіотиків спостерігався на початку 80-х років, коли у клініці з'явилися цефалоспорини III покоління, фторхінолони, інгібіторзахищені пеніциліни, трохи пізніше — напівсинтетичні макроліди. Друга хвиля відкриттів у світі антибіотиків намітилася у середині 90-х, коли чітко сформувалася неухильна тенденція до зростання резистентності основних збудників госпітальної та позалікарняної інфекції, а також збільшення в етіологічній структурі грам(-) бактерій із множинною стійкістю до антибактеріальних засобів.

Отже, стрімке впровадження у клінічну практику нових антибактеріальних засобів вимагає від нас швидкого реагування та удосконалення знань з проблеми антибіотиків та антибіотикотерапії. Обізнаність у цьому надзвичайно важливому питанні доможе врятувати не одне життя та стримати поширення резистентності мікроорганізмів.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ, ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

УДК 796.015:37.046:613.71/73+616.07

Адамовіч Р. Г.,

в. о. доцента б. в. з. кафедри олімпійського та професійного спорту,

Штефюк К. І.,

в. о. старшого викладача кафедри олімпійського та професійного спорту,

Кочін О. В.,

канд. мед. наук, доцент кафедри медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

КРИТЕРІЇ КОНТРОЛЮ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СПОРТСМЕНІВ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ РУКОПАШНИМ БОЄМ

У зв'язку з високими вимогами, які пред'являються організму людини сучасним спортом, а також виникненням донозологічних і патологічних станів у спортсменів контроль та прогнозування зміни функціонального стану (ФС) в процесі спортивних тренувань є актуальним завданням.

Мета роботи – розроблення критеріїв оцінювання та прогнозування ФС спортсменів, що займаються рукопашним боєм (РБ), на різних етапах спортивної підготовки.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилася 46 спортсменів чоловічої статі, з яких 24 займаються РБ з повним контактом з супротивником (фул-контакт) – перша група, та 21 – з частковим (семі-контакт) – друга група. У всіх спортсменів до та після тренування визначалися психофізіологічні показники (час простої зорово-моторної реакції (ЧПЗМР), час складної зорово-моторної реакції (ЧСЗМР), силу нервових процесів (СНП), функціональну рухливість нервових процесів (ФРНП), динамічність нервових процесів (ДНП),

співвідношення реакцій випередження та запізнення при виконанні тесту з визначення реакції на об'єкт, що рухається (ROP), а також співвідношення часу випередження до часу запізнення, що було названо індексом реакції на об'єкт, що рухається (IROP)), показники варіабельності серцевого ритму (BCP) та статодинамічної стійкості (СДС).

Оброблення результатів досліджень проведене з використанням непараметричних критеріїв Манна-Уїтні та Вілкоксона, реалізованих у пакеті прикладних програм STATISTICA 6.0.

Результати та їх обговорення. Дослідження перерахованих вище показників до та після стандартного навантаження, яке було розроблено виходячи з думки відповідних експертів з досліджуваного виду спорту та хронометражів тренувань спортсменів, дозволило виявити певні закономірності. Після навантаження у спортсменів обох груп достовірно за критерієм Вілкоксона ($p < 0,05$) знизився ЧПЗМР з $(261,1 \pm 13,8)$ мс до $(242,7 \pm 21,1)$ мс; ЧСЗМР – з $(361,5 \pm 21,4)$ мс до $(337,0 \pm 32,5)$ мс; ФРНП – з $(246,7 \pm 57,9)$ мс до $(212,6 \pm 44,7)$ мс; СНП – з $(406,1 \pm 74,7)$ мс до $(343,6 \pm 73,4)$ мс; IROP – з $(2,4 \pm 0,7)$ до $(0,9 \pm 0,5)$.

Дослідження BCP у спортсменів обох груп показало, що у результаті тренувального навантаження достовірно погіршилися практично всі показники. Достовірно збільшилася частота серцевих скорочень, знизилася варіабельність серцевого ритму, підвищився індекс напруження тощо. Одержані результати вказують на наявність гіперадаптивної реакції спортсменів на навантаження, посилення впливу симпатичної нервової системи на регуляцію серцевої діяльності, централізацію регуляторних механізмів ритму серця, зниження впливу автономного контуру та синусового вузла. Ці зміни є несприятливими, оскільки вказують на значне напруження адаптаційно-компенсаторних реакцій спортсменів, що може привести до стану перетренованості.

Дослідження показників СДС, які характеризують стан вестибулярної та центральної нервової системи, до та після навантаження показали, що достовірно збільшилася медіана (Me) довжини траєкторії переміщення центру тиску на площу опори Length з 523,9 мм до 582,0 мм; Me швидкості переміщення центру тиску AvgSpeed з 8,7 мм до 9,5 мм, окрім того появився переважний напрям коливань центру тиску вздовж осі Y, який характеризується показником LengthY (довжина траєкторії переміщення центру тиску в сагітальній площині). Окрім того, у спортсменів розраховувався показник якості функції рівноваги KFR, який відображує уроджені властивості вестибулярної системи людини, достатньо стабільний та стійкий до зовнішніх впливів і може бути використаний у якості інтегрального показника для оцінки стану вестибулярної системи. У нормі показник змінюється у діапазоні 70–80 %; значення KFR

65–70 % віднесено до «донології», значення в інтервалах 0–64 % та 81–100 % віднесено до «патології». Як до, так і після навантаження цей показник у спортсменів залишався у межах норми, що вказує на відбір у процесі тренувальної та змагальної діяльності осіб, в яких функції вестибулярної системи найкраще відповідають вимогам РБ.

Висновки. Отримані дані дозволяють визначити показники, які можуть бути використані у якості критеріїв оцінки зміни ФС спортсменів під впливом тренувального навантаження. Така оцінка має суттєве значення, оскільки дозволяє своєчасно виявити спортсменів, в яких тренування викликає погіршення ФС, що потребує проведення певних заходів. До них може бути віднесено зміну режимів тренувань, корегування тренувальних навантажень, застосування реабілітаційних або лікувальних заходів. До показників, відповідні зміни яких під впливом навантаження свідчать про погіршення ФС, можна віднести: психофізіологічні показники (ЧПЗМР, ЧСЗМР, ФРНП, ІРОР), показники ВСР, показники СДС (Length, AvgSpeed, LengthY та KFR).

УДК 159.938:[331.546:005.334](043.2)

Біла А. А.,
аспірант, в. о. викладача кафедри,
Головаченко І. В.,
викладач кафедри «Спортивні дисципліни»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ЗАСТОСУВАННЯ ПРИЛАДУ ДЛЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ «ПФИ-2» У ПРОФЕСІЙНОМУ ВІДБОРІ

Основним завданням професійних відборів є оцінка придатності людини до виконання певного виду роботи у звичайних та екстремальних умовах. Говорячи про професійний відбір, розуміють складну процедуру обрання з усіх кандидатів на посаду тих людей, від яких можна отримати успішне освоєння потрібних навичок та ефективного виконання певної професійної діяльності.

Зокрема, потреба у психофізіологічному відборі набуває все більшого значення. Це зумовлено тим, що метою відбору є виявлення важливих для професійної діяльності психофізіологічних властивостей людини, які є необхідними для успішного оволодіння професійними знаннями, ефективного виконання обраної діяльності та досягнення високої майстерності у цій сфері. Психофізіологічні властивості кандидата на ту чи іншу посаду мають здатність кількісно охарактеризувати важливі про-

фесійні якості, тому для багатьох спеціальностей вони мають прогностичне значення.

У теперішній час існує чимало професій, на які необхідно проводити професійний відбір. Особливо це стосується професій, які пов'язані з ризиком для життя. Професійна діяльність таких працівників характеризується тривалою дією значної кількості стресогенних психотравмуючих факторів, які стають безпосередньою причиною нервових зривів у професійній діяльності, втрати або значного зниження працездатності, конфліктів у колективі та сім'ї, порушень дисципліни та ряду інших негативних явищ. Тому проблема відбору працівників на такі спеціальності потребує детального та серйозного підходу.

Прийнято розрізняти відносну та абсолютну професійну придатність.

Відносну професійну придатність використовують при виборі професій масового типу, які не потребують конкретних вимог до властивостей особистості. Високий рівень розвитку одних якостей людини можна компенсувати розвитком інших, якщо в цьому є потреба.

Абсолютна придатність є необхідною для професій, результати роботи яких залежать від індивідуальних особливостей та нервової системи людини. У випадку невідповідності їх вимогам роботи це може призвести до погіршення якості праці, чисельних помилок та аварій.

Слід зазначити, що оцінці підлягають такі психофізіологічні характеристики людини як: швидкість переключення і широта розподілу уваги, сенсомоторика, оперативна пам'ять, швидкість реакції, сила м'язів, розпізнавання кольорів та витривалість. Зокрема, для визначення даних показників широко застосовують прилад для психофізіологічних досліджень «ПФИ-2», який дозволяє сформулювати якісну оцінку професійно важливих якостей особистості.

За допомогою програмного забезпечення приладу можливо розрахувати наступні показники стану центральної та зорової систем:

- сила нервових процесів;
- функціональна рухливість нервових процесів;
- динамічність нервових процесів;
- інерційність нервових процесів;
- кольорова асиметрія по показникам критичної частоти злиття миготінь червоного, зеленого та синього кольорів.

Отже, прилад для психофізіологічних досліджень «ПФИ-2» надає фахівцям можливість оцінити індивідуальні якості кандидата, що зумовлені фізіологічними системами організму, передусім вищою нервовою діяльністю, а також визначити стан розвитку психофізіологічних якостей особистості, які визначаються обов'язковими вимогами до конкретної професії та сприяють успішному оволодінню необхідними навичками для виконання трудової діяльності. Тобто, даний прилад надає можливість виявити ступінь психофізіологічної відповідності кандидата певної професії.

Бойченко О. В.,
викладач кафедри «Спортивні дисципліни»
Шуст О. М.,
старший викладач кафедри «Спортивні дисципліни»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ІННОВАЦІЙНОГО УСТАТКУВАННЯ ТА РУХЛИВИХ ІГОР НА ЗАНЯТТЯХ З НАСТІЛЬНОГО ТЕНІСУ

У процесі занять настільним тенісом виробляються складні і різноманітні рухові навички, виникають і удосконалюються умовно-рефлекторні зв'язки між корою головного мозку, руховим апаратом і внутрішніми органами, поліпшується координація, прискорюється реакція, підвищується загальний рівень фізичної підготовленості, технічної і тактичної майстерності спортсменів.

Для того, щоб заняття проходили цікавіше і мали більшу ефективність в досягненні технічної і тактичної майстерності, а також сприяли удосконаленню фізичних якостей студентів, потрібно використовувати, крім вивчення технічних елементів, різноманітні спеціальні рухливі ігри та всі можливі змагальні форми вправ. Вони сприяють досягненню мети, навчають боротися за перемогу від початку до кінця. Це можуть бути звичайні ігри на рахунок або виконання тренувальних завдань з рахунком та підведенням підсумків.

Спеціальні вправи тенісиста:

1. Утримання тенісного м'яча на ракетці.
2. Утримання тенісного м'яча на ракетці під час присідання.
3. Утримання тенісного м'яча на ракетці під час переміщення представними кроками в різних напрямках на прямих та напівзігнутих ногах.
4. Жонглювання тенісним м'ячем правою та лівою рукою одним боком ракетки зі зміною рук у русі.
5. Жонглювання тенісним м'ячем правою та лівою рукою двома боками ракетки зі зміною рук у русі.
6. Жонглювання м'ячем з відскоком від стінки з переміщенням уліво, вправо.

Ці вправи виконують індивідуально, хто довше утримає м'яч. Виконувати на початку основної частини уроку.

Спеціальні рухливі ігри:

1. «Двоє проти п'яти» – кожен по черзі відбиває м'яч і стає в кінець колони.

2. «Один проти чотирьох» – один гравець відбиває м'яч діагонально праворуч, на іншому боці партнери відбивають м'яч рухаючись праворуч колом навколо перешкоди.

3. «Сонечко» – гравців може бути кілька. Відбивають м'яч по чергово рухаючись навколо столу.

4. «Карусель» – з однієї сторони один, з другої – два. Рухаються проти годинникової стрілки, відбивають м'яч по чергово.

Естафети:

1. Естафета з перенесенням тенісного м'яча на ракетці.

2. Естафета з жонглюванням тенісним м'ячем одним боком ракетки.

3. Естафета з жонглюванням тенісним м'ячем двома боками ракетки.

4. Естафета зі стрибками через скакалку.

Спеціальні рухливі ігри та естафети потребують великого фізичного та емоційного навантаження, тому їх доцільно проводити в кінці основної частини.

Інноваційне устаткування:

Застосування додаткового устаткування в навчально-тренувальному процесі сприяє удосконаленню занять з тенісистами.

Воно поділяється на стаціонарне і переносне.

Стаціонарні: тренувальна стінка, стіл обладнаний катапультою, пасткою для збирання тенісних м'ячів.

Переносні: настільні кільця-пастки, настільні кільця (для позначення зони столу в яку потрібно спрямовувати м'яч), обладнання для удосконалення накатів, коротких та довгих підрізків, обладнання для вивчення та удосконалення бокових кручень, обладнання для вивчення та удосконалення топ-спіну.

У тренуванні з використанням додаткового устаткування можна збільшити темп вправ.

Інтенсивність вправ підвищує ефективність навчально-тренувального процесу, сприяє не тільки технічній, але й фізичній підготовці тенісистів. Створюється можливість реалізувати принцип багаторазового повторення вправ.

Таким чином, за допомогою додаткового устаткування можна за порівняно короткий період часу багаторазово повторити, а отже і краще оволодіти той чи інший технічний прийом.

На тренуваннях також застосовується різний інвентар: набивні м'ячі, гантелі, скакалки.

На заняттях у спортзалах використовуються гімнастична стінка, лавки.

Висновок. Навчально-тренувальний процес повинен будуватися відповідно спортивних особливостей студентів. Він не може бути успішним без творчого пошуку нових сучасних форм і методів тренування.

Тренувальні заняття з великим обсягом та інтенсивністю призведуть до бажаного результату тільки за умов раціонального поєднання занять з різними за спрямованістю навантаженнями. Дійовими чинниками управління процесами відновлення після занять з великими навантаженнями є заняття з малими та середніми навантаженнями, під час яких виконується робота принципово іншого спрямування, а основне навантаження припадає на інші функціональні системи організму.

Такими рекреаційними чинниками в настільному тенісі можуть бути: утримання м'яча на ракетці на місці, в русі, різними способами набивання м'яча однією або двома сторонами ракетки, різноманітні естафети, рухливі ігри, спеціальні і командні ігри біля стола, індивідуальні та командні заняття біля спеціальних приладів по вивченню та удосконаленню техніки ударів, змагальні форми вправ.

Все це сприяє швидкому, більш якісному оволодінню технікою і тактикою настільного тенісу та вихованню фізичних рис у студентів.

УДК 615.8-051:614.255(477:100)(043.2)

Бондаренко І. Г.,

канд. наук з фіз. вих. і спорту, доцент кафедри медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації,

Бондаренко О. В.,

викладач кафедри веслування,

Крайник Т. М.,

провідний фахівець кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії та патоморфології,

Задирака Є. Б.,

магістрант факультету фізичного виховання і спорту ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

НЕОБХІДНІСТЬ ЗАЛУЧЕННЯ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ УКРАЇНИ ДО СПІВПРАЦІ З МІЖНАРОДНИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

Українська Асоціація фізичної терапії є єдиною в Україні офіційною організацією з фізичної терапії. З 2011 року Асоціація є повноправним членом Світової Конфедерації фізичної терапії (WCPT) та Конфедерації фізичної терапії Європейського регіону (ER-WCPT). Головними завданнями Асоціації є:

- об'єднати представників професії на міжнародному рівні;

- представляти фізичну терапію та фізичних терапевтів на міжнародному рівні;
- сприяти підвищенню стандартів практики фізичної терапії, освіти та наукових досліджень;
- сприяти комунікації та обміну інформацією між національними та регіональними організаціями-членами;
- співпрацювати з національними та міжнародними організаціями;
- сприяти поліпшенню глобального здоров'я.

Протягом ряду років WCPT опублікувала дані від своїх організацій-членів щодо низки питань, включаючи професійне регулювання, практику, освіту та кількість зайнятих фізіотерапевтів. Ці дані забезпечують наповнення професійного профілю кожної з країн-учасників.

Останнє оновлення профілів країн базується на дослідженнях, проведених 89 організаціями-членами в 2018 році. Профілі та інфографіка дають глобальне відображення професії фізіотерапії в усьому світі, демонструючи відмінності в щільності кількості фізичних терапевтів у різних країнах і регіонах на 10 000 населення.

За показниками WCPT станом на грудень 2018 року загальна кількість фізичних терапевтів у світі складає 1 583 361 особу, з яких 420 254 (26,5 %) є членами міжнародних організацій з фізичної терапії.

У той час, як в Україні загальна кількість фізичних терапевтів складає 35 000, а кількість членів міжнародних організацій, а саме Української асоціації фізичних терапевтів – всього 158 осіб (0,4 %).

Під час опитування фізичних терапевтів Європейського регіону 79 % респондентів зазначили, що для практичної роботи необхідно бути членом Світової Конфедерації, а 21 % повідомили, що необхідно бути членом національної організації з фізичної терапії. В Україні для практики реєстрація у зазначених організаціях не обов'язкова.

Хоча з 2017 року приріст кількості членів Української асоціації фізичних терапевтів склав 11 %, а серед світових організацій кількість членів зменшилась на 8 %.

Отримані дані свідчать про зростання ролі міжнародних організацій в побудові цілісної системи фізичної терапії України. Членство фізичних терапевтів у подібних організаціях дозволить розширити навички та уміння фахівців та осучаснити підходи до відновлення осіб з відхиленнями у стані здоров'я. Використання досвіду інших країн забезпечить удосконалення наявної в Україні наукової бази досліджень у галузі фізичної терапії та подальше покращення результативності реабілітаційних заходів.

Вербицький В. А.,
*канд. іст. наук, доцент кафедри «Спортивні дисципліни»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ В СТРУКТУРІ ВІЛЬНОГО ЧАСУ СТУДЕНТІВ

Одним з дослідницьких напрямків фізичної рекреації є розгляд її як однієї з форм організації дозвілля людини. На думку Дж. Келлі, рекреація у сфері дозвілля завжди пов'язана з відновленням фізичних і духовних сил, тобто їй повинна передувати якась діяльність, після якої необхідна рекреація. Тільки та людина, за твердженням Дж. Келлі, яка живе творчо вище середнього рівня ефективності, може використовувати свій потенціал сповна і наблизитися до стану максимального здоров'я.

Здоров'я саме по собі не може бути метою фізичної рекреації, воно є лише таким станом людини, яке дозволяє йому жити творчим життям. Одним з аспектів цього життя є фізична рекреація у вільний час.

Відпочинок у вільний час – це багатство людей. Вільний час студента – це частина позанавчального часу, в який формуються і проявляються різні види життєдіяльності, безпосередньо спрямованої на розвиток особистості. У більш широкому розумінні вільний час, на думку Dumazedier – це набір занять, яким особистість може присвячувати себе з повною свободою, або для відпочинку, або для розваг, або для збагачення вже наявних знань, або для безкорисливої і добровільної громадської діяльності.

Функції вільного часу визначають цінності, які може придбати студент, використовуючи свій вільний час. Отже, вільний час може забезпечити студентам відпочинок, відновлення сил, у тому числі за допомогою фізичної рекреації.

Наступною функцією вільного часу є розвиток інтересів і здібностей. Розвиток інтересів і здібностей у фізичній рекреації – це задоволення психофізичної потреби. Тому цей розвиток впливає на формування інтелекту, волі, ряду рухових здібностей, інших особистісних якостей студента, сприяє пробудженню потреби в самовдосконаленні.

За характером впливу основних видів рекреаційної діяльності у вільний час на формування всебічно розвиненої особистості заняття студентів можна диференціювати за наступними типами:

- 1) культурно-творчий тип вільного часу;
- 2) культурно-споживчий тип вільного часу;
- 3) рекреативний тип дозвілля.

Вважається, що фізична рекреація є тією формою активності студентів, яка задовольняє основні біологічні, психічні, фізичні та суспільні потреби людини. Залучення студентів до фізичної рекреації входить у сферу виховання, яке відповідно до положень наук, пов'язаних з фізичною культурою, розуміється як те, що може бути корисним і бажаним протягом усього життя. Крім того, фізична рекреація, організована ЗВО, готує студента до раціонального використання вільного часу, яке призначене для всебічного розвитку його особистості. Вона значно збагачує можливості навчально-виховної роботи ЗВО.

Під фізичною рекреацією студента нами розуміється рухова активність з використанням засобів фізичної культури, спорту і туризму, спрямована на організацію активного відпочинку та корисного дозвілля, відновлення навчальної працездатності, що здійснюються з урахуванням особливостей режиму навчального процесу. Іноді рекреативна функція вільного часу явно недооцінюється, однак без відпочинку навряд чи можлива складна цілеспрямована діяльність. Його залежність зростає в умовах інтенсифікації навчального процесу

Фізична рекреація у вільний час включає: ранкову зарядку, заняття в спортивних секціях (гуртках), участь в спортивно-масових заходах, туристських походах та ін. У навчальний час – це заняття фізичною культурою за розкладом, виробнича гімнастика на великій перерві, фізкультурна пауза, фізкультурна хвилинка і мікропауза активного відпочинку під час лекції.

Основне завдання фізичної рекреації в ЗВО нефізкультурного профілю полягає в розумному використанні вільного часу, відтворенні духовної та фізичної сутності молодої людини. Важливим фактом є те, що фізкультурно-рекреаційна діяльність сприяє боротьбі зі шкідливими звичками, що виявляється особливо гостро в студентському віці.

Фізична рекреація виконує низку важливих функцій:

- забезпечує нейтралізацію несприятливого впливу навчального процесу на організм тих хто займається, пов'язаного з характером самого навчання, особливістю робочої пози та ін.

- формує потребу в руховій активності, забезпечуючи відчуття «м'язової радості», підйом настрою, бадьорості, прояви комплексу позитивних емоцій;

- сприяє ослабленню розумових і психічних перевантажень, обумовлених характером навчального процесу;

- розширює коло спілкування та інтересів тих хто займається, підсилює міцність особистісних зв'язків;

- забезпечує різноманітність режиму дня.

Для підвищення її ефективності необхідно розвивати популярні форми занять, такі як походи вихідного дня, дискотеки та ін. Важливими чинниками організації дозвілля з метою рекреації студентів для фізичної рекреації у ЗВО є: організація секцій з популярних серед студентів видів спорту; більш повне використання наявних споруд; забезпечення навчальних закладів спортивним інвентарем; видання методичної літератури; більш тісна взаємодія адміністрації ЗВО з державними спортивними установами, органами місцевого самоврядування тощо.

Саме фізична рекреація є тією формою активності студентів, яка повинна задовольняти різні психофізичні потреби. Привабливість цих занять полягає, насамперед, у тому, що є можливість вільного вибору спортивної секції, вибору маршруту походу, коли в міру можливості враховуються інтереси, потреби та побажання студентів.

Таким чином, фізкультурно-рекреаційні заняття у ЗВО дозволяють повноцінно і приємно використовувати вільний час студентів, удосконалюють особистість, розширюють кругозір, зміцнюють здоров'я, задовольняють рухові інтереси і потреби. Форми, засоби і методи фізичної рекреації є одними з реальних, найбільш доступних і ефективних шляхів вирішення духовного та фізичного розвитку, вирішення оздоровчих та відновлювальних завдань, відновлення загальної та спеціальної працездатності, впровадження фізкультурного стилю поведінки в повсякденне життя і побут студентської молоді.

УДК 796.011.3:[378.091.322:796.332-042.65](043.2)

Кураса Г. О.,

старший викладач кафедри «Спортивні дисципліни»,

Маєр В. Я.,

старший викладач кафедри «Спортивні дисципліни»,

Андрющенко М. І.,

старший викладач кафедри «Спортивні дисципліни»,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ В ПРОЦЕСІ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ ФУТБОЛОМ У СТУДЕНТІВ

Фізичному вихованню студентів у процесі самостійних занять футболом сприяють розповіді викладача про дотримання вимог щодо планування на одному занятті такої послідовності фізичних вправ, які впливають на розвиток фізичних якостей під час занять футболом:

– по-перше, це вправи на розвиток гнучкості, які чергуються із вправами на розвиток сили і швидкісно-силових якостей в основній частині заняття;

– по-друге, засоби тренування, спрямовані на розвиток спритності та швидкості, які як правило, плануються на початок основної частини заняття або на кінець підготовчої; і в третіх, вправи, спрямовані на розвиток витривалості, які плануються на кінець основної частини заняття.

Ознайомлення студентів з цими вимогами допомагає їм окреслити в своїх планах загальну структуру побудови занять, визначити величини навантажень, засоби і методи тренування та їх взаємозв'язок з вирішенням завдань, які стоять на тому чи іншому занятті. Після засвоєння студентами цих вимог та видів планування, викладач переходить до навчання їх умінь самостійно розвивати основні фізичні якості під час занять футболом та оволодіння іншими елементами методики тренування.

Треба звернути увагу, що для розвитку у студентів гнучкості на самостійних заняттях з футболу є вправи на розтягування, які поділяються на активні (нахили, махи ногами тощо), пасивні (за допомогою партнера) і статичні (збереження нерухомого положення тіла за умови максимальної амплітуди). Перед розтягуванням їм рекомендується добре «розігріти» організм, щоб уникнути травм. При виконанні вправ на гнучкість дуже важливим є дотримання студентами правильного дозування навантажень: найоптимальнішими є 3–4 серії по 15–25 повторень у кожній. Амплітуду рухів рекомендується збільшувати поступово. Найефективнішим для самостійного розвитку у студентів гнучкості є комплексний підхід, згідно з яким 40 % часу, відведеного на розтягування, становлять активні та пасивні вправи, а 20 % – статичні.

Для розвитку у студентів швидкості на тренуваннях з футболу основним засобом є короткочасний біг та інші бігові вправи (в тому числі з м'ячем), які виконуються з великою швидкістю. Тривалість бігових вправ не перевищує 5–6 секунд, а інтервали між ними забезпечують відновлення працездатності студентів.

Основними засобами розвитку у студентів витривалості на заняттях футболу є повільний біг, спортивні ігри з елементами футболу. Позитивний результат досягається тоді, коли в процесі занять вони долають втомленість організму. Найефективнішим засобом розвитку у студентів витривалості є рівномірний біг зі швидкістю 2,5–2.6 м/с тривалістю 13–14 хв. Відновлювальний період після таких навантажень становить 3–5 хв., тому на заняттях з футболу студенти відводять на розвиток витривалості до 16–20 хв.

Для розвитку швидкісно-силових якостей на тренуваннях студенти використовують вправи з подоланням маси власного тіла та із зовніш-

нім обтяжуванням. Найтиповішими серед таких вправ є стрибки, багатоскоки, зістрибування з висоти та вистрибування в темпі, перемінні прискорення в бігу з варіюванням як швидкісних характеристик бігу, так і зовнішніх умов (біг під гору, з гори, по різному ґрунту тощо). Основною вимогою до вправ на розвиток швидкісно-силових якостей є їх виконання з підвищеною та найбільшою швидкістю.

Основними засобами розвитку у студентів спритності за заняттях з футболу є спортивні ігри з елементами футболу, єдиноборства, біг з перешкодами та інші вправи, виконання яких пов'язується з подоланням координаційних труднощів. Найефективнішим є застосування 2–3 вправ на спритність на початку основної частини тренування, виконуючи їх по 6–8 разів кожен з достатніми паузами відпочинку.

Для розвитку сили на тренуваннях з футболу студенти використовують вправи з підвищеним напруженням м'язів. Типовими серед них є вправи з гантелями, з подоланням маси власного тіла (підтягування, віджимання) та пружними предметами (еспандером, гумовою стрічкою). Рекомендується застосовувати обтяження малої маси (до 40 % максимальної ваги) й після кожної вправи проводити короткий відпочинок тривалістю 20–30 секунд, а після серії – 2 хв. при частоті серцевих скорочень 105–115 уд/хв. Якщо використовуються незначні обтяження з великою кількістю повторень, то переважно розвивається силова витривалість, а при застосуванні швидкого темпу відбувається розвиток «вибухової» сили.

Фізичному вихованню студентів у процесі самостійних занять футболом сприяють тренування, які викликають у них потребу в отриманні зворотної інформації про ефективність самостійних занять фізичними вправами. Для цього викладач навчає їх уміння здійснювати самоконтроль за рівнем своєї підготовленості. Самоконтроль вони проводять один раз за тренувальний мікроцикл.

Ефективною формою фізичного виховання студентів у процесі самостійних занять футболом є самостійна розробка індивідуальних завдань, які включають комплекси вправ для засвоєння технічних прийомів і розвитку рухових якостей, складених на основі визначення студентами рівнів своєї підготовленості. При їх розробці студенти застосовують набуті знання та уміння самостійно займатися футболом. Допомога викладача полягає в запропонованні орієнтовних моделей таких комплексів вправ, які складаються диференційовано для студентів з різними рівнями підготовленості. При цьому модель таких комплексів повинна впливати на студентів з метою розвитку в них загального позитивного ставлення до занять фізичною культурою.

Дзюбан О. В.,
старший викладач кафедри вестування,
Ісаєнко М. В.,
викладач кафедри вестування,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ОРГАНІЗАЦІЮ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЗВО УКРАЇНИ

Актуальною проблемою на сучасному етапі є стан фізичної культури студентської молоді в Україні. Тому виникає питання про модернізацію системи фізичного виховання в вищих навчальних закладах.

Цією проблематикою переймається велика кількість науковців таких як : Марчик В., Мунтян В. С. Попрошаєв О. В., Чекмарьова Н., Кайданович І. В., Саричев В. І., Цьовх Л. П., Безгребельна О. П., Пономарьов С. В. та ін.

Нажаль, протягом останнього десятиріччя в Україні склалася досить тривожна ситуація: різко погіршилося здоров'я і фізична підготовленість студентської молоді. Про що свідчать результати щорічного оцінювання фізичної підготовленості населення, що є обов'язковим для учнівської, студентської молоді навчальних закладів всіх типів, особового складу Збройних Сил, решти військових, правоохоронних, рятувальних та спеціальних формувань зокрема, 7 затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 9 грудня 2015 р. № 1045. Він стає невід'ємною складовою Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 р. «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», яка схвалена Указом Президента України від 9 лютого 2016 р. № 42/2016.

Однією з найважливіших причин, які призводять до погіршення стану здоров'я, є недостатньо високий рівень культури здоров'я. Все частіше спостерігається небезпечна тенденція щодо розповсюдження алкоголізму, тютюнопаління та зростання наркоманії й токсикоманії у молодіжному середовищі. Все це негативно впливає на моральне, психічне та фізичне здоров'я молоді. Погано відзначається на здоров'ї молодих людей також безперервне користування сучасними гаджетами (комп'ютери, планшети тощо), яке призводить до погіршення зору та сколіозу.

Фізичне виховання, як навчально-виховний процес, є найважливішою складовою системи виховання у суспільстві. Він характеризується усіма загальними ознаками педагогічної діяльності: ведуча роль педагога-спеціаліста, направленість роботи вихователя і студента на реалізацію завдань навчально-виховного характеру, побудова системи за-

нять у відповідності з загальними принципами. Логіка організації самого процесу не повинна втрачати своєї педагогічної направленості.

Ефективність цілеспрямованого процесу навчання неможлива без здійснення контролю, характер якого визначається передусім реально існуючими відносинами між суб'єктом і об'єктом виховання. Це одночасно невід'ємна справа викладача і функція студента, взаємозалежний та ідентичний за змістом процес, у якому дії об'єкта та суб'єкта співпадають. Ці два типи контролю є інтегративними, причому педагогічний контроль викладача відіграє ведучу роль по відношенню до самоконтролю студента. Будь-який контроль може здійснювати дієвий вплив на хід та результати процесу виховання лише за умов, якщо дані контролю усвідомлюються та проявляються в діях педагога, а також, в кінцевому рахунку, й у діях тих, хто перебуває під впливом факторів фізичного виховання.

Результати нововведень стосовно фізичного виховання вже відчули на собі як студенти, так і викладачі, що викликало дискусію в освітніх колах. Відсутність обов'язкових занять з фізичного виховання за державними програмами та складанням заліку не забезпечує гармонійного фізичного розвитку, не сприяє покращенню рухових здібностей, не здійснює системного позитивного впливу на здоров'я студентів. Заняття у секціях за вибором не завжди рівномірно розвивають основні рухові якості, в силу специфіки видів спорту. Мотивація до занять знижується. Регулярно відвідують тренування лише 30 % студентів у групах. Формування стійкої потреби до оздоровчих занять спортом можливо лише за умов системно організованого процесу за типовими програмами, в якому урочна форма занять має першочергове значення. Відсутність контролю у вигляді заліку знижує ефективність навчального процесу.

Відміна обов'язкових занять ускладнює процес організації та комплектування складу спортивних секцій. Факультативна форма занять порушує право студентів займатися фізичною культурою у денний час, а у вечірніх секціях з різних причин можуть займатися не всі. Студенти, особливо перших курсів, у другій половині дня віддають перевагу підготовці до семінарів та контрольних іспитів з основних навчальних дисциплін за фахом. Молодий вік допомагає їм витримувати навчальні навантаження, не помічати перевтоми, а питання збереження здоров'я ще не є для них актуальним.

Аналізуючи наукові публікації та доповіді на всеукраїнських конференціях останніх років, можна зробити висновок, що питання організації фізичного виховання у ВНЗ є досить дискусійним, але на думку авторів при плануванні модернізації системи фізичного виховання треба враховувати як набутий досвід фахівців педагогів так і загальні цілі та завдання фізичного виховання, науково-обґрунтовані принципи

фізичного виховання – особливо важливі теоретико-практичні положення (правила), що відображають загальні закономірності виховання і, в силу цього, служать головними орієнтирами на шляху до мети. Принципи мають в своїй основі об'єктивні, не залежні від бажання людини закономірності. Це означає, що керівник процесу фізичного виховання не може придумати власні правила фізичного тренування. Він зобов'язаний керуватися у своїй роботі перевіреними всім соціальним досвідом положеннями, нехтування якими приводить до небажаних наслідків.

УДК 378.016.091.26:796]-057.875=161.1

Мінц М. О.,
канд. іст. наук, доцент кафедри «Спортивні дисципліни»,
Конопляник О. В.,
старший викладач кафедри веслування,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

РІВЕНЬ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ УЧНІВ САНАТОРНОЇ ШКОЛИ – ІНТЕРНАТУ

Важлива роль у збереженні та підтримці нормального та задовільного стану здоров'я дітей належить санаторним школам-інтернатам, в яких державою на належному рівні створені умови для навчання та лікування дітей, формування у них навичок здорового способу життя.

Головним завданням санаторної школи-інтернату є реалізація права дітей, які потребують тривалого лікування та реабілітації, на отримання середньої освіти, відновлення і зміцнення здоров'я, здійснення кваліфікованої медико-психолого-педагогічної допомоги. Санаторна школа-інтернат здійснює свою діяльність відповідно до законів України «Про загальну середню освіту» та комплексу законів виходячи зі стандартів освіти. Метою санаторної школи-інтернату є збереження і підвищення рівня здоров'я учнів, формування здорового способу життя, готовності до подолання труднощів життя.

Санаторні школи забезпечують навчання дітей з такими видами захворювань, як сколіоз, цукровий діабет, малі та неактивні форми туберкульозу, захворювання серцево-судинної системи, психоневрологічні захворювання, хронічні неспецифічні захворювання органів дихання та травлення. Отже, одним із завдань держави є турбота про здоров'я громадян, в першу чергу про здоров'я підростаючих поколінь. Гранична наповнюваність класів у санаторних школах – 20 учнів. Тривалість уроку – залежно від класу – від 35 до 45 хвилин, а в окремих індивідуа-

льних чи групових заняттях – 20 та 40 хвилин відповідно. Для кожного з видів шкіл відповідно до захворювань їх вихованців прописано особливості організації навчання та лікування. У даному випадку тривалість уроку за встановленим режимом роботи школи-інтернату складає 40 хв.

Термін перебування дитини в інтернаті санаторної школи встановлюється індивідуально за лікарським призначенням. Учні санаторних шкіл вчиться за індивідуальним підходом та в оздоровчо-щадному режимі. Його визначає медико-педагогічна комісія закладу, яка моніторить стан здоров'я та особливості розвитку кожної дитини.

У процесі соціологічного панельного дослідження рівня фізичного розвитку учнів санаторної школи-інтернату I-III ступенів було встановлено наступне. В дослідженні прийняли участь учні одинадцятого випускного класу школи (загалом 12 дітей, 6 хлопців та 6 дівчат), як такі, що закінчують повний курс навчання у санаторній школі і мають певний фізичний розвиток, процес який формувався та регулярно простежувався медико-педагогічними працівниками навчального закладу. Період дослідження тривав два роки і показав наступні результати. Так, рівень фізичного розвитку вище середнього рівня має один хлопець, десять дітей мають середній рівень, що є позитивним результатом. Нижче середнього рівня фізичного розвитку має лише одна дівчина. За медичними показниками вісім учнів віднесені до 3-ї групи здоров'я (супутні хронічні захворювання в стадії компенсації), четверо до 2-ї групи (функціональні розлади). Загалом всі учні школи-інтернату віднесені до спеціальної медичної групи.

Аналізуючи антропометричні показники доцільно відмітити їх позитивні характеристики. У порівнянні з цим же періодом минулого року у дівчат вага тіла зросла від 1 до 5 кг. Лише одна учениця втратила вагу з 59,5 кг до 55,5 кг. Хлопці прибавили у вазі тіла від 3,5 кг до 12 кг, що є хорошим показником. За рік спостерігається значна прибавка у зрості хлопців від 2 см до 15 см. У дівчат цей показник відповідно від 1см до 5 см.

Для оцінки працездатності серця при фізичному навантаженні лікарі школи-інтернату використовують пробу Руф'є.

У випробуваного учня, що знаходиться в положенні лежачи на спині протягом 5 хв, визначають число пульсацій за 15 с, потім протягом 45 с випробовуваний виконує 30 присідань. Після закінчення навантаження випробуваний лягає, і у нього знову підраховується число пульсацій за перші 15 с, а потім – за останні 15 с з першої хвилини періоду відновлення.

Результати оцінюються за величиною індексу від 0 до 15:

- менше 3 – хороша працездатність;
- 3–6 – середня;

- 7–9 – задовільна;
- 10–14 – погана (середня серцева недостатність);
- 15 і вище – сильна серцева недостатність.

У попередньому році дослідження показник Руф'є мав такі позначки: хорошої і середньої працездатності в учнів не спостерігалось. Задовільна працездатність мала місце у восьми учнів, погана у трьох хлопців та однієї дівчини. Через рік результати дослідження показали, що показник Руф'є дещо зріс. Так, двоє учнів вже мають середній рівень працездатності, 5 – задовільний, двоє – поганий (середня серцева недостатність), два учня мають показники від 14,8 до 15,8, що свідчить про сильну серцеву недостатність. У двох дітей у яких спостерігається сильна серцева недостатність ЧСС відповідно має показники 92–136–112 та 92–136–112 та дещо знижений тиск 90/60 мм рс, що є ознакою низького рівня фізичного розвитку.

Крім того в процесі контент-аналізу попутно були використані та проаналізовані особисті медичні документи обстеження всіх учнів школи-інтернату. У навчальному закладі на період дослідження навчалися 341 учнів. Всі вони віднесені до спеціальної медичної групи. Стосовно гармонійного рівня фізичного розвитку то 182 учня мали середній рівень, 75 вище середнього, 16 високий, і лише 31 нижче середнього. Відповідно індекс Руф'є мав такі показники: хороший – 50 дітей, середній – 221 дитина, задовільний – 66, низький – 3 дітей, що в цілому є позитивним результатом.

Фізичне виховання у школі-інтернаті санаторного типу базується на відповідних документах та навчальній програмі з фізичного виховання. Система організації уроків з фізкультури враховує медичні показники здоров'я дітей та рекомендації лікарів. На уроках з фізичної культури оцінок учням не виставляється. Фізичне навантаження має щадний характер, активно ведеться індивідуальна робота з учнями на основі рекомендацій лікарів та під їх контролем.

Висновки: Рівень фізичного розвитку учнів санаторної школи-інтернату певною мірою відповідає вимогам суспільства, щодо збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління. На момент дослідження більшість учнів має середній, вище середнього та високий рівні здоров'я, що є позитивним показником фізичного розвитку дітей. Крім того спостерігається стійка тенденція до покращення здоров'я дітей в цілому та зміцнення їх фізично. Про це свідчить індекс Руф'є. Регулярні медичні спостереження, дослідження та організаційні заходи спрямовані на подальшу роботу по забезпеченню якісного лікування дітей, профілактики різного роду захворювань дітей санаторної школи-інтернату дають у висновку позитивні результати.

Шуст О. М.,
старший викладач кафедри «Спортивні дисципліни»,
Бойченко О. В.,
викладач кафедри «Спортивні дисципліни»
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

БАСКЕТБОЛ ЯК МОДЕЛЬ СУЧАСНОГО ЖИТТЯ

У сучасному суспільстві відбулися суттєві зміни, пов'язані з використанням комп'ютера, збільшилася кількість професій, які вимагають від людини швидко орієнтуватися і переключатися від одних дій до інших, великої уваги, уміння виконувати складні і точні рухи. У багатьох сучасних професіях необхідно проявляти такі якості, як витривалість, сила, швидкість, спритність, а також концентрація і розподіл уваги, оперативна пам'ять і мислення, швидкість прийому і переробки інформації, розвиток вольових якостей. Не дарма багато хто розглядає спортивну гру, як модель сучасного життя.

Фізична активність відіграє важливу роль в становленні міцного фізичного здоров'я, формування різних рухових здібностей, а також сприяє зміцненню загального емоційного фону, дає психологічну розрядку і просто приносить задоволення. Студентам вищих навчальних закладів просто необхідна фізична активність: постійні розумові перевантаження, багатогодинне сидіння за книгами, копітка робота над контрольними та курсовими роботами, нестача сну, – усе це призводить до емоційної нестійкості, зривів, небажання будь що робити і таке інше. І тут на допомогу приходять фізична культура і спорт. Більшість студентів ВНЗ обирають активні види спорту такі як, баскетбол, футбол, волейбол, пляжний волейбол, фітнес.

Баскетбол, саме той вид спорту, який розвиває у людини безліч різних рухових здібностей.

В процесі гри в баскетбол, розвиваються рухові (фізичні) здібності:

Швидкісні:

Швидкісно-силові (ривки, стрибки з м'ячем і без м'яча, кидки і передачі та ін.);

Витривалість (тривале виконання вправ з м'ячем і без м'яча з різною, часто з високою швидкістю).

Система фізичних вправ, заснованих на баскетболі, також робить багатобічний вплив на розвиток психічних процесів в організмі студента. Вони покращують сприйняття, увагу, пам'ять, розвивають уяву і мислення, що є основою для якісного сприйняття і дотримання правил, і умов як самих вправ, так і гри, узгодження дій як індивідуального гравця, так і всієї команди загалом.

Баскетбол в нашому сучасному розумінні характеризується високим рівнем рухової активності і великими фізичними навантаженнями. Він поєднує в собі ходьбу, біг, зупинки, повороти, стрибки, ловлю, кидки і ведення м'яча в оточенні безлічі суперників. Баскетбол сьогодні – це не тільки гра, вид спорту, але й особлива система вправ, що дозволяє виробити певний пласт фізичних навичок у людини.

Для студентів вищих навчальних закладів баскетбол є не тільки захоплюючою атлетичною грою, включеною до навчальної програми, але й ефективним засобом фізичного виховання.

Баскетбол як особливо рухлива гра з максимальним рівнем фізичного навантаження вирішує завдання по зміцненню здоров'я студентів, розвитку спритності і координації, швидкості реакції, а також загартовування їх характеру, вихованню духу колективізму і суперництва, відповідальності.

Спеціально підібрані ігрові вправи, що виконуються індивідуально, в двійках, трійках, командах, рухливі ігри та завдання з м'ячем створюють необмежені можливості для розвитку, перш за все координаційних здібностей (орієнтування в просторі, швидкість реакції і перестроювання рухових дій, точність диференціювання і оцінювання просторових, силових і часових параметрів рухів, здатність до узгодження окремих рухів в цілісні комбінації). Особливістю спортивної гри баскетбол є миттєва зміна ситуацій, виконання різноманітних рухових дій з м'ячем і без м'яча.

Для студентів, які бажають оволодіти навичками гри в баскетбол, розроблено загальні та спеціальні методики фізичної підготовки.

Загальна фізична підготовка являє собою комплекс вправ, необхідних для розвитку фізичних якостей базового характеру або різнобічної фізичної підготовленості і націлені на перехід до майбутньої складнішої спеціальної фізичної підготовки.

Загальна фізична підготовка включає в себе:

- різнобічний фізичний розвиток;
- зміцнення здоров'я;
- підвищення функціональних можливостей;
- набуття спортивної працездатності;
- розвиток основних фізичних якостей.

Спеціальна фізична підготовка – це підготовка, спрямована на безпосереднє оволодіння навичками гри (веденням м'яча, передача пасів, закидання м'яча в кошик та інше).

Для студентів вищих навчальних закладів фізична активність є просто способом підтримати форму, а й засобом емоційного розвантаження, і зарядом енергії. Гра в баскетбол є саме таким засобом. Фізичні вправи, засновані на даній грі сприяють підтримці і поліпшенню фізичної форми студентів, позитивно впливають на їхнє здоров'я. Фізичні

вправи знижують втомлюваність нервової системи і людини в цілому, стимулюють працездатність, і стимулюють загартування імунітету. Фізичні навантаження стимулюють передачу нервових імпульсів від м'язів і суглобів, активізуючи центральну нервову систему і переводячи її в стан підвищеної активності. Отже стимулюється робота організму, сприяючи підвищенню здатності до сприйняття інформації. Також велика частина вправ є профілактикою хронічних захворювань та попередження проблем з опорно-руховим апаратом.

УДК 159.938:[331.546:005.334](043.2)

Петренко О. В.,
викладач,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

КОНТРОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕСЛУВАЛЬНИКІВ МЕТОДАМИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЇ

Академічне веслування – циклічний вид спорту, в якому задіяні 95% м'язів. Спортсмени знаходяться в човнах і гребуть ногами, спиною і руками, проходячи дистанцію спиною вперед. Цей вид спорту висуває високі вимоги до функціональних можливостей організму: дихальної системи, кровообігу, координації рухів, а також швидкісно-силових можливостей. Рухи складні з точки зору координації, це пов'язано з рухливістю сидіння і малою стійкістю академічних суден. Таким чином тренування і змагання спортсмена супроводжуються значними вимогами до аналізаторів, особливо пропріоцептивного, осязательного, вестибулярного рецептора, периферичного зору та слуху. Дистанцію веслувальник проходить, як правило, в анаеробному режимі.

Змагальний період підготовки продовжується в академічному веслування 8 місяців і вимагає від спортсмена підтримувати функціональний стан на високому рівні. Але найчастіше величина навантаження не відповідає функціональним можливостям організму спортсменів і може негативно вплинути не лише на динаміку спортивних результатів, але й викликати порушення стану здоров'я. Крім того надмірні навантаження, застосовані під час тренування спортсменів, можуть стимулювати швидку адаптацію до них з одного боку, а з іншого – сприяти вичерпуванню пристосувальних можливостей організму. А отже, виникає необхідність індивідуалізації тренувального процесу з метою покращення функціонального стану та підвищення спортивних результатів.

Підчас спортивної підготовки у веслувальників необхідно контролювати зміни психофізіологічних показників під впливом циклічного

навантаження для підвищення ефективності тренувального процесу. Визначення цих показників на різних етапах підготовки дозволить виявляти стани перевтоми та перетренованості та оптимізувати тренувальні навантаження; виявити особливості зміни психофізіологічних показників під впливом навантаження.

Функціональний стан – це системна відповідь організму, яка забезпечує його адекватність вимогам діяльності. Таким чином, зміна функціонального стану є зміною одного комплексу реакцій іншим, причому всі ці реакції взаємопов'язані між собою і забезпечують більш-менш адекватну поведінку організму в навколишньому середовищі. Згідно з цією логікою, діагностика функціональних станів пов'язана з завданням розпізнавання багатовимірного вектора, компонентами якого є різні фізіологічні показники і реакції.

Оцінювання психофізіологічних станів припускає використання трьох типів методів: фізіологічних, поведінкових і суб'єктивних, з наступним співвіднесенням між собою результатів.

Електроміограма – являє реєстрацію біопотенціалів м'язів людини. ЕМГ служить чутливим об'єктивним показником включення в динамічну або статистичну роботу окремих груп м'язів. Такий аналіз застосовується при вивченні робочої пози і керуючих рухів випробуваного. Шкірно-гальванічна реакція – характеризує зміну електричного опору або різниці потенціалів шкіри. При цьому спостерігається падіння електричного опору шкіри або збільшення різниці потенціалів між двома точками шкірної поверхні (від 10–30 мВ/см в нормальному стані до 100 мВ/см і більше при виникненні емоційної напруженості). Електрокардіограма – реєстрація електричних явищ, що виникають у серцевому м'язі. Вона складається з ряду зубців, що характеризують протікання процесів в серцевому м'язі, і інтервалів між ними, використовується для визначення напруженості роботи випробуваного. Для цього вимірюються: частота серцевих скорочень, систолічний і гістографічний показники. При виникненні напруженості в роботі випробуваного показники ЕКГ, як правило, збільшуються. Електроокулограми – характеризує електричну активність очних м'язів. Зазвичай використовується роздільна реєстрація вертикальних і горизонтальних рухів очей. При цьому знак потенціалу ЕОГ вказує напрямок переміщення погляду, а його величина – кут переміщення. ЕОГ застосовується для аналізу роботи зорової системи людини із засобами відображення інформації, для аналізу розподілу і перемикання уваги випробуваного в процесі роботи і інших цілей. Пневмограма – являє собою запис зовнішнього дихання. У стані збудження або напруги частота дихання збільшується до 50–60 коливань в хвилину, спостерігається також зменшення глибини дихання і скорочення фази видиху щодо фази вдиху.

Мовна відповідь – вивчається по спектральним і тимчасовим характеристикам мови випробуваного. За зміною інтонації голосу, яка супроводжується зміною спектрального складу звукових коливань, можна судити про виникнення емоційних станів випробуваного, напруженості і втоми в його роботі.

Одним з підходів до психофізіологічної діагностики спортсменів є визначення таких показників: індивідуально-типологічні властивості нервової системи (функціональна рухливість, сила нервових процесів, сенсомоторні реакції), нейродинамічні функції, оцінка стану когнітивних функцій спортсмена (сприйняття, увага, операційне мислення, пам'ять), діагностика рівня тривожності, емоційної стабільності (ситуативна та особистісна тривожність, інтроверсія-екстраверсія, нейротизм).

Для оцінки сенсомоторних реакцій використовуються такі показники: латентний період простої зорово-моторної реакції, коефіцієнт варіації латентного періоду простої зорово-моторної реакції, кількість помилок, час моторної реакції, латентний період складної зорово-моторної реакції вибору з 2 і 3 подразників, коефіцієнт варіації складної зорово-моторної реакції. Латентні періоди реакцій зменшуються при адаптації до напруженої м'язової діяльності.

Дослідження тільки одного фізіологічного показника, як правило, не може дати однозначної відповіді про стан випробуваного. Тому на практиці застосовується зазвичай так званий поліефекторний метод, що полягає в одночасному записі і аналізі цілого комплексу показників. Застосування комплексу методик дозволяє значно підвищити надійність і достовірність діагностики функціональних станів веслувальників та успішно керувати спортивною підготовкою на всіх етапах підготовки.

ПСИХОЛОГІЯ САМОРОЗВИТКУ ТА ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВИХ СТАНІВ

УДК 159.923.35

Амплєсва О. М.,
*канд. психол. наук, старший викладач кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ЧИННИК САМОРОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ

У широкому розумінні емоційний інтелект трактується як здатність диференціювати позитивні і негативні почуття, а також знання про те, як змінити свій емоційний стан з негативного на позитивний. Кожна людина народжується з обов'язковим потенціалом емоційної сенситивності, емоційної пам'яті, емоційної обробки та емоційного навчіння. Ці чотири вроджені компоненти формують серцевину емоційного інтелекту. Людина може розпочати життя з високим рівнем емоційного інтелекту, але з часом він може знизитися, якщо особистість набуває згубних емоційних звичок у дитинстві в сім'ї, де її ображають і зневажають.

Ізраїльський професор та ЕІ-тренер Г'юра Дромі з Айронвудського інституту наводить такі характеристики людини з розвинутим емоційним інтелектом:

- 1) ЕІ – персона знає себе;
- 2) ЕІ – персона правдива сама з собою;
- 3) ЕІ – персона справжня, зрозуміла і конгруентна;
- 4) ЕІ – персона використовує свої особливі таланти як визнання особистої влади;
- 5) ЕІ – персона вживає свою ментальну емоційну і фізичну енергію, для того щоб бути і робити краще;
- 6) ЕІ – персона має високий рівень ЕІ-компетенції, який вона прагне постійно поліпшувати.

Ерік Енсен визначав відмінності між емоціями та почуттями. Емоції є кроскультурними, вони однакові в усьому світі. Почуття є предметом усіх наших розумово-тілесних станів (розчарування, голод, надія тощо). Почуття є навченою реакцією, яка залежить від культури, в якій виросла людина (сім'ї, соціального статусу, громади тощо).

Г. Гарднером у його концепції множинного інтелекту були введені поняття міжособистісного та внутрішньоособистісного інтелекту як інтелек-

туальних здібностей, специфічних за своїм предметом. Він утвердив теорію множинності інтелекту, виділивши 3 значення самого визначення:

- 1) відмінна риса усіх людських істот;
- 2) характеристика, на основі якої люди відрізняються один від одного;
- 3) спосіб виконання людиною певної задачі з урахуванням своїх інтересів.

На основі цих уявлень Гарднер визначив інтелект як «здатність вирішувати проблеми або створювати продукт, який має цінність у певній або декількох культурах». Інтелект повинен передбачати наявність певних умінь у вирішенні проблем для їх усунення, а також формування проблем для отримання нових знань.

У своїй книзі «Структура розуму: теорія множественного інтелекту» Гарднер описує 7 видів інтелекту, також виділив в окремий вид емоційну сторону людини: 1) лінгвістичний – здатність користуватися мовою, щоб спонукати інших до дії, здатність використовувати інструмент для запам'ятання інформації, здатність до пояснення, усна мова, потенціал пояснення своєї власної діяльності для проведення «металінгвістичного аналізу», чутливість до знання слів, до звуків, до ритму та ін.; 2) музичний – здатність до розуміння складових елементів музики (ритм, висота та ін.) та до реакції на більш загальні властивості музики (повільно чи швидко, тихо чи голосно та ін.), люди володіють схемами або структурами, що відповідають за сприйняття музики; 3) логіко-математичний – ряд взаємопов'язаних здібностей, починаючи зі спостереження за об'єктами в матеріальному світі до абстрактних формальних систем, включаючи перехід від сенсорно-моторних дій до конкретних операцій, а потім до формальних; 4) просторовий – «ґрунтується на деяких, відносно не пов'язаних здатностях: вміння пізнавати один і той самий елемент, уміння трансформувати один елемент в інший або виявляти таке перетворення, здатності створювати ментальний образ, а потім змінювати його та ін.»; 5) тілесно-кінестетичний – здатність володіти власним тілом, поводитися з предметами, для роботи з якими необхідно володіти тонкою моторикою та всім тілом. Особистісні інтелекти, які він розділив на 6) внутрішньо-особистісний – здатність до усвідомлення людиною своїх почуттів та емоцій – «уवेश діагноз почуттів та емоцій людини, її вміння одразу розуміти розбіжності між цими відчуттями, давати їм назву, виражати їх у символічній формі та користуватися ними як засобом до розуміння та управління власними емоціями» та 7) міжособистісний – здатність помічати та розуміти відмінності між оточуючими, бачити різницю у їх настрої, темпераменті, мотивах та намірах. Тобто, він не тільки розширив класифікацію інтелекту та виділив його види, але і встановив взаємозв'язок між внутрішньоособистісним та міжособистісним інтелектами, тим самим виділив в окремий вид емоційні процеси пізнання.

Астремська І. В.,
*канд. психол. наук, доцент кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

СПЕЦИФІКА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Медики щоденно зіштовхуються з проблемою низьких ресурсних можливостей вітчизняної системи охорони здоров'я, які провокують виникнення у цих фахівців хронічного стресового стану. Висока стресогенність роботи лікарів пов'язана також із перенасиченням комунікативної сфери, в тому числі характером спілкування, високою відповідальністю та нездатністю в ряді випадків змінити несприятливий хід речей. Небезпечним фактором також є синдром професійного вигорання, в домінуючій кількості не спостерігають його за собою, а, отже, не в змозі допомогти собі самостійно.

Дослідженням проблеми професійного вигорання першочергово займався Дж. Фрейденберг, який увів поняття синдрому професійного вигорання та ряд зарубіжних вчених, як В. Бойко, Дж. Грінберг, С. Джексон, К. Маслач, Б. Перлман, А. Хартман, які заклали теоретичне підґрунтя для подальших прикладних досліджень. Сучасні вітчизняні психологи Т. Зайчикова, Л. Карамушка, О. Китаєв-Смик, О. Солодухова, Т. Яценко досліджували специфіку детермінації та перебігу професійного вигорання на теренах українського професійного середовища.

Метою тез є висвітлення й аналіз результатів емпіричного дослідження рівня професійного вигорання у медиків, а також специфіки його особливостей у лікарів та медсестер.

Професійне вигорання є загальноновизнаним явищем, оскільки воно визначене ВООЗ та внесене в МКХ-10. Дослідження вищезначеного феномену почалося з 1974 року за ініціативи Дж. Фрейденберга.

У сучасній психологічній науці існує велика різноманітність визначень цього феномену, досить широке трактування, спостерігається розширення меж використання самого терміну. Західними психологами було визначено основні положення щодо виокремлення синдрому професійного вигорання в 1993 р. на конференції в Сан-Франциско («Professional burnout: Recent developments in the theory and research», 1993).

Зокрема науковці зійшлися на думці, що:

– синдром професійного вигорання має трикомпонентну структуру, яка включає психоемоційне виснаження, деперсоналізацію (цинізм) і редукцію професійних досягнень;

– вигорання є відносно незворотнім феноменом;

– вигорання є загальнофаховим феноменом, але притаманне, в першу чергу, професіоналам, які працюють у сфері «допомагаючих» професій.

Взята за еталон структура на конференції в Сан-Франциско була запропонована К. Маслач, вона визначає синдром професійного вигорання як стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, що проявляється в професіях соціальної сфери. І, відповідно, визначає три основні групи його прояву: емоційну виснаженість, деперсоналізацію (цинізм) і редукацію професійних досягнень.

Нині на основі різноманітних теорій сформувалися дві групи моделей професійного вигорання: факторні (опис компонентів структури вигорання) та процесуальні (вигорання як динамічний процес, що має фази).

Але М. Г. Лаврова наголошує на важливості врахування обох сторін цього явища, пояснюючи це тим, що в дослідженні професійного вигорання виявляють його структурні компоненти, які були сформовані в динамічному процесі. Ця теза є визнанням у феномені професійного вигорання наявності водночас обох його модальностей – структури та процесу, тобто розуміння психічного явища вигорання як процесуального (динамічні прояви у часі, стадійність) та, разом з тим, структурного (стійкі певні форми).

Аналіз теоретичних наукових джерел показав актуальність вивчення проблеми професійного вигорання щодо вітчизняних медиків для здійснення профілактики та корекції цього несприятливого синдрому. Засвідчено, що зростання рівня професійного вигорання провокує посилення цінності власного здоров'я медиків, а також зниження значення професійного зростання в обох професійних групах.

УДК 378.016:159.9-057.875]:005.336.2

Васильєва Г. В.,

*канд. психол. наук, доцент кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ЕМОЦІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК ФАКТОР ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У СТУДЕНТІВ ПСИХОЛОГІВ

Професійна підготовка психолога передбачає навчання в двох напрямках – власне академічну підготовку та особистісне навчання або розвиток. Специфіка професійної діяльності психолога вимагає значного емоційного і особистісного ресурсу, який може не відповідати ві-

ковим можливостям студента. Емпатія, емоційна зрілість, емоційна стійкість, ці характеристики емоційної сфери з одного боку є особистісними якостями, з іншого боку – інструментами професійної діяльності. Згідно з нашими даними за численними дослідженнями, студенти, усвідомлено вибирають спеціальність психологія, маючи ті чи інші суб'єктивні труднощі в емоційній і особистісній сфері. Емоційну компетентність виділяють серед багатьох понять, що характеризують процеси та результативність розпізнавання та ідентифікації патернів експресії вираження перебігу емоцій, емоційних станів та почуттів людиною при міжособистісному спілкуванні. Особливості та специфіка роботи психолога, потребують визначення емоційної компетентності окремо, так емоційну компетентність, це «сукупність знань, умінь і навиків, що дозволяють приймати адекватні рішення і діяти на основі результатів інтелектуальної обробки зовнішньої і внутрішньої емоційної інформації».

Головною метою цієї роботи є визначення зв'язку та рівня емоційної компетентності у студентів психологів та її впливу на професійну компетентність. Нами визначено предметом дослідження алекситимію як один із факторів емоційної компетентності. Ми розглядаємо алекситимію як психологічний феномен, який пов'язаний з таким особистісним параметром як емоційна зрілість. Це здатність людини диференціювати власні емоційні реакції, почуття, та бути чутливим до емоцій інших людей. Ми відокремили алекситимію як фактор, що впливає на всі сфери життя людини, та зворотно корелює з якістю життя, з можливістю більш відповідальної та впевненої поведінки. Нами було проведено дослідження у студентів психологів за допомогою Торонтської алекситимічної шкали з метою виявлення здатності до диференціювання емоційних станів, здатності до їх вербалізації. Шкала TAS спрямована на вивчення алекситимії як властивості особистості. Алекситимія – стан, при якому людина відчуває труднощі при розпізнаванні своїх і чужих емоцій, що призводить до проблем в сфері емоційної саморегуляції і в сфері міжособистісних відносин. Більшість дослідників вважають, що емоційний розвиток людини безпосередньо залежить від навколишнього середовища, і алекситимія має не фізіологічний, а психологічний характер. Крім емоційних труднощів, нечутливості до чужих переживань, алекситимія є основою психосоматичних розладів. У дослідженні взяли участь 48 студентів 3–4 курсів, спеціальності психологія, переважно дівчата (44), середній вік 20 років.

Таким чином, аналіз результатів відображає наступне: незважаючи на відносно тривалу професійну підготовку, до 3–4 курсів, яка включає достатній рівень вивчення теоретичного матеріалу, у студентів спостерігається переважно високий рівень алекситимії, який ми розглядаємо

як певну кореляцію з емоційною незрілістю і загальним розривом між теоретичною підготовкою до професійної діяльності та практичною готовністю до її здійснення. Під практичною діяльністю ми розглядаємо здатність вступати і підтримувати тривалі емоційні стосунки з іншими людьми, залишаючись емпатичними і чутливими.

Таким чином, результати нашого дослідження відображають необхідність змін в концепції професійної підготовки психологів. Беручи до уваги особистісні особливості як інструмент професійної компетентності психолога, необхідно збільшити такі форми роботи, які стимулюють особистісний розвиток, дають можливість рефлексувати соціальний досвід. При підготовці необхідно включити обов'язково курси арттерапії та впровадити терапевтичні малі групи як можливість підвищення емоційної і соціальної компетентності.

УДК 159.92:364-43

Гусак В. М.,
старший викладач кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ДО ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Високий рівень професійно-психологічної культури сприяє ефективності діяльності фахівців соціономічного профілю в психотравмуючих професійних ситуаціях, збереженню психічних і фізіологічних резервів, стійкості до впливу психоемоційних стресорів в несприятливих, іноді навіть нелюдських, умовах. В іншому випадку будь-який об'єктивно незначний руйнівний вплив може стати чинником невідомої травми, призвести до розладу психіки. Тому необхідною умовою забезпечення психологічного здоров'я майбутнього соціального працівника є цілеспрямований розвиток його психологічної культури у процесі професійної підготовки. Наукова проблема полягає в тому, що сучасна психологія ще остаточно не визначилася з формулюванням поняття професійно-психологічної культури соціального працівника.

На основі аналізу різноманіття тлумачень феномену культури виділяють три основні підходи до її визначення: аксіологічний, діяльнісний та особистісний. З точки зору аксіологічного підходу сутність культури складає сукупність матеріальних і духовних цінностей, створе-

них людством; діяльнісний підхід до культури полягає в її визначенні як способу реалізації творчого потенціалу і здібностей людини в конкретній діяльності, що здійснюється з точки зору суспільної значущості. У свою чергу специфіка особистісного підходу виражається в тому, що даний феномен є властивістю особистості, яка проявляється в здатності до саморегуляції, творчої реалізації власної діяльності, думок, почуттів.

На думку Н. І. Ісаєвої, основою професійно-психологічної культури є саме розвинена психологічна культура як специфічний спосіб актуалізації потреби в професійній самоосвіті та самовдосконаленні. Важливо зазначити, що проблема психологічної культури належить до недостатньо розроблених у вітчизняній психології питань, які практично зігноровані в англломовному сегменті світової психології. Дане поняття є відносно новим у психологічній науці, воно не потрапило до жодного вітчизняного психологічного словника, виданого у ХХ столітті, але привертає все більшу увагу дослідників і активно входить до сучасної наукової літератури.

Дослідженням загальної (базисної) психологічної культури займалися: Я. Л. Коломінський, О. І. Мотков, Л. С. Колмогорова, Я. С. Бойченко, В. О. Аристова, О. В. Пузікова, А. В. Фурман, О. С. Морщакова та ін. Особлива увага аналізу змісту поняття «психологічна культура» у професійному контексті приділяється в акмеологічних дослідженнях (Є. О. Клімов, А. О. Деркач, Н. І. Ісаєва, Н. Т. Селезнева, С. М. Щербакова, Н. В. Кузьміна, Г. І. Марасанов).

Найбільша кількість робіт присвячена вивченню особливостей становлення професійно-психологічної культури у працівників освіти, суб'єктів педагогічного процесу: педагогів, вчителів, викладачів (Н. Ю. Певзнер, В.В.Семикін, О. С. Созонюк, О. Г. Видра, Н.І. Мачинська, Н. В. Пророк, В. Б. Лагутін), керівників системи освіти (Н. Т. Селезньова, Г. М. Кот), державних службовців, управлінців (Г. І. Марасанов, Г. Є. Улунова), практичних психологів освіти (Н. І. Ісаєва, С. К. Шандрук, Н. І. Волошко), учнівської молоді (В. В. Рибалка, Т. Б. Тарасова, О. А. Рудомьоткіна, І. Г. Євстаф'єва) та ін. І лише поодинокі дослідження фрагментарно охоплюють питання професійно-психологічної культури безпосередньо соціальних працівників (З. Л. Становських, О. О. Кісенко). На сьогоднішній день системних досліджень із заявленої проблеми не проводилось, вона не знайшла достатнього відображення у психологічних працях.

Розрізняють життєву та наукову психологічну культуру, яка у свою чергу поділяється на два види – загальну та професійну наукову психологічну культуру. Загальна (або базисна) психологічна культура

особистості забезпечує оптимальне розв'язання людиною різноманітних ситуацій із психологічним змістом у сфері непрофесійної діяльності і спілкування. Професійно-психологічна культура виконує ціннісно-регулятивну, мотивувальну, фасилітативну, розвивальну, інтегративну, адаптивну, гармонізуючу, комунікативу, емотивну та креативну функції у професійній діяльності.

Опираючись на доступні вітчизняні та зарубіжні дослідження, сформулюємо власне визначення: під професійно-психологічною культурою соціального працівника будемо розуміти самостійний психологічний феномен, інтегративне особистісне утворення, що становить цілісну сукупність взаємопов'язаних психологічних властивостей, оснований на гуманістично орієнтованій системі професійно-значущих ціннісних орієнтацій та смислів, розвиненій рефлексії та продуктивному саморозвитку, виступає ядром структури професійно важливих якостей, забезпечує високий рівень саморегуляції, ефективності соціальної взаємодії та успішності професійної діяльності в галузі соціальної роботи.

Ми дотримуємося думки, що властивості професійно-психологічної культури входять до структури особистості фахівця, виступаючи необхідною складовою системи його професійно важливих якостей, особистісної зрілості та психологічного здоров'я. Саме професійно-психологічна культура соціального працівника забезпечує високий рівень внутрішньої узгодженості його особистісних та професійних якостей, що сприяє адекватності, ефективності та успішності професійної взаємодії.

УДК.159.293

Каневський В. І.,

*канд. психол. наук, доцент кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ЗАСТОСУВАННЯ ТАТ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ДЕЯКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАРАСУЇЦИДАЛЬНОЇ ОСОБИСТОСТІ

ТАТ (Тематичної апперцепції тест) було вперше описано Г. Мюрреєм у 1935 р. в ролі проективної методики експериментального вивчення фантазії. Підсумком роботи подальших років стало теоретичне обґрунтування ТАТ як методу дослідження особистості, розробка інструкції до застосування методики, схеми аналізу та інтерпретації результатів.

Використовуваний нині варіант ТАТ складається зі стандартного набору таблиць (31) із зображенням щодо невизначених ситуацій і однієї пустої. Кожна з таблиць допускає можливість неоднозначної інтерпретації, водночас спеціально виділяють таблиці, що провокують депресію і суїцид, агресію та сексуальну перверзію, домінування – підпорядкування, сексуальні та сімейні конфлікти та ін. Частина таблиць пред'являється чоловікам і жінкам, частина – тільки чоловікам чи жінкам; є також таблиці для підлітків. Кожному випробуваному надається набір із 20 таблиць. Випробуваному пропонується придумати історію по кожній картині, в якій знайшла б відображення зображена ситуація, було б розказано, що думають і відчувають персонажі картини, чого вони хочуть, що призвело до ситуації, зображеної на картині, і чим це закінчиться.

Метою методики є дослідження рухомих особливостей особистості: її потреб та мотивів, відношення до світу, рис характеру, типових форм поведінки і реагування, внутрішніх і зовнішніх конфліктів, механізми психологічних захистів та ін.

У роботі з кризовими клієнтами, діагностиці суїцидального ризику і т. д. звертають увагу на такі сюжети (таблиці) (або можна використовувати з усього набору тільки їх у контексті комплексної діагностики): сюжет 3ВМ (чоловічий варіант), що визначає стан депресії, суїцидальні наміри, тенденції уникнення покарання або прийняття провин; сюжет 9GF (жіночий варіант), який визначає відносини між жінками, суперництво через чоловіка, може означати депресивний стан, суїцидальні наміри, параноїдальні тенденції підозрливості і переслідування; сюжет 14 визначає загальний фон настрою, депресивні та суїцидальні тенденції, фантазії; сюжет 15 визначає ставлення до смерті, іноді в символічній формі відображає агресивні почуття до конкретної людини (бажання її смерті); сюжет прогностичний щодо суїциду; сюжет 17GF (жіночий варіант) означає очікування по відношенню до якоїсь складної ситуації, іноді виділяє суїцидальні тенденції; сюжет 20 визначає актуальні страхи, почуття самотності. В. Ritzler згадує, що депресивні люди, як правило, розповідають історії про психологічну біль і невдачі, тому ТАТ має великий потенціал для виявлення депресії та інших негативних емоційних переживань. Хоча D. Westen (1991) і шкодував, що в клінічних дослідженнях тест використовується не систематично. З іншого боку, методика використовується при визначенні ресурсних можливостей індивіда, наприклад, при діагностиці смислових альтруїстичних установок особистості (Ким, 1984).

Нами було проведено дослідження цільової спрямованості, рівня саморозвитку та характеристик за ТАТ чотирьох молодих людей (два

хлопця і дві дівчини, віком 19 років) із суїцидальними думками та суїцидальними спробами у своїй особистісній історії, в анамнезі: клінічна депресія. Звертає на себе увагу взаємозв'язок діагностичних показників, а саме: обмеженість перспективних цілей за методикою цільової спрямованості та цілей, спрямованих на саморозвиток; труднощі із плануванням майбутнього, плануванням та баченням перспективи (структурні показники «формального майбутнього» та «укороченого майбутнього»), ауто агресія, пасивність, актуалізація психологічних захистів – за методикою ТАТ.

УДК 159.923

Лукіна Н. Б.,
*аспірант кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

РОЗГЛЯД ФЕНОМЕНУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ В ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ

Історичні витоки перфекціонізму вбачається доцільним розпочати аналізом етимології поняття, що вивчається, задля того, щоб сформулювати про нього смислове образно-понятійне уявлення. За термінологією психологічного словника, перфекціонізм (від лат. *Perfectus* – досконалість) – це вчення про спроможності людини і всього людства до вдосконалення. Перфекціонізм передбачає наявність деякого абсолютного позитивного зразка, прагнення наблизитися до якого ставить сенс людського життя. У християнському ракурсі, перфекціонізм розглянуто як «духовне зростання» віруючого. Ще Августин Блаженний писав: «Досконалість – це знання людини про власну недосконалість». З його точки зору, людською досконалістю у цьому житті є лише моральний ідеал, недосяжний внаслідок гріховного падіння людини. Звідси випливає важливий висновок про шляхи до досконалісті: особистість відкидає наявне в собі заради бажаного і необхідного піднесеного. Августин стверджував, що ні освіта, ні людські зусилля не можуть зробити людину досконалою, а морального прогресу у земному житті люди можуть досягти тільки за допомогою Божої благодаті. Августин Блаженний ототожнював гріховність з людською сутністю. У підсумку, шлях до досконалісті він бачив у безшлюбності та цнотливості, таким чином заперечуючи можливість досягнення святості в земному житті.

Абсолютна досконалість, за Фомою Аквінським, досягається у майбутньому житті. Разом з тим, у концепції досконалісті Фоми Ак-

вінського, плотські бажання розглянуто як зло, а відмова від них – необхідна умова досконалості. Таким чином, досконалість була ототожнена із самозреченням. Нарешті, Фома Аквінський розробив ієрархію рівнів досконалості, які відповідали шаблям церковної ієрархії, що становили для нього найкоротший шлях, через який можна заслужити досконалість. Отже, самовдосконалення у християнстві – це порятунок від гріха та шлях на здобуття загробного блаженства. Людина вдосконалюється лише у милосерді завдяки своєму природному та єдиному призначенню – підкоренню волі Бога.

З філософської точки зору, прагнення до самовдосконалення – це основна мета сенсу життя особистості. За вченням Аристотеля, досконала особистість – та, яка є добродісною, займається улюбленою діяльністю, знає міру в усьому та прагне до гідного й прекрасного життя. А самовдосконалення сприяє щастю особистості.

Іншої точки зору дотримувався І. Кант, який не пов'язував особистісний розвиток з критерієм гідності, та стверджував, що бути досконалим означає бути моральним, а процес вдосконалення – це розвиток особистості як морального суб'єкта. Ідеї перфекціонізму присутні в концепціях мислителів Відродження, зокрема Фр. Ніцше з його ідеєю Надлюдини. Філософ стверджував, що стати Надлюдиною можливо за умови подолання внутрішнього рабства, що допоможе вийти на новий рівень розвитку. Тобто, це така людина, яка постійно вдосконалюється, тим самим бере відповідальність за свої слабкості, тренуючи своє тіло, розум, емоції, вміє контролювати себе та не схильна до деструктивних мотивацій.

Аналіз перфекціонізму з психологічної точки зору хотілося б розпочати із З. Фрейда, який розглядав прагнення до досконалості як спробу втечі від задоволення потягів та інстинктів. Тобто виникнення перфекціонізму він пов'язував з механізмом психологічного захисту – витісненням, інтерпретуючи процес самовдосконалення як процес сублімації. «Я-ідеал» – термін, введений Зігмундом Фрейдом для позначення прагнення особистості до досягнення досконалості. Вперше австрійський психоаналітик вжив це поняття в 1914 році в праці «Про нарцисизм», в якій воно використовується для позначення любові людини до себе (шляхом ідеалізації власного образу), яка виникає в дитинстві та супроводжує її протягом усього життя. Пізніше, допрацювавши концепцію «Я-ідеалу», Фрейд прийшов до висновку про те, що психологію мас можна розглядати через цю категорію («Психологія мас та аналіз людського Я»). В теорії мас «Я-ідеал» відіграє роль в об'єднанні групи людей навколо вождя, якого вони наділяють ідеалістичними рисами.

Поняття перфекціонізму почало з'являтися у науковій літературі у середині ХХ ст. Але необхідно звернути увагу, що перфекціонізм, як

психічна спрямованість був досліджений раніше: як компенсаторне прагнення до переваги і досконалості (А. Адлером), та у якості нарцистичної патології (К. Хорні). Так, протягом 60-80х рр. зарубіжні клінічні психологи та психотерапевти активно розробляли теорії про походження перфекціонізму. Класичні визначення перфекціонізму, науковці-психологи М. Холендер та Д. Барнс розглядали через тенденцію особистості встановлювати надмірно високі стандарти і, як наслідок, неможливість задовольнятися результатами.

Отже, історичний аналіз дослідження перфекціонізму показує, що прагнення до досконалості було властиве людям завжди, лише в кожному періоді змінювалася мета. Так, для християн вдосконалення було як шлях до здобуття загробного блаженства, для філософів – сенсу життя, а для психологів – як механізм психологічного захисту.

УДК 159.923.2

Хоржевська І. М.,
*канд. психол. наук, доцент кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

ОЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПРОЯВУ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ ФАХІВЦЯ

Професійна культура, як частина загальної культури, розглядається не тільки як форма людської діяльності, але і як найважливіший аспект життєдіяльності особистості, як соціальна діяльність, яка не зводиться лише до певного комплексу знань, умінь і навичок. У сучасних глобалізаційних умовах розвитку суспільства надзвичайно актуальною виступає проблема формування професійної культури різних фахівців, у тому числі спеціалістів правоохоронних органів. Особливо актуальною ця проблема є для України, яка змінює свої орієнтації, пов'язані з функцією правоохоронних органів. На жаль, узагальнення чисельних досліджень засвідчує, що психологічні основи професійної культури фахівців правоохоронної діяльності переважно аналізувалися з точки зору її актуальності та декларативних вимог, які в реальному житті не могли бути реалізованими.

Професійна культура – це універсальна система, що включає спеціальні знання й цінності, які у вигляді зразків і норм, прийнятих у конкретній галузі, регулюють професійну діяльність. Професійна культура розглядається як певний ступінь оволодіння професією, тобто способами і прийомами вирішення професійних завдань на основі сформо-

ваності духовної культури особистості. Професійна культура особистості передбачає засвоєння професійних знань, професійну компетентність, сформованість професійно значущих якостей, які необхідні для участі у професійній діяльності.

У вузькому розумінні професійна культура – це сукупність спеціальних теоретичних знань і практичних умінь, пов'язаних з конкретним видом діяльності. Це універсальна система, що включає спеціальні знання й цінності, які у вигляді зразків і норм, прийнятих у конкретній галузі, регулюють професійну діяльність. Даний прояв культури розглядається як певний ступінь оволодіння професією, тобто способами і прийомами вирішення професійних завдань на основі сформованості духовної культури особистості. Професійна культура особистості передбачає засвоєння необхідних знань, професійну компетентність, сформованість професійно значущих якостей, які необхідні для участі у діяльності.

Ми виділяємо п'ять основних рівнів сформованості професійної культури фахівця.

Перший рівень – фахівець, який володіє високим рівнем культури мислення і мовлення, етики поведінки. Вміє реалізувати свої професійні задуми, конкурентноздатний. Креативно підходить до вирішення завдань. Володіє і вміє застосовувати необхідні професійні знання, вміння і навички. Проявляє високу психічну саморегуляцію, емоційну стійкість, сформованість навичок ведення та оформлення документації. Знання є системними, діяльність носить дослідницький характер, сформована особистісна позиція.

Другий рівень – фахівець, який володіє достатньо високим рівнем культури мислення і мовлення, етики поведінки. Володіє і вміє застосовувати необхідні професійні знання, вміння і навички. Майже завжди вдало орієнтується в ситуації. Проявляє високу психічну саморегуляцію, емоційну стійкість. У веденні та оформленні документації припускає незначні помилки. Застосовує знання, володіє розумовими операціями, уміє робити висновки, самостійно здійснює основні види навчальної діяльності.

Третій рівень – характеризує фахівця, який більш-менш орієнтується у професійних ситуаціях. Спроможний поставити і сформулювати завдання, але не завжди вміє вдало практично реалізувати задумане. Проявляє високу психічну саморегуляцію, емоційну стійкість. У веденні та оформленні документації припускається помилок. Відтворює основний обсяг навчального матеріалу, який допомагає розв'язувати навчальні завдання за зразком.

Четвертий рівень – спеціаліст, який частково володіє професійними знаннями і навичками. Проявляє невисокий рівень культури мислення і мовлення, етики поведінки. Проявляє нестійку психічну саморегуля-

цію, емоційну стійкість. Відсутні навички ведення та оформлення документації.

П'ятий рівень – фахівець не відповідає вимогам до спеціалістів правоохоронної галузі. Не вміє чітко орієнтуватися у професійних ситуаціях. Характеризується низьким рівнем культури загальної комунікативної культури, етики поведінки. Не спроможний формулювати і виконувати професійні завдання. Часто поведінка призводить до конфліктів у колективі.

Визначені рівні виразності професійної культури починають формуються ще під час навчання, під час аудиторної та позааудиторної діяльності, у різних видів практики. Тому, закономірно, що кожен наступний рівень особистісного становлення ґрунтується на попередньому, і, навпаки, попередній є пропедевтичним для формування нового (наступного). Під час професійного становлення дані рівні також продовжують активно розвиватися і формуватися вже безпосередня у виконанні своїх безпосередніх обов'язків і функцій.

УДК159.923-053.6

Шилова Н. І.,

*канд. психол. наук, старший викладач кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна*

СТРУКТУРА ЦІЛЬОВОЇ СПРЯМОВАНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Спрямованість особистості нерозривно пов'язана з цілями, заради яких вона діє, її мотивами і суб'єктивним ставленням до різних сторін дійсності. Цільова спрямованість особистості – це якісна ознака спрямованості як такої. Дане поняття має свою структуру, і розглядається в контексті двох вимірів: психологічно-індивідуального (спрямованість, самосвідомість, характер, психофізіологічні якості), діяльнісного (потребово-мотиваційні, інформаційно-пізнавальні, цілеутворювальні компоненти). Змістовна структура цільової спрямованості особистості перекликається з багатовимірною концепцією особистості О. П. Саннікової (формально-динамічний, змістовно-особистісний, соціально-імперативний рівні) та психологічною структурою особистості В. В. Рибалка, який виділяє три виміри: соціально-психолого-індивідуальний (вертикальний), діяльнісний (горизонтальний) та генетичний (віковий) вимір.

Змістовні складові цільової спрямованості розглядає А. А. Фурман у багатосферній структурі аксіосфери як предмета психологічного пізнання особистості. Він виділяє чотири компоненти (підсфери): потребо-

мотиваційний, діяльнісно-оперативний, ціннісно-смысловий, ціннісно-орієнтаційний.

Потребово-мотиваційні компоненти діяльнісного виміру цільової спрямованості особистості виконують роль вектор-шляху у розвитку даного явища. А. А. Фурман визначає їх як складну систему взаємозалежних компонентів, які знаходяться в ієрархічній супідрядності і складають потреби, інтерси, потяги, цілі, установки, ідеали.

Теорія мотивації А. Маслоу охоплює зміст потреб, їх ієрархічне положення відносно одне одної, показує їх зв'язок з мотиваційною сферою людини, спонукання її таким чином до діяльності. А. Маслоу визначає провідну роль мотивації у цілеспрямованості дії, адже саме вона є основою для організації стійкої діяльності, спрямованої на досягнення певної мети. Автор стверджує, що є нормальні умови життя в цивілізованому світі, ці умови дуже тісно пов'язані з базовими потребами, які і являють собою самі цілі. Такі базові потреби він згрупував у так звану піраміду.

Першим дослідником, який спеціально розглянув питання саме цільової спрямованості особистості є Я. В. Васильєв. Ярослав Васильович вперше визначив структуру та окреслив предметне поле цільової спрямованості особистості. Автор даної концепції зазначає, що одиницею психічної діяльності є ситуація, в результаті такого підходу був виявлений просторово-часовий континуум, завдяки якому до структури діяльності був введений недостатній компонент. Цей компонент залишився непоміченим як провідними засновниками теорії діяльності, так і їх наступниками. Цей компонент – предмет потреби. Саме цей предмет став виступати як об'єкт цільової спрямованості особистості, який об'єднує предметний зміст і динамічну напругу по його досягненню. Я. В. Васильєвим була розроблена оригінальна «Методика дослідження цільової спрямованості особистості», яка дозволила визначити рівневу структуру психічної діяльності, а також визначити пріоритет ситуацій майбутнього по відношенню до ситуацій теперішнього та минулого часу. Ярославом Васильовичем були виявлені риси особистості, що відповідають за постановку близьких, середніх та дальніх цілей. Віддаленість цілей, за Я. В. Васильєвим, викликане з позиції особистості: егоцентричну, раціональну та альтруїстичну.

Це положення про позиції особистості слід доповнити четвертою складовою – раціогуманістичною, яка визначається Г. О. Баллом, як ідея сучасного гуманізму. У світоглядному плані раціогуманізм визнає інтелектуальну культуру одним із найважливіших здобутків людства, а в аспекті людинознавства вимагає максимального використання цих знань у його гармонійній взаємодії з іншими складовими культури, на-

самперед для розширення знань про людину та їх гуманістично зорієнтованого практичного застосування.

Отже, цільова спрямованість визначається насамперед постановкою ясної цілі; при цьому мається на увазі не тільки усвідомлення того, чого варто досягти, але й уміння передбачати способи досягнення мети. Іншою особливістю є вміння людини підкоряти всі свої вчинки, дії й помисли обраній меті. Третьою особливістю є неухильне, стійке прагнення досягати поставлених цілей. Це прагнення проявляється в умінні тривалий час зберігати мету й організувати свою поведінку для її здійснення.

ЗМІСТ

Актуальні питання клінічної та теоретичної медицини

<i>Черно В. С., Клименко М. О., Френкель Ю. Д., Силенко О. О.</i> Анатомо-топографічні особливості дорсальної стрілової пазухи щурів.....	1
<i>Яковенко Н. О., Жук С. В., Гаврилюк І. М.</i> Особливості механізму передачі вірусних гепатитів С у дітей	3
<i>Ястремський В. В., Нужна О. К., Яковенко Н. О., Жук С. В., Тузова О. В.</i> Транспортний токоліз нітрогліцерином при поперечному положенні плоду з випадінням ручки плоду	5
<i>Козій М. С., Грищенко Г. В., Ілляшенко Ю. В., Соломко Д. А.</i> Особливості гістологічної будови міокарда серця людини в ембріональному періоді розвитку	7
<i>Невинський Ю. О., Невинський О. Г.</i> Дослідження ефективності вітчизняних композитних полімерних систем у стоматології	9
<i>Лук'янчук В. Д., Топольницька Г. А., Оглобліна М. В.</i> Принципи детоксикації організму за умов абсолютного передозування лікарськими засобами.....	11
<i>Зюзін В. О., Ларичева О. М., Черно В. С., Половенко Л. С., Зюзін Д. В.</i> Діагностика, профілактика та реабілітація метаболічного синдрому, поєданого із хронічним обструктивним захворюванням	13
<i>Зюзін В. О., Черно В. С., Половенко Л. С., Зюзін Д. В.</i> Соціально-економічні та екологічні аспекти здоров'я населення Миколаївської області та шляхи його покращення.....	15
<i>Ніколенко А. Є., Зак М. Ю., Фролов Ю. А.</i> Діагностика пограничних психічних розладів при ревматоїдному артриті у практиці сімейного лікаря.....	17

<i>Лебідь С. Г., Нєсеїна Г. В.</i> Інноваційні технології використання ДНК для зберігання цифрових даних	18
<i>Невинский О. Г., Орловская А. С.</i> К проблеме инъекций железосодержащих препаратов	20
<i>Горішній І. М., Фролов Ю. А., Зак М. Ю.</i> Хронічний вірусний гепатит В – аналіз лабораторних та ультразвукових методів досліджень	23
<i>Меша Л. О., Зак М. Ю., Фролов Ю. А.</i> Надмірна вага – неінфекційна епідемія в ХХІ столітті	24
<i>Шаїк І., Кіро Л. С.</i> The physiological role of atrial natriuretic hormone in the regulation of wather and electrolyte balance	26
<i>Головатюк В. Ю., Зак М. Ю., Фролов Ю. А.</i> Клініко-патогенетичні паралелі метаболічного синдрому і полікістозу яєчників у жінок репродуктивного віку	27
<i>Михайлова Т. М., Оглобліна М. В., Грищенко Г. В.</i> Рациональна антибиотикотерапія: принципи та рекомендації	30

Актуальні проблеми фізичного розвитку, зміцнення здоров'я та формування здорового способу життя у студентської молоді у вищих навчальних закладах

<i>Адамовіч Р. Г., Штефюк К. І., Кочін О. В.</i> Критерії контролю функціонального стану спортсменів, що займаються рукопашним боєм	33
<i>Біла А. А., Головаченко І. В.</i> Застосування приладу для психофізіологічних досліджень «ПФИ-2» у професійному відборі	35
<i>Бойченко О. В., Шуст О. М.</i> Розвиток фізичних якостей у студентів за допомогою інноваційного устаткування та рухливих ігор на заняттях з настільного тенісу	37
<i>Бондаренко І. Г., Бондаренко О. В., Крайник Т. М., Задирака Є. Б.</i> Необхідність залучення фізичних терапевтів України до співпраці з міжнародними організаціями	39

Вербицький В. А. Фізична рекреація в структурі вільного часу студентів	41
Кураса Г. О., Маср В. Я., Андриющенко М. І. Фізичне виховання в процесі самостійних занять футболом у студентів	43
Дзюбан О. В., Ісаєнко М. В. Сучасні погляди на організацію фізичного виховання у ЗВО України	46
Мінець М. О., Конопляник О. В. Рівень фізичного розвитку учнів санаторної школи-інтернату	48
Шуст О. М., Бойченко О. В. Баскетбол як модель сучасного життя	51
Петренко О. В. Контроль функціонального стану веслувальників методами психофізіології	53

Психологія саморозвитку та подолання стресових станів

Амплеєва О. М. Емоційний інтелект як чинник саморозвитку особистості	56
Астремська І. В. Специфіка професійного вигорання працівників сфери охорони здоров'я в Україні	58
Васильєва Г. В. Емоційна компетентність як фактор професійної компетентності у студентів психологів	59
Гусак В. М. До проблеми сучасного визначення професійно-психологічної культури соціальних працівників	61
Каневський В. І. Застосування ТАТ при дослідженні деяких характеристик парасуїцидальної особистості	63
Лукіна Н. Б. Розгляд феномену перфекціонізму в історичному аспекті	65
Хоржевська І. М. Означення рівня прояву професійної культури фахівця	67
Шилова Н. І. Структура цільової спрямованості особистості	69

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

Технічний редактор, комп'ютерна верстка *Н. Хасянова, Д. Кардаш*.
Друк, фальцювально-палітурні роботи *С. Волинець*.

Підп. до друку 28.05.2018.

Формат 60x84¹/₁₆. Папір офсет.

Гарнітура «Times New Roman». Друк ризограф.

Ум. друк. арк. 4,41. Обл.-вид. арк. 3,98.

Тираж 34 пр. Зам. № 5760.

Видавець та виготівник: ЧНУ ім. Петра Могили
54003, м. Миколаїв, вул. 68 Десанників, 10.

Тел.: 8 (0512) 50-03-32, 8 (0512) 76-55-81, e-mail: rector@chmnu.edu.ua.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6124 від 05.04.2018.

АДРЕСА ОРГКОМІТЕТУ:

**ОЛЬВІЙСЬКИЙ ФОРУМ – 2019:
СТРАТЕГІЇ КРАЇН ПРИЧОРНОМОРСЬКОГО РЕГІОНУ
В ГЕОПОЛІТИЧНОМУ ПРОСТОРИ**

XIII Міжнародна наукова конференція

Чорноморський національний університет
імені Петра Могили,
вул. 68 Десантників, 10,
м. Миколаїв, 54003, Україна

Тел.: 8 (0512) 50–03–32,

8 (0512) 76–55–81,

8 (0512) 76–55–99,

факс: 50–00–69, 50–03–33,

E-mail: avi@chmnu.edu.ua, rector@chmnu.edu.ua

