Міністерство освіти і науки України
Національна академія наук України
Південний науковий центр НАН та МОН України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Первинна профспілкова організація ЧНУ імені Петра Могили
Інститут української археографії та джерелознавства ім. М. С. Грушевського НАНУ
Державний архів Миколаївської області
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»
Державний аграрний університет Молдови (Кишинів)
Університет гуманітарних та природничих наук ім. Яна Длугоша (Польща)
Університет імені Адама Міцкевича (Польща)
Leipzig University of Applied Sciences (Німеччина)
Ca' Foscari University, Venice (Італія)

ОЛЬВІЙСЬКИЙ ФОРУМ – 2021: стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі

XV Міжнародна наукова конференція
10–13 червня 2021 р., м. Миколаїв

ТЕЗИ

Здоров'язберігальні технології та реабілітація у відновленні здоров'я населення.

Психологічні аспекти розвитку самоактуалізованої особистості.

Актуальні проблеми фізичного виховання на сучасному етапі

Миколаїв
2021

Ольвійський форум – 2021 : стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі : XV Міжнар. наук. конф. 10–13 червня 2021 р., м. Миколаїв : тези доп. : Здоров'язберігальні технології та реабілітація у відновленні здоров'я населення. Психологічні аспекти розвитку самоактуалізованої особистості. Актуальні проблеми фізичного виховання на сучасному етапі / Чорном. нац. ун-т ім. Петра Могили. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2021. –104 с.

© ЧНУ ім. Петра Могили, 2021

Секція.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ВІДНОВЛЕННІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Підсекція: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

УДК 616-092.18:616-002

Клименко М. О.,
д-р мед. наук, професор кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПОШКОДЖЕННЯ КЛІТИН – ЗАПАЛЕННЯ – ПОШКОДЖЕННЯ КЛІТИН

Як відомо, запалення – універсальна стереотипна реакція всього організму на його місцеве ушкодження, яке викликається зовнішніми та внутрішніми патогенними чинниками. У свою чергу, у процесі запалення відбувається пошкодження власних клітин та тканин організму – альтерація.

Донедавна виділяли тільки одну форму пошкодження та загибелі клітин – некроз. Термін «некроз» походить від грецького слова «nekros» – смерть. Це передчасна загибель і руйнування клітини в живому організмі. Під впливом несприятливих зовнішніх та внутрішніх факторів або у процесі запалення виникає порушення утворення енергії в клітині. Наслідком цього є зміни в цитоплазмі, розриви лізосом з виділенням активованих гідролітичних ферментів, що приводять до автолізу клітини і пошкодження оточуючої тканини. Це, у свою чергу, призводить до виникнення або посилення запалення.

Згодом було відкрито ще одну форму клітинної смерті – апоптоз (від грецьк. «apoptosis» – опадання листя, листопад). Це перш за все механізм відмирання клітин, що завершили свій життєвий цикл, смерті клітин «від старості», тобто механізм генетично детермінованої, запрограмованої загибелі клітин. Іншими словами, це фізіологічний механізм, за допомогою якого нормальні старі клітини видаляються з тканини та організму. Апоптоз є активним енергозалежним процесом. При цьому спочатку за рахунок активації нуклеаз відбувається пікноз і

фрагментація ядра з наступним викидом його з клітини і вторинним відмиранням цитоплазми. Активуються певні протеази (каспази), які проводять організоване розбирання цитоплазми – розподіляють та упаковують її вміст в оточені клітинною мембраною порції – апоптотичні тільця. Фрагменти ядра та апоптотичні тільця фагоцитуються макрофагами і, таким чином, видаляються з організму. Також шляхом апоптозу Т-лімфоцити-кілери руйнують чужорідні та власні інфіковані, пошкоджені та пухлинні клітини. Оскільки при апоптозі не відбувається виливу клітинного вмісту в оточуючу тканину, він не супроводжується її пошкодженням і виникненням запалення. В патології, в тому рахунку при запаленні, апоптоз посилюється.

За останній час з'ясовані ще інші механізми клітинної смерті, такі як автофагія, онкоз та піроптоз.

Автофагія, або автофагоцитоз, в перекладі з грецької означає «самопоїдання». Це, поряд з апоптозом, ще один механізм клітинної смерті, при якому немає некрозу та запалення. В клітині утворюються оточені мембраною везикули, що містять ділянки-мішені цитоплазми клітини, – фагосоми, або автофагічні вакуолі. У такий спосіб ці ділянки відокремлюються від решти цитоплазми. Потім везикула зливається з лізосомою – утворюється фаголізосома, і лізосомальні ферменти руйнують її вміст. Таким чином, клітина руйнує власний вміст за допомогою своїх лізосомальних ферментів. Як і апоптоз, автофагія – жорстко регульований процес. Вона є механізмом нормального росту та функціонування клітин, який підтримує баланс між синтезом та розщепленням речовин. Також у цей спосіб здійснюється перенесення внутрішньоклітинної інфекції, антигенів пухлинних клітин та власних змінених тканин з цитоплазми до лізосом, де вони руйнуються, а потім доставляються до молекул MHC-II, які презентують їх CD4 + Т-лімфоцитам, тобто відбуваються імунні реакції.

Онкоз (від грецького «oncos», що означає «набряк») – це механізм загибелі клітини, пов'язаний з її набряканням. Відбувається набрякання клітини, її органел, утворення випинань та підвищення проникності плазматичної мембрани, виснаження запасів клітинної енергії та порушення діяльності іонних каналів. Це призводить до зруйнування клітини та вивільнення її прозапального вмісту в оточуючу тканину, некрозу та запалення. Тому особливо онкоз спостерігається при дії токсичних речовин, що пригнічують утворення АТФ, або при патологічних процесах, які призводять до підвищеного споживання або втрачання організмом клітинної енергії.

Останній з описаних механізмів клітинної смерті – піроптоз (від грецького «pyro» – щось, що стосується пожежі або гарячки, «ptosis» –

опадання). Це шлях, який, як і апоптоз, залежить від активності каспаз, але, на відміну від апоптозу, який залежить від активності каспаз 3, 6 та 8, піроптоз пов'язаний з активацією каспази-1. Також, на відміну від апоптозу, це механізм, що веде до некрозу та запалення. Піроптоз характеризується швидким розривом плазматичної мембрани і, відповідно, виливом клітинного вмісту в оточуючу тканину. Це має значення у зруйнуванні інфекції, яка індукує піроптоз, але водночас викликає патологічний процес – запалення. Таким чином, при піроптозі розпізнавання організмом інфекції та виникнення запалення опосередковується активацією інфламасоми.

Отже, існують, принаймні, чотири різні біохімічні шляхи, патофізіологічні виходи та морфологічні прояви загибелі клітин. Два з них – апоптоз та автофагія – фізіологічні, спрямовані на підтримання нормального внутрішньоклітинного гомеостазу і не призводять до запалення. Інші два – онкоз та піроптоз – патологічні, полягають у вивільненні внутрішньоклітинного вмісту в оточуючу тканину, призводять до некрозу та запалення. У свою чергу, запалення теж викликає онкоз та піроптоз, а також посилення апоптозу і, певно, автофагії.

УДК 378.016-057.875-054.6:[577:811.111

Yaremchuk Olga,
Senior Lecturer of the Department of Medical Biology and Physics, Microbiology, Histology, Physiology and Pathophysiology,
Govindan Prithik,
3rd year student of the Medical Institute,
Yaremchuk Bogdan,
2nd year student of the Faculty of Philology,
Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolayiv, Ukraine

FEATURES OF TEACHING THE DISCIPLINE "MEDICAL AND BIOLOGICAL PHYSICS" FOR FOREIGN STUDENTS IN ENGLISHIN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS

A significant number of modern scientists are actively studying the peculiarities of methods of training foreign students, including in the field of physics and mathematics. In the works of such researchers as Gorban S., Kulish V., Kulishenko V., Kuznetsova O., etc., the methodological features of teaching physics and mathematics in higher education are studied. However, not enough attention is paid to the study of specific features of teaching these disciplines to foreign students.

The number of foreign students at PMBSNU, who study in English, is growing every year. Currently, the Medical Institute has 250 foreign students, most of whom are citizens of India, Africa and the Middle East, who have received secondary education in schools of their countries. When teaching the disciplines "Medical and Biological Physics" for such students, it is necessary to take into account the peculiarities of teaching such disciplines as physics and mathematics in secondary schools of the respective countries.

It should be noted that the level of knowledge and the amount of information that foreign students receive at home is very heterogeneous. In addition, the level of English proficiency of students is quite different, it is also necessary to take into account the fact that for most of them it is not their native language, as well as the fact that high school was their native language.

During the first academic year, foreign students adapt to the new requirements of the Ukrainian university system, new social living conditions, so the task of teachers in the first year of study is to bring the level of sociocultural, personal and educational development of foreign students to the level of Ukrainian freshmen. new conditions.

The algorithm for conducting a practical lesson in medical and biological physics is that the student in the previous lesson receives all the questions to prepare the next topic. During the practical lesson, the teacher checks the preparation of students through test control of knowledge, oral discussion of key issues, problem solving and laboratory work. Full correspondence of the number of study hours and the duration of classes in relation to Ukrainian-speaking groups is ensured.

The close connection of the topic of the lesson with the future professional activity of the students provides a stable motivation to study the discipline. Conducting practical classes in medical and biological physics, primarily involves practical tasks that would provide students with a clear understanding of the physical phenomenon that underlies the physical process and is the topic of the lesson and is directly related to its application in clinical practice. The teaching of physical and mathematical disciplines, in particular, medical and biological physics, must certainly provide a close link between a physical phenomenon or process and its application in medicine for the diagnosis, treatment and prevention of diseases. To facilitate the perception and understanding of physical phenomena or processes, it is advisable to use demonstration physical models, perform laboratory work with the processing of measurement results and the formation of conclusions. When explaining basic physical laws or phenomena, the teacher should focus students' attention on aspects related to medicine, which will definitely increase the motivation of foreign students

to study physics and mathematics, including medical and biological physics. There is a huge role of physics in the field of medicine that we use in almost all branches of medicine. It is essential for the students to learn physics. For instance, we can consider blood system. Blood system operates on the basic mechanics of fluid that relates hydrostatic and oncotic pressure. To understand this mechanism of fluids students must have basic knowledge about Physics and this could be achieved through practical classes.

In general, it should be noted that there is a tendency to reduce the basic level of trainingof foreign students and the general desire to study the disciplines of physics and mathematics. However, it should also be noted that English-speaking groups are formed of students from India, who usually have a higher level of knowledge of "Medical and Biological Physics" compared to foreign students from other countries, as well as students of Ukrainian-speaking groups. This is primarily due to the fact that these students are usually more motivated, as some are older and have a clear idea of why they need it.

Thus, conducting practical classes of Medical and Biological Physics is important for medical students.

УДК 614.4:616.981.136

Зюзін В. О.,
д-р мед. наук, професор,
Френкель Ю. Д.,
канд. мед. наук, доцент,
Мунтян Л. Я.,
канд. техн. наук, в.о. доцента,
Фролов Ю. А.,
д-р філософії з управління, старший викладач,
Зюзін Д. В.,
викладач,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ЛІСТЕРІОЗНА ІНФЕКЦІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Лістеріоз – убіквітарне інфекційне захворювання, дотепер маловідоме і недостатньо вивчене. В даний час лістеріозна інфекція становить одну з найбільш важливих проблем охорони здоров'я більшості розвинених країн. В даний час в Україні відсутні нормативні законодавчі акти про необхідність обов'язкової реєстрації захворювань лісте-

ріозом, що не дозволяє об'єктивно оцінити його поширеність, епідеміологічні і клінічні особливості, рівень соціального й економічного збитку, що наноситься лістеріозною інфекцією. У нашій країні не проводиться плановий бактеріологічний контроль харчових продуктів і сировини, тому невідомий рівень контамінації їх лістеріями, не розроблені методи лабораторних досліджень, недостатньо даних про циркуляцію лістерій у зовнішньому середовище.

Вирішення ряду актуальних проблем, пов'язаних з даною інфекцією можливо лише на базі подальшого вивчення шляхів поширення, патогенного потенціалу збудника, епідеміологічної і мікробіологічної характеристики лістеріозу.

Механізм зараження людини лістеріозом різноманітний:

– **аліментний** – при вживанні в їжу недостатньо термічно обробленого м'яса, сирого молока, овочів, води й інших інфікованих продуктів;

– **контактний** – при догляді за хворими тваринами чи при забої, коли від м'яса хворих тварин і птахів збудник проникає через ушкоджену шкіру і слизові оболонки;

– **аерогенний** – при обмолоті інфікованого зерна, при роботі із соломою, сіном, прибиранні приміщень, де містяться хворі тварини;

– **трансмісивний** – через укуси кровососущих комах.

Уперше лістеріоз у людини було зареєстровано у США в 1929 році. З цього часу випадки лістеріозної інфекції, підтверджені виділенням її збудника, з'являються регулярно у більшості країн світу. Останнім часом значно збільшилася кількість зареєстрованих випадків лістеріозу. В Україні лістеріоз серед людей реєструється з 1992 року.

Робоча група ВООЗ, розглянувши наукові дані про лістеріоз людини, зробила висновок, що зараження людини лістеріями відбувається переважно аліментарним шляхом, без участі тварин у циклі передачі. З'являються повідомлення про наростання числа виникнення в різних країнах групових захворювань лістеріозом в результаті вживання недоброякісних продуктів харчування. Клінічна картина лістеріозу в людини характеризується надзвичайним поліморфіозом, при цьому уражуються практично всі органи і тканини організму.

Захворювання розповсюджено серед всіх вікових груп населення, але переважно хворіють особи зі зниженою резистентністю: новонароджені, вагітні, літні люди, алкоголіки, хворі різними соматичними захворюваннями, ті, що одержували імунодепресанти і т.д. Можливе професійне зараження людей: ветеринарних працівників, працівників боєнь, м'ясокомбінатів і тваринницьких ферм.

Різноманітність клінічних форм лістеріозу пояснює його подібність з багатьма іншими захворюваннями: грипом, сальмонельозом, черевним тифом, паратифами, інфекційним мононуклеозом, дифтерією і т.п.

Профілактика лістеріозу полягає в проведенні ветеринарно-санітарних і санітарно-гігієнічних заходів у населених пунктах, у тваринницьких господарствах і підприємствах по переробці продуктів тваринного походження.

З огляду на те, що специфічна профілактика лістеріозу у людей не розроблена, а система заходів щодо епідеміологічного нагляду і профілактики лістеріозу в Україні знаходиться в стадії розробки, епіднагляд за лістеріозом повинен бути специфічний як за складом реалізованих заходів, так і значимістю. Це обумовлено біологічними характеристиками збудника, його екологією, клініко-імунологічними особливостями прояву інфекції в людини, а також епідеміологічними закономірностями поширення захворювання. Вирішення зазначених проблем можливо тільки шляхом подальшого вивчення епідеміологічних і мікробіологічних властивостей лістерій і шляхів їхнього поширення в Україні.

УДК 614.4:616.981

Зюзін В. О.,
д-р мед. наук, професор,
Френкель Ю. Д.,
канд. мед. наук, доцент,
Мунтян Л. Я.,
канд. техн. наук, в.о. доцента,
Фролов Ю. А.,
д-р філософії з управління, старший викладач,
Зюзін Д. В.,
викладач,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІСТЕРІОЗУ

У розвитку інфекційного процесу при лістеріозі велику роль грає не тільки збудник, але і стан макроорганізму. Захворювання виникає, якщо стан макроорганізму ослаблений якими-небудь екзо- чи ендогенними факторами, а при достатній його резистентності може розвиватися бактеріоносійство. Тільки близько 20% заражених хворіють лістеріозом у клінічно вираженій формі. Інкубаційний період при лістеріозі продовжується від 2 до 4 тижнів, при харчової лістеріозної токсикоінфекції скорочується до 1 тижня. Початок хвороби звичайно гострий. Раптово підвищується температура до +37 – +41 ^{o}C, озноб, з’являється головний біль, загальна слабкість, втрата апетиту, нудота, іноді блювота, біль в

м'язах і ломота в всьому тілі, порушується сон. Нерідко грипоподібні явища – нежить, чхання, кашель. Можливі болі при ковтанні і припухання лімфатичних вузлів, кон'юнктивіт (гіперемія, хворобливість, світлобоязнь, сльозотеча). Пропасний період триває в середньому від 7 до 14 днів, іноді скорочується до 3–7 днів чи подовжується до 15–22 днів.

Характер температурної реакції може бути різноманітний: ремітуючий, постійний, хвилеподібний. Температура знижується літично, рідко критично. При цьому у хворих відзначається ін'єкція склер, гіперемія шкіри обличчя, що вказує на порушення функції вегетативної нервової системи. Починаючі з 3–5 дня хвороби, на шкірі обличчя, руках і ногах, іноді на шиї можуть з'являтися висипання різного характеру (кореподібні, поліморфні, розеольозні, дрібно крапчасті, скарлатиноподібні, папульозні). Тримаються вони кілька днів і зникають до моменту зниження температури, нерідко залишають після себе пігментацією. У багатьох хворих відзначається підвищена пітливість. Периферичні лімфовузли, частіше шийні, рідше пахові, збільшені, болючі.

Збоку серцево-судинної системи відзначається брадикардія, приглушеність тонів серця, помірне зниження кров'яного тиску. Зміни органів дихання характеризується в одних катаральним станом верхніх дихальних шляхів (нежить, кашель чхання), в інших може бути бронхіт чи пневмонія. Іноді спостерігаються носові кровотечі. З боку органів травлення – язик обкладений біло-сірим нальотом, нерідко гіперемована задня стінка глотки. Типовим є ураження зіву з ангінами різного характеру (катаральна, фолікулярна, лакунарна, дифтерітична). Нальоти мають жовтуватий брудно-сірий колір і тримаються звичайно 6–10 днів. Хворі відчувають болі у правій клубовій ділянці. На 5–6 день хвороби звичайно помірно збільшується печінка і селезінка. У сечостатевій системі особливих змін не відзначається. Свідомість у більшості хворих ясна. Іноді можлива втрата свідомості з вираженим менінгіальним синдромом. Відзначається зрушення вліво формули крові за рахунок палочкоядерних нейтрофілів (від 7% до 10%), еозинофіли відсутні чи їх не більше 1%. Загальний рівень лейкоцитів може бути нормальним, зниженим чи підвищеним. ШОЕ нормальна чи трохи підвищена. У червоній крові зміни відсутні.

Від переважного ураження того чи іншого органа залежить характер клінічної картини захворювання. По тривалості захворювання виділяють гостру, підгостру, хронічну і затяжну форму інфекції.

Перебіг кожної форми може бути легким, середнім і важким. Клінічні форми лістеріозної інфекції різноманітні і при подальшому вивченні виявляються нові форми захворювання, різноманітність клінічних форм лістеріозу пояснює його подібність з багатьма іншими захво-

рюваннями: грипом, сальмонельозом, черевним тифом, паратифами, інфекційним мононуклеозом, дифтерією і т.п.

Правильна діагностика захворювання базується на обліку епідеміологічних даних, клінічної картини і лабораторних досліджень, яким приділяється провідне значення. З лабораторних методів дослідження для діагностики лістеріозу головним є метод виявлення лістерій у клінічному матеріалі від хворих.

Серед серологічних методів діагностики лістеріозу знайшли застосування реакція аглютинації (РА), реакція зв'язування комплементу (РЗК), реакція непрямої гемаглютинації (РНГА), імуноферментний аналіз (ІФА) і т.п. З'явився ряд принципово нових методів діагностики лістеріозної інфекції – використання полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) гібридизації ДНК (чи РНК), електро-магнітне виділення лістерій. Специфічні засоби лікування не розроблені. Хворим проводиться антибактеріальна терапія і патогенетичне лікування.

Госпіталізація хворих здійснюється в нашій країні за епідеміологічними і клінічними показаннями. Госпіталізації підлягають працюючі на харчових підприємствах і особи до них прирівняні, хворі зі середньо-тяжкою і тяжкою формою захворювання.

УДК 616–091.8

Козій М. С.,
д-р біол. наук, професор кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ГІСТОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ПЕЧІНКИ *HYPOPHTALMICHTHYS MOLITRIX* В ТРАНСФОРМОВАНИХ УМОВАХ ІСНУВАННЯ

Багатофакторний антропогенний вплив на гідросферу набув загрозливих масштабів, що в свою чергу породжує скорочення чисельності популяцій водної біоти. Організм гідробіонтів тваринного походження є потужним фактором акумуляції хімічних елементів в гідросфері. Незважаючи на те, що в даний час фактичний матеріал по вивченню структурно-функціональних особливостей різних представників іхтіофауни досить накопичений, вплив на організм риб інсектицидів нового покоління у відповідній літературі практично відсутній. Інсектицид «BULDOG» ES (ГДК 0,055 мг/л), як досить ефективний препарат широкого спектра дії, становить інтерес щодо вивчення особливостей реакцій органів-мішеней риб як відповідь на зміни умов існування в результаті трансформування акваторій активними грунтовими стоками.

Вивчення мікрорівневої організації печінки водних організмів представляє теоретичний інтерес і має практичну значимість. Дослідження найчастіше ведеться переважно в напрямку нормальної і патологічної гістології, а також цітокаріометріі, що передбачає використання трудомісткого, але вельми ефективного методу пластичної реконструкції органів. Обгрунтованість вибору медіальної зони печінки полягає в особливості контрасту гістологічної картини, що відбувається через зміщення клітинної функції.

Встановлено, що перш за все компенсаторно-пристосувальні зміни гепатоцитів проявляються у вигляді їх гіперфункції. Гіпертрофовані гепатоцити можуть характеризуватися не тільки збільшенням розміру клітини у порівнянні з нормою, а й збільшенням розміру ядра, що супроводжується також збільшенням кількості нуклеол.

В нормі синтез глікогену і ліпідів у гідробіонтів відбуваються з різною інтенсивністю. В умовах патології функції органу зміщуються, що призводить до вузької клітинної спеціалізації в межах окремо взятої зони. Спостереження показують, що найбільш поширеною морфологічною ознакою порушень є жирова дистрофія. У цитоплазмі гепатоцитів спостерігаються світлі незабарвлені, різної величини вакуолі. Дрібні вакуолі можуть зливатися, утворюючи більші, а потім і одну велику вакуоль, яка займає всю цитоплазму і зміщує ядро до периферії клітини. В окремих випадках, жирові вакуолі суміжних клітин, або самі клітини при злитті утворюють досить об’ємні жирові кісти. Зсув певної функції клітин супроводжується відповідними зрушеннями цитологічних характеристик.

Аналізуючи дані таблиці 1, можна зробити висновок, що збільшення площ клітин в 1,33 рази (що статистично достовірно) відповідно призводить до збільшення площ їх ядер (в 1,42 рази), що показує зміну характеру внутрішньоклітинного метаболізму. Перш за все, це виражається в відчутному зниженні (в 7 разів), і, практично, загасанні глікогеносекретуючей функції гепатоцитів. Звертає на себе увагу незначне збільшення значення відносини діаметра «ядерце/ядро» (в 1,1 рази), що свідчить про зміну клітинної функції, тобто про підвищення рівня синтезу ліпідів.

Необхідно відзначити, що подібного роду зміни можуть відбуватися у всіх без винятку органах. Вони завжди є наслідком відображення впливу негативних факторів на організм, і, як правило, служать своєрідним біологічним індикатором стану навколишнього середовища. Вивчення трансформацій на мікрорівні дає можливість своєчасно виявляти ступінь патології, що дозволить не тільки своєчасно вирішувати існуючі проблеми, а й знаходити адекватні методи їх попередження.

Таблиця 1

Динаміка зміни цітоструктури медіальної зони печінки Hypophtalmichthys molitrix в нормі та патології. M±n, n=8

Група	Показники				
	розмір клітин, мкм	розмір ядра, мкм	співвідношення діаметра ядро/клітина	співвідношення діаметра ядерце/ядро	кількість внутрикліт. порожнин, %
інтактна	7,63±1,17	3,40±0,05	0,44±0,43	0,44±0,35	9,60±3,25
дослідна	**10,16±2,41****	4,86±0,98	0,48±0,71	0,47±0,50	**1,37±0,77*****

*Примітка: **P<0,01; ***P<0,001*

УДК [615.234:616-006.6]:616-7

Харченко О. В.,
д-р мед. наук, професор,
Силенко О. О.,
старший викладач,
Гаврилюк І. М.,
завідувач анатомічної лабораторії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

РАННЯ ДІАГНОСТИКА РАКУ ШЛУНКА

Основною причиною смерті в розвинених країнах поряд із смертністю від серцево-судинних процесів і їх ускладнень є смертність від злоякісних пухлин, кількість яких постійно зростає. Рак шлунка щороку вражає 750–870 тис. чоловік в світі, на його частку припадає 10% від летальних випадків, обумовлених пухлинною патологією. Максимальний рівень захворюваності на рак шлунка в світі зареєстровано серед чоловіків Японії (114,7 на 100000), мінімальний – серед білих жінок США (3,7 на 100000). Високий рівень захворюваності раком шлунка зареєстровано в Китаї, Білорусі, Росії, Естонії, Латвії, Новій Зеландії.

В Україні рак шлунка займає 3-є (9,0%) місце в структурі онкопатології чоловіків і 6-е (5,6%) місце у жінок; в структурі онкосмертності він посідає 2-ге (11,8 і 9,3%) місце в обох групах. На сьогодні превалює метод діагностики раку шлунка «за принципом звертання», тому в

70% випадків діагностується розповсюджений пухлинний процес. У зв'язку з цим 5-річна виживаність хворих на рак шлунка не перевищує 13,8% в порівнянні з 50,0% в Японії.

Остаточним діагнозом серед значних можливостей клініко-інструментальних методів є гістологічний метод. Роль морфологічних досліджень в діагностиці пухлин зростає у зв'язку з удосконаленням їх методів. Лише комплексна морфологічна діагностика може об'єктивно веріфікувати діагноз і надати можливість більш докладно вибрати метод лікування.

Для визначення характеру пухлини звичайно достатньо гістологічних зрізів забарвлених гематоксиліном та еозином. Але більш детальна характеристика, диференційна діагностика та виявлення тканинної належності, а також ступеня катаплазії пухлин потребують застосування комплексу багатьох методик, що дозволяють виявити необхідні особливості для діагностики структури. Для цього застосовують гістохімічні, імуногістохімічні, а останніми роками і молекулярно-біологічні методи діагностики.

У багатьох випадках патологоанатом не має достатніх морфологічних даних для точної верифікації пухлини, а його висновок про злоякісність може бути лише передбаченим. Зазвичай він бачить під мікроскопом або нормальну тканину, або пухлинну, а при картині, яку визначають як передпухлинний процес, він не завжди має чіткі морфологічні ознаки для діагностики.

Процес формування пухлини, який, як відомо, в більшості випадків проходить низку етапів, що має прояви так званої дисплазії. Її важкі форми край близькі вже до малігнізації.

Найчастіше раки виникають на фоні патологічних процесів в органах і передпухлинних захворювань. Передраковими станами шлунка є хронічний атрофічний гастрит, як з ентеролізацією епітелію шлунка, так і без неї, поліпи і виразкова хвороба шлунка.

Серед хвороб шлунка, виразкова хвороба, досить поширене захворювання. Вважають, що на неї страждають приблизно 10% населення земної кулі, а фінансові витрати на її лікування рахують мільярдами доларів. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки трапляється в 4–13 разів частіше ніж виразкова хвороба шлунка.

Передумовами розвитку раку шлунка з хроннічної виразки шлунка прийнято вважати досліджувані в навколишній її слизовій оболонці змінення типу хронічного гастриту, що супроводжується дисрегенераторними процесами з утворенням дисплазій епітелію. Остання, особливо тяжкого ступеня, часто буває маркером існування поблизу ракової пухлини.

Складними для діагностики є виразково-інфільтративні раки шлунка. Їх диференційну діагностику утруднює те, що ракова пухлина

шлунка може, як і звичайна виразка, загоюватись, але таке загоювання рідко буває повним і спостерігається воно в 70% хворих на ранній рак. На місці виразкування може утворюватися звичайна грануляційна тканина і слизова оболонка. В ній знову проростає пухлина, яка скоро знову підлягає повторному виразкуванню. Через те, що рак шлунка росте порівняно повільно такі цикли можуть повторюватись неодноразово.

Отже, найбільш важливою задачею біопсії при виразковій хворобі є диференційна діагностика між дисплазією та раком. У зв'язку з цим гастробіопсії повинні бути тільки численними і взяті з дна та країв виразки та з різних регіонів шлунка не менше 4–6 шматочків. Але найнадійніший шлях диференційної діагностики – динамічне спостереження.

Дані літератури свідчать, що диференційна діагностика між тяжкою дисплазією та раком – одна з найбільш актуальних в сучасній онкології, але тільки методу гастробіопсії з подальшим гістологічним дослідженням біоптатів недостатньо для вирішення цієї найважливішої діагностичної проблеми. При виявленні в слизовій оболонці шлунка дисплазії епітелію тяжкого ступеня, мова може йти про дві можливості:

– перша – у хворого рак, що знаходиться по за зоною біопсії;
– друга – це передракові зміни в слизовій оболонці.

Гістологічний метод є обов'язковим методом морфологічної діагностики злоякісних пухлин, але у вирішенні диференційно-діагностичної проблеми між дисплазією і раком шлунка його роздільної здатності недостатньо.

Відомо, що злоякісна трансформація має певні перебудови в геномі клітин, це, в свою чергу, може бути виявлено при аналізі геномної ДНК.

Існує багато методичних підходів, які застосовуються для аналізу ДНК організмів, що дозволяють виявити окремі одиничні або множинні трансформації її структури, як на рівні поодиноких замін нуклеотидів, так і при значних перебудовах нуклеїнової кислоти.

На основі методу полімеразної ланцюгової реакції – ПЛР (PCR), що дозволяє «розмножити» ділянку ДНК приблизно в 109 разів, розроблена ціла низка методик аналізу ДНК.

Попередньою умовою для успішної розробки диференційно-діагностичної проблеми, є застосування молекулярно-біологічної методики ISSR-PCR в комплексі із морфологічними методиками дослідження слизової оболонки шлунка. Чутливість PCR відповідає ідентифікації однієї пухлинної клітини серед 10^5–10^7 клітин.

З'ясовано, що виразкова хвороба шлунка є одним із перших етапів канцерогенезу виразково-інфільтративного раку шлунка.

Доведено, що виразкова хвороба дванадцятипалої кишки також опосередковано обумовлює виникнення проліферативних та диспластичних змін слизової оболонки шлунка і може бути розглянута як один з етапів канцерогенезу.

Поряд із цим, за допомогою високочутливого молекулярно-біологічного методу ISSR-PCR в периферичній крові хворих із клініко-морфологічною виразково-інфільтративною формою раку шлунка категорії M_0, пухлинні клітини виявлені в 27,8%, що суттєво розширює обсяг діагностичних можливостей.

Спосіб на основі ISSR-PCR розрахований на чутливий та специфічний пошук пухлинних клітин, який дає можливість лікарю-патологоанатому диференціювати дисплазію від раку та виявляти пухлинні клітини в периферичній крові. Виявлені пухлинні клітини в периферичній крові вказують на підвищену здатність клітин первинної пухлини до дисемінування та раннє метастазування M_0. Необхідне проведення досліджень з виявлення пухлинних клітин в периферичній крові з метою визначення раннього метастазування та складання оптимальних схем лікування.

УДК 611:61.819

Черно В. С.,
д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри анатомії, клінічної анатомії та патоморфології,
Пшиченко В. В.,
канд. біол. наук, доцент (б.в.з.) кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізвології,
Гаврилюк І. М.,
завідувач лабораторії кафедри анатомії, клінічної анатомії та патоморфології,
Береза І. В.,
завідувач ЦНДЛ Медичного інституту, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

КРОВОПОСТАЧАННЯ СТІНОК ПАЗУХ ТВЕРДОЇ ОБОЛОНКИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ

Кровопостачання головного мозку та тканин, що оточують його відділи, представляють цілісну систему судин і водночас являють собою поєднання окремих морфо-функціональних відділів. Даний феномен можна пояснити низкою топографо-анатомічних особливостей: головний мозок розташований в черепі, що представляє герметично закриту кісткову коробку; особливе артеріальне кровопостачання головного мозку та ТОГМ; унікальна система пазушно-венозного дренування та чисельні анастомози з позачерепними структурами.

Загальновідомо, що артеріальні судини ТОГМ розміщуються у її поверхневих шарах. За це опосередковано свідчить наявність арте-

ріальних борозен на внутрішній поверхні кісток склепіння черепу, механізм утворення яких пов'язаний як з наповнення так пульсацією артерій та їх наслідком – атрофією кісткової тканини від тиску.

Метою нашої дослідницької роботи було встановити гістотопографічні особливості судин стінок венозних пазух ТОГМ та виявлення функціонального значення артерій стінок пазух ТОГМ.

Матеріалом служили пазушно-оболонкові комплекси, артеріальну судинну сітку яких через пластиковий катетер шприцем заповнювали сумішшю свинцевого сурику з желатином. Частину матеріалу для гістологічного дослідження фіксували в 1% розчині глютарового альдегіду і ущільнювали у епоксидну смолу «Епон – 812» за схемами, прийнятими у електронній мікроскопії. Напівтонкі зрізи забарвлювали 0,1 % розчином толуїдинового синього і досліджували під світловим мікроскопом. Іншу частину фіксували у 12% розчині нейтрального формаліну та після фіксації з окремих ділянок стінок пазух за загальноприйнятою методикою виготовляли парафінові тонкі зрізи, які забарвлювали гематоксиліном і еозином. При оглядовій мікроскопії отриманих препаратів ділянки тканин пазухи з пристінковими та внутрішньостінковими судинами фотографували цифровою камерою, встановленою на тринокулярному мікроскопі «ОРТІСА».

Результати. На отриманих препаратах ТОГМ нами чітко визначалися ін'єктовані артеріальні судини на зовнішній поверхні, які мали звивистий хід і напрямок розгалуження від основи черепа до склепіння. Судини безпосередньо прилягали до скляної пластинки кісток склепіння черепу. Уздовж кутів верхньої стрілової пазухи виявлялися анастомози між гілками передньої, середньої та задньої оболонкових артерій. Артеріальні анастомози, поєднуючись між собою, утворювали звивисті стовбури, які справа і зліва супроводжують верхню стрілову пазуху. Від зазначених артеріальних стовбурів відходили гілки до верхньої стінки та до бокових стінок пазухи.

Біля стінок пазухи у місця розщеплення листків, артерії змінюють свій хід та занурюються в глибокі відділи ТОГМ. Там вони найчастіше виявляються субендотеліально на зовнішній стінці пристінних пазух. Деякі артерії залягають поверхнево, а адвентиціальна оболонка артерій переходила у сполучну тканину стінок пазух. Данні судини відносяться до артерій еластичного типу. Завдяки наявності у їх просвіті барвника вони добре виявляються візуально. Напрямок гілок поперечний. Вони мають розвинені анастомози з аналогічними артеріями протилежного боку. Саме тому на верхній стінці верхньої стрілової пазухи утворюється стінкова артеріальна сітка. В бокових стінках пазухи артерії розташовуються переважно в середині сполучнотканинного шару.

Подібна організація артеріального кровотоку характерна і для поперечних пазух. Відрізняються лише джерела утворення стовбурів.

Пазухи основи черепу не містили у складі своїх стінок артеріальних сіток. Артеріальні судини розміщуються всередині сполучнотканинного шару. Отже, спочатку оболонкові артерії розміщуються у поверхневих відділах ТОГМ. Субендотеліальне розміщення артеріальної сітки в стінках верхньої стрілової і поперечної пазух, на наш погляд, обумовлюється розміщенням на стінках цих пазух розростань павутинної оболонки – грануляцій.

Підсумок. Субендотеліальне розміщення артеріальної сітки у стінках пазух пов'язане із самим розвитком колекторів.

Перспектива подальших досліджень полягає у встановленні особливостей топографії мікроциркуляторного русла не тільки у пристінкових, але і у пазух ТОГМ основи черепу.

УДК 378.018.43:611

Черно В. С.,
д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри анатомії, клінічної анатомії, патоморфології та судової медицини,
Харченко О. В.,
д-р мед. наук, професор кафедри анатомії, клінічної анатомії, патоморфології та судової медицини,
Нужна О. К.,
канд. мед. наук, доцент кафедри анатомії, клінічної анатомії, патоморфології та судової медицини,
Пшиченко В. В.,
канд. біол. наук, доцент (б.в.з.) кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізвології,
Заборовський В. І.,
викладач кафедри анатомії, клінічної анатомії, патоморфології та судової медицини,
Гаврилюк І. М.,
завідувач лабораторії кафедри анатомії, клінічної анатомії та патоморфології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ МОРФОЛОГІЧНИМ ДИСЦИПЛІНАМ В УМОВАХ ЛОКДАУНУ

Предмет «анатомії людини» посідає одне з провідних і важливих місць як традиційна фундаментально-теоретична та навчальна дисципліна, а як навчальний предмет є однією із важливіших навчальних дисциплін у вищих медичних навчальних закладах. Значення анатомії як

однієї з основ теоретичної медицини прекрасно розуміють вітчизняні вчені та лікарі, адже успішне засвоєння програмового матеріалу залежить не тільки від професійної майстерності викладачів, але й від старанності та раціональної підготовки студентів. Отже, формування майбутнього фахівця в процесі навчання – це становлення особистості студента засобами навчання з метою формування пізнавальних, практичних вмінь і навичок з певної галузі науки, необхідних для встановлення суспільних зв'язків і відносин з навколишнім світом.

Найбільш вдалим для сучасних умовах є платформа Moodle, якою ми використовуємо у своїй роботі, що надає простір та різні можливості для спільної роботи викладача і студентів. Їй доступні відстеження успішності, підтримка масової реєстрації з безпечною аутентифікацією, гнучкий інтерфейс з можливістю конфігурації макетів та дизайну окремих сторінок. Платформу можна інтегрувати з великою кількістю програмного забезпечення, включаючи інструменти для спілкування, спільної роботи, управління документами та інші додатки для підвищення її продуктивності. Не менш важливою складовою дистанційного навчання є спілкування студентів між собою: виконання завдань у групах, проведення семінарів та дискусій у режимі он-лайн (Skype та Zoom).

Таким чином сучасне дистанційне навчання повинно передбачати організацію навчального процесу окрім самостійного опанування, обов'язкове ведення діалогу за допомогою засобів телекомунікації. Без усіх цих інтерактивних форм навчання та спілкування процес вивчення курсу Анатомії людини на відстані став би неможливим або недостатньо ефективним.

Анатомія формує міцну основу знань у студента-медика для подальшої професійної компетенції у всіх медичних спеціальностях та дозволяють інтегровано у будь-які ситуації пов'язати діагностику з прогнозуванням та лікуванням хвороб. Зрозуміло, що від якості організації її викладання залежить доля студента під час виконання «Кроків -1, 2, 3», та рівня професійної діяльності.

Серед основних проблем організації дистанційного вивчення Анатомії людини варто виділити психологічну і «комп'ютерну» непідготовленість викладачів, адже чисельність фахівців, що належать до покоління, що навчалось без інформаційних технологій та пов'язано з традиційною методикою навчання, яка передбачає не віртуальне, а «живе» спілкування між студентом і викладачем.

Наступною перепоною можуть виступати значні грошові витрати для університету, адже потрібно оновлювати матеріальну базу, комп'ютерну техніку, виділяти приміщення, забезпечувати доступ до Інтернет викладачів та ін. Раніш до проблем цієї групи відносили і скрутне матеріальне-технічне становище студентського осередку, однак останні соціологічні опитування студентської молоді показують

лише поодинокі випадки де причиною низької успішності була відсутність комп'ютерного обладнання, або ресурсів. Слід зазначити, що і до сьогодні якість сучасного зв'язку була задовільною (замала швидкість, звукові та відео- порушення, профілактичні засоби, тощо).

Після подолання та опанування проблем технічного характеру гостро встає питання удосконалення реальності презентованого матеріалу, пов'язаного з демонстрацією в якості навчального макропрепарату органів людини. Як відомо в останні роки використання у навчальному процесі анатомічних наочних засобів були обмежені низкою юридично-етичних постанов та неврегульованістю забору, виготовлення та зберігання останнього.

Ми вважаємо, що наступним вдосконаленим кроком у викладанні Анатомії людини стає виготовлення відеофільмів за програмою навчання даної дисципліни. Ми переконані, що знятий нативний матеріал органів людини з навчальною демонстрацією викладачем занурює студентів у віртуальний анатомічний театр, який не здатні замінити схеми, малюнки та анатомічні муляжі. В деякий великих медичних університетах України з'явились поодинокі «синтетичні трупи» людини, але їхня багатомільйонна вартість та недовготривалість користування обмежують повсякденну демонстрацію і є «бомбою» для гостів закладу.

Звісно для здійснення власного відео-продукту потрібна і мотиваційна компонента і відповідне обладнання. В інтернет-мережі таких фільмів стає все більше, однак їх мало українською мовою та і отриманий продукт часто низької якості. Тому наступним провідним матеріалом в удосконаленні дистанційного навчання стає відеоматеріал, створений власним колективом кожної морфологічної кафедри. Завдяки проведеному дистанційному навчанню з використання деяких відеопрезентацій нативних препаратів з музею анатомії людини студенти-медики в умовах карантину отримували регулярно необхідну інформацію що до викладених тем з анатомії людини як в он-лайн, так і в офлайн режими. Лекції було додано в MOODLE 3 та озвучені у програмах Skype або Zoom згідно розкладу в відкритому доступі.

Висновки: завдяки використаним програмам MOODLE3, Skype та Zoom був продовжений учбовий семестр серед студентів медичного інституту з анатомії людини, незважаючи на карантині умови. Комп'ютерні програми дозволяють проводити заняття з анатомії людини як візуально так і аудіально, але при повній відсутності сенситивного та психоемоційного зв'язку між студентами та викладачем. Саме використання раніш знятого матеріалу нативних препаратів дозволяло реально досягати поставлених цілей. Слід вважати цю практику використання та викладання учбового матеріалу, як додаткову, тому що викладена інформація не є конфіденційною, дуже часто відбувається з порушеннями інтернет-зв'язку та заняття виглядають не академічно.

УДК 616.36-089.843+616.831

Стоянов О. М.,
д-р мед. наук, професор кафедри неврології і нейрохірургії,
Герцев В. М.,
доцент кафедри неврології і нейрохірургії,
ОНМедУ, м. Одеса, Україна,
Андреєва Т. О.,
молодший науковий співробітник,
НДІ медицини транспорту, м. Одеса, Україна

ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ОБОРОТНОЇ ЗАДНЬОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Актуальність теми. Синдром оборотної задньої лейкоенцефалопатії був описаний J. Hinchey з співавторами після спостереження за хворими з гостро розвинувшимся оборотним симптомокомплексом, що включав в себе головний біль, психічні порушення, епілептичні напади, порушення зору, частіше за типом коркової сліпоти, а також набряк головного мозку задньої локалізації за даними нейровізуалізації (Hinchey J et al. 1996). В описаних випадках синдром виникав на тлі лікування імуносупресорами, інтерфероном, при еклампсії, хворобах нирок і, як правило, супроводжувався гострим підвищенням артеріального тиску. Корекція артеріального тиску, скасування або зменшення дози імуносупресорів приводили до регресу неврологічних розладів протягом двох тижнів. Пізніше з'явилися повідомлення про виникнення цього синдрому при еклампсії, прееклампсії, трансплантації органів, сепсисі, хіміотерапії, аутоімунних захворюваннях і т.п. У сучасних публікаціях, заснованих на статистично значущому матеріалі, було зазначено, що практично у третини пацієнтів зберігається істотний незворотний неврологічний дефіцит, а також можливий навіть летальний ісход (Legriel S et al. 2012 Liman TG et al. 2014). У зв'язку з викладеним вище особливого значення набуває пошук ефективних методів лікування цього захворювання.

Під нашим спостереженням перебувала пацієнтка з гінекологічного відділення з аномальною маточною кровотечею, анемією тяжкого ступеня, антифосфоліпідним синдромом, системним червоний вовчаком, у якій до надходження у відділення розвинулася серія первинно-генералізованих епіприступів, з приводу яких вона лікувалася з основним діагнозом: хронічна залізодефіцитна анемія важкого ступеня (гемоглобін 56,0 г/л), відкоригована гемотрансфузією одногрупних еритроцитів. Після серії первинно-генералізованих епіприступів був призначений Вальпроком, досягнутий медикаментозний контроль над на-

падами. Супутній діагноз: системний червоний вовчак, акт. III ст., Позитивна по ANA-ат до гістонів, важкий вторинний антифосфоліпідний синдром, катастрофічний за типом мікротромбоангіопатії, рецидивні тромбози н / к (2009). Множинні лакунарні ішемічні інсульти різного ступеня давності (за даними МРТ головного мозку) без клінічних проявів, NIHSS – 0 балів. Нефрит. ХХН 3б. Порушення оваріально-менструального циклу. Наботові кісти. МРТ головного мозку: МР-ознаки множинних вогнищ ішемії субкортикально і конвекситально в лобно-скронево-тім'яних долях обох гемісфер. Нерівномірне розширення конвекситальних ліквoрних просторів в лобно-скронево-тім'яних відділах. Через два тижні у пацієнтки розвинулася двостороння кіркова сліпота (з збереженням реакцій зіниць на світло), гострота зору дорівнювала світовідчуттю.

Неврологічний статус: Свідомість ясна (за ШКГ – 15 балів). Менінгеальних знаків немає. Нюх не порушено. Двостороння сліпота. Офтальмодінаміка в повному обсязі. Зіниці D = S. Фотореакції живі з двох сторін. Лице симетричне, функція мімічної мускулатури не порушена. Чутливість на обличчі не порушена. З боку каудальної групи черепних нервів без ознак патології. Сухожильні і періостальні рефлекси D = S, живі на руках і ногах. Патологічних кистьових і стопних знаків немає. М'язова сила в кінцівках достатня. Тонус м'язів не змінений. Координація не порушена. Ністагму немає. Функція тазових резервуарів в нормі. Субкортикальних рефлексів немає. Симптоми Хвостека і Труссо негативні. Патологічної псіхопродукції не виявлено. На КТ від 10.03.2020 року КТ-картина на користь невеликого інфаркту правої тім'яної частки коркової локалізації. МРТ від 11.03.2020 року: Висновок: МР-картина патологічних ділянок в тім'яно-потиличних відділах обох гемісфер, що може відповідати синдрому задньої оборотної енцефалопатії. Дуплексне сканування не виявило порушень кровотоку в басейні церебральних артерій. Вміст іонізованого кальцію – 1,3 ммоль / л, магнію – 0,86 ммоль / л.

В результаті проведеної диференціальної діагностики нами був виставлений діагноз: синдром задньої оборотної енцефалопатії (PRES-syndrome). У комплексі медикаментозного лікування був призначений семакс 0,1 % по 4 краплі в кожну ніздрю три рази на добу. В результаті проведеного лікування, до моменту виписки з відділення гострота зору пацієнтки відновилася до 0,9 при вихідних показниках в 1,0 до початку захворювання.

Висновки:

1. Застосування препарату «семакс» в комплексному лікуванні синдрому задньої оборотної енцефалопатії може бути ефективним.

2. З метою подальшої оцінки клінічної ефективності застосування даного препарату для лікування цього синдрому рекомендоване проведення подвійних сліпих мультицентричних рандомізованих досліджень.

УДК 612.4:612.826.33:611.73

Гільмутдінова М. Ш.,
канд. біол. наук, старший викладач кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗНИКА ДЛЯ ОЦІНКИ ОКСИДАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У СКЕЛЕТНІЙ М'ЯЗОВІЙ ТКАНИНІ

Встановлено, що різноманітні стресові чинники можуть призвести до зростання рівня вільних радикалів і порушення прооксидантно-антиоксидантного балансу, внаслідок чого виникає оксидативний стрес, що лежить в основі розвитку багатьох патологічних процесів. Доведено, що антиоксиданти здатні зменшити негативні наслідки стресу, а одним з найпотужніших антиоксидантів є гормон епіфіза мелатонін, який зв'язує вільні радикали і запускає природні системи антиоксидантного захисту. Відомо, що рівень вказаного гормону залежить від режиму освітлення. В свою чергу зміни режиму освітлення можуть бути причиною порушення епіфізарних функцій і розвитку патологічних станів. На сучасному етапі обмеження або надлишок рухової активності, а також зміни світлового режиму розглядаються як потужні стресові фактори, що можуть викликати різноспрямовані зміни у функціонуванні організму.

Метою дослідження було оцінити оксидативні процеси у скелетній м'язовій тканині (на прикладі чотирьохголового м'яза стегна) за допомогою методу розрахунку коефіцієнта оксидативного стресу (КОС). В експериментальних дослідженнях були використані самці щурів лінії Wistar, які були розділені на 9 груп. Тварини першої (інтактної) групи утримувались протягом 30 діб у стандартних умовах утримання та годування; тварини другої групи знаходились в умовах цілодобового освітлення; тварини третьої групи знаходились в умовах цілодобової світлової депривациї на тлі введення мелатоніна; у тварин четвертої групи моделювали іммобілізацію; у тварин п'ятої групи моделювали надмірні фізичні навантаження; у тварин шостої групи комбінували цілодобове освітлення з іммобілізацією; у тварин сьомої групи комбінували цілодобове освітлення з надмірними фізичними навантаження-

ми; у тварин восьмої групи комбінували світлову депривацію на тлі введення мелатоніна з іммобілізацією; у тварин дев'ятої групи комбінували світлову депривацію на тлі введення мелатоніна з надмірними фізичними навантаженнями.

Для оцінки ступеня вираженості прооксидантних процесів та стану антиоксидантної системи використовували метод оцінки оксидативного стресу за допомогою розрахунку інтегрального показника КОС по співвідношенню концентрації продуктів пероксидного окиснення ліпідів до факторів антиоксидантного захисту. Розрахунок проводили за формулою для кожної окремо взятої піддослідної тварини. У нормі коефіцієнт оксидативного стресу наближається до умовної 1 (в інтактній групі). Значення КОС більше 1 розглядали як наростання ступеня оксидативного стресу. Чим більше величина КОС, тим більш інтенсивно протікають процеси пероксидації ліпідів і менш ефективна робота системи антиоксидантного захисту для кожної тварини.

У всіх дослідних групах спостерігається підвищення вищезазначеного коефіцієнта порівняно з інтактною групою. Для тварин другої групи КОС становить 2,15, для третьої – 2,09, для четвертої – 1,47, для п'ятої – 2,22, для шостої – 2,51, для сьомої – 3,12, для восьмої – 2,49, для дев'ятої – 4,22. Отримані результати вказують на наростання ступеня оксидативного стресу у вищезазначених групах, що може свідчити про зсув рівноваги прооксидантно-антиоксидантної системи у бік вільнорадикальних процесів, переважання процесів пероксидації на фоні зниження активності антиоксидантного захисту.

УДК 618.1-002

Корольова О. В.,
канд. біол. наук, доцент, завідувач кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології,
Половенко Л. С.,
викладач кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

РОЛЬ БІОПЛІВОК *CANDIDA ALBICANS* У ВИНИКНЕННІ РЕЦИДИВУЮЧОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ

Біоплівка – це угрупування мікроорганізмів, розміщених у матриксі синтезованих ними ж полімерних речовин, прикріплених до біотичної чи абіотичної поверхні та частково з'єднаних між собою. Мікроорганіз-

ми у складі біоплівки мають змінений фенотип, параметри росту та експресують специфічні гени, що відрізняє їх від форм, вирощуваних на поживному середовищі. До того ж, властивості «біоплівкового» мікроорганізму зберігаються деякий час навіть після вивільнення клітини у планктонну, або вільну форму. Знаходячись у складі даного формування, клітини патогенних мікроорганізмів можуть обмінюватися R-плазмідами, що в подальшому веде до виникнення антибіотикорезистентних штамів, речовини матриксу пригнічують функціонування клітин імунної системи, – у зв'язку з чим складаються всі умови для хроніфікації захворювань.

Candida albicans не входить до складу нормальної мікрофлори піхви, але здатна колонізувати слизову оболонку та призводити до безсимптомного носійства, і досить часто – до 20% (Савичева А. М., Шипицина Е. В., 2015). Даний стан в подальшому може бути початком у виникненні вагінального кандидозу, вульвовагініту, молочниці.

Вагінальний кандидоз є одним з найбільш поширених захворювань статевих органів жінок репродуктивного віку – до 70–75% пацієнток мали дане захворювання, а до 10% вимушені жити з рецидивуючою формою вульвовагініту, – 4 та більше епізодів на рік (Савичева А. М., Шипицина Е. В., 2015). Кандидозний вульвовагініт не належить до захворювань, які поширюються статевим шляхом, проте інколи може призводити до виникнення кандидозного баланопоститу у чоловіка – статевого партнера хворої жінки. При дослідженні виділень з піхви найчастіше ідентифікують у якості інфекційного агента саме *C. albicans* – 70–90%, 30–10% становлять інші види кандид: *C. glabrata, C. tropicalis, C. krusei, C. parapsilosis*. Виникнення біоплівок та епітеліальна інвазія призводять до місцевих запальних реакцій, гістопатологічних змін в епітеліальних клітинах, виникнення мікроабсцесів, що супроводжується вираженою клінічною симптоматикою.

Клінічні штами *C. albicans* здатні до формування абіотичних біоплівок, використовуючи у якості основи пластиковий або металічний субстрат, наприклад, внутрішньоматкову спіраль, та біотичних – які утворюються на поверхні та всередині епітеліального шару піхви. Біотичні плівки вважаються більш важливими при формуванні патогенезу рецидивуючого кандидозного вульвовагініту, так як більшість пацієнток страждають від рецидивів не маючи в анамнезі імплантації внутрішньоматкової спіралі, або ж вже після видалення її (Sherry et al., 2017).

При проведенні тестування на чутливість до протигрибкових препаратів було використано клінічні ізоляти *C. albicans*, які вирощувалися в різних режимах: планктонні клітини, абіотичні біоплівки на основі мікропланшетів та біотичні біоплівки, які виросли на епітеліальному шарі. У якості протигрибкового агенту використовували амфотерицин,

ністатин та клотримазол. Якщо рівень pH знаходився на рівні 7,2 всі зразки демонстрували чутливість, але при кандидозному вульвовагініті pH піхви становить 4,0, що ми маємо враховувати при лікуванні. При зниженні рівня pH змінювалася чутливість до ністатину та клотримазолу – МІК збільшилася в 4–16 разів. Найбільшу стійкість до вказаних протигрибкових агентів виявляли біотичні біоплівки (Xueqing Wu et all, 2020). Також були виявлені персистуючі клітини, які знаходились в усіх трьох типах зразків – планктонних зразках, абіотичних та біотичних біоплівках. Ці клітини не знищуються робочою концентрацією протигрибкових засобів, більш того, вони демонструють дуже високу резистентність та можуть бути головним чинником у виникненні хронічних та рецидивуючих інфекцій.

При вирощуванні планктонних культур у логарифмічній фазі кількість персистуючих клітин була дуже низькою – 0,0001–0,0008%. Абіотичні біоплівки продукують 0,05–1% персистуючих клітин, в залежності від штаму та типу субстрату. Біотична біоплівка, що має за основу епітелій піхви, здатна формувати 0,6–3,3% персистуючих клітин від загальної кількості, що значно вище, ніж в інших зразках (Xu et al., 2019).

Таким чином, біотичні біоплівки є найбільш сприятливим середовищем для формування персистуючих клітин, які, в свою чергу, зумовлюють рецидивуючий перебіг інфекції, і враховуючи актуальність проблеми наявності даного захворювання, у світлі даних про формування біоплівок патогенними мікроорганізмами, що значно впливає на перебіг захворювання та процес лікування, вважаємо, що дане питання заслуговує на всебічний розгляд та проведення додаткових досліджень.

УДК 615.276-49.5(043.2)

Оглобліна М. В.,
канд. фарм. наук, доцент, завідувач кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна,
Михайлова Т. М.,
Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України»

ПРОФІЛЬ БЕЗПЕКИ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ

Вступ. Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) – універсальний клас лікарських засобів, які відрізняються високою ефективністю і відносною безпекою. Вони впливають на такі основні прояви патологіч-

них процесів, як біль, запалення, лихоманка, агрегація тромбоцитів та ін. НПЗЗ суттєво покращують якість життя хворих з хронічними захворюваннями суглобів і займають провідне місце в терапії гострого і хронічного болю різної природи. Унікальною властивістю протизапальних лікарських засобів (ЛЗ) є можливість при тривалому профілактичному прийомі знижувати ризик розвитку судинних катастроф і онкологічних захворювань. Тому НПЗЗ найбільш широко серед всіх лікарських засобів використовуються в клінічній практиці та повсякденному житті. При цьому актуальною проблемою будь-якої проведеної фармакотерапії є вибір не тільки найбільш ефективного, але і найбільш безпечного лікарського засобу.

Методи дослідження. Використані методи аналізу, систематизації та узагальнення інформації.

Результати дослідження. За даними ВООЗ, близько 20% населення нашої планети регулярно приймають НПЗЗ. При цьому 70–80% пацієнтів визнають їх високу ефективність при різних захворювань. НПЗЗ призначають приблизно 20% стаціонарним хворим, які страждають різними захворюваннями внутрішніх органів і опорно-рухового апарату. Щорічно у всьому світі виписують більше ніж 500 млн. рецептів на НПЗЗ. Деякі дослідники вважають, що частота застосування хворими НПЗЗ без рецепта, виписаного лікарем, приблизно в 7 разів перевищує таку за призначенням фахівця. Щодня будь-які НПЗЗ приймають 30–40 млн. людей, причому 6% з них – більше 9 місяців на рік. Слід зазначити, що на думку фахівців, у міру старіння популяції це число буде тільки рости.

Незважаючи на великий досвід застосування даних лікарських засобів, досить часто при їх використанні розвиваються побічні ефекти, які в цілому зустрічаються приблизно у 1/3 хворих, і в 5% випадків представляють серйозну загрозу для життя. Так, за даними департаменту фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України, НПЗЗ посідають 3 місце за чисельністю побічних реакцій. Прояви побічних реакцій, що виникають при застосування НПЗЗ розподіляються таким чином: гастро-інтестинальна токсичність – до 50%; кардіоваскулярні, тромботичні випадки частіше спостерігаємо при використанні ЦОГ-2 – 1–5%; гепатотоксичність – 1–5%; нефротоксичність – 1–5%; ототоксичність, особливо разом з аміноглікозидними антибіотиками, фуросемідом та іншими ототоксичними ЛЗ) – 1–5%; ураження ЦНС – 1–5%; дерматотоксичність – 0,1%; загострення бронхіальної астми

<1%; хондротоксичність <1%; панкреатотоксичність <1%; репродуктивна токсичність <1%.

Вибір того або іншого НПЗЗ залежить від багатьох факторів: з боку самого препарату (ефективність, толерантність, безпека, зручність дозування, форма випуску, ціна) і з боку пацієнта (індивідуальна чутливість, основні захворювання, вік, супутні захворювання, переносимось інших ЛЗ).

Слід зауважити, що пацієнтів без чинників ризику в реальній клінічній практиці майже не існує. Так, наприклад, поширеними чинниками, що підвищують ризик шлунково-кишкових ускладнень терапії НПЗЗ, є вік, куріння, чоловіча стать, зловживання алкоголем, інфікування Helicobacter pylori. Хворі віком від 60 років автоматично потрапляють до групи помірного ризику: багато хто з них приймають високі дози НПЗЗ, ацетилсаліцилову кислоту, глюкокортикоїди, антикоагулянти, мають виразкову хворобу в анамнезі. Натомість наявність в анамнезі виразкової хвороби в поєднанні з двома та більше додатковими чинниками ризику автоматично зараховує пацієнта до групи високого ризику розвитку гастроінтестинальних ускладнень.

Поява нової групи селективних інгібіторів циклооксигенази-2 дозволила знизити число ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту. Але виявилося, що ці ліки можуть викликати різні серйозні небажані ефекти з боку серцево-судинної системи: від дестабілізації артеріального тиску до інфаркту міокарда, цереброваскулярних ішемічних розладів і раптової коронарної смерті. Імовірність розвитку серйозних небажаних кардіоваскулярних явищ пов’язана з наявністю чинників ризику: діагностовані кардіологічні захворювання, зокрема артеріальна гіпертензія, надмірна маса тіла, куріння, порушення ліпідного обміну, цукровий діабет, тромбози периферичних судин, оперативні втручання на серці й судинах.

Висновки. Одже, численні побічні реакції НПЗЗ, у першу чергу з боку шлунково-кишкового тракту, майже до таких загрозливих життю, як шлунково-кишкові кровотечі, перфорації та виразкові утворення є одним з визначальних чинників у виборі того чи іншого препарату. Призначення НПЗЗ потребує детального вивчення анамнезу хвороби, аналізу результатів обстежень кожного конкретного пацієнта, а лікар повинен ретельно зважити очікувану користь від їх терапевтичного застосування і можливий ризик потенційних побічних ефектів.

УДК 591.481.3

Пшиченко В. В.,
канд. біол. наук, доцент (б.в.з.) кафедри
медичної біології та фізики, мікробіології,
гістології, фізіології та патофізіології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕПІФІЗУ ЩУРІВ В УМОВАХ ГІПОТЕРМІЇ

Організм сучасної людини щоденно піддається негативним впливам зовнішнього середовища, що призводить до постійного адаптаційного синдрому. Одним із найпоширеніших негативних факторів оточуючого середовища є гіпотермія. За даними літературних джерел гіпотермія та супутні холодові травми є однією із найактуальніших проблем сучасної медицини. За даними статистики в Україні від переохолодження щороку страждає понад 12 тисяч людей, для 10 % із яких переохолодження має летальні наслідки. Охолодження тіла є подразником стресового типу, на тлі якого відбуваються реактивні зміни морфології і порушення функціонального стану практично всіх внутрішніх органів та активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи. Численними експериментальними дослідженнями встановлено, що для епіфізу характерна висока уразливість до дії різноманітних чинників екзогенної і ендогенної природи. Водночас, цей орган є головною та найефективнішою ланкою адаптації до дії чинників стресової природи, що відповідає за забезпечення механізмів адаптації та запуск стресової реакції, шляхом посилення синтезу гормону мелатоніну.

Тому **метою** нашого дослідження було встановити особливості морфо функціональної реорганізації структурних компонентів паренхіми епіфізу лабораторних щурів при експериментально модельованій гіпотермії.

Матеріал і методи дослідження. Сумарно у всіх групах дослідження було використано 16 білих самців лабораторних щурів лінії Вістар. Усі досліджувані тварини мали масу тіла у межах 200–230 гр. Тварини утримувались у стандартних умовах віварію, з вільним доступом до води та їжі. Відповідно до поставленої мети роботи та завдань піддослідні тварини були поділені на три групи дослідження: контрольну та дослідну. І група – контрольна сформована тваринами, що упродовж зазначеного терміну проведення експерименту перебували у

стандартних умовах віварію без здійснювання додаткових маніпуляцій. Тварини були піддані евтаназії одночасно з групами дослідних тварин для визначення контрольних маркерів. **II група** – дослідна група. Тварини даної групи піддавалися впливу загальної гіпотермії. З цією метою щурів поміщали у холодову камеру терміном на 15 хвилин. Температура у камері підтримувалась на рівні 4°С. З метою досягнення стану хронічного стресу подібні маніпуляції здійснювались протягом 10 діб. Виведення тварин з експерименту відбувалося в чіткій відповідності до вимог етичних вимог.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз стану структурних елементів паренхіми епіфіза тварин вказує на специфічні зміни. При мікроскопічному дослідженні виявлено зміни у співвідношенні між світлими та темними пінеалоцитами, тобто між активною і неактивною формою клітин. Встановлено, що кількість світлих клітин порівняно з показниками інтактної групи щурів зменшується на 25,25 %. Водночас спостерігається збільшення вмісту темних клітин, на відповідний показник, що вказує на можливий перехід світлих клітин до групи темних. Зміни у співвідношення двох типів пінеалоцитів свідчать про зниження функціональної активності епіфізу.

Встановлені і зміни у щільності розташування клітин в паренхімі залози. Так, якщо у контрольної групи тварин кількість клітин в одному полі зору мікроскопу становила 125,4 ± 14,0, то у групі тварин, що перебували за умов впливу гіпотермії, кількість пінеалоцитів в одному полі зору мікроскопу становила 79,8 ± 15,1.Зменшення щільності розташування клітин можна пояснити наявністю великої кількості вакуолей та клітин зі збільшеним обсягом цитоплазми, за рахунок яких збільшується відстань між пінеальними клітинами. Вакуолі являють собою пінеалоцити, які функціонували з підвищеним навантаженням і як наслідок в них розвилися спочатку процеси каріорексису та каріолізису, а потім лізис усіх органел.

Таким чином, виявлена, загибель пінеалоцитів вказує на втрату клітинного складу паренхіми органу, та пригнічення функціональної активності епіфізу.

УДК 612.172+612.176+612.4.

Чеботар Л. Д.,
доцент кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології,
Ларичева О. М.,
доцент кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії,
Нєпєіна Г. В.,
завідувач навчальної лабораторії кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНІ ПРОЦЕСИ У СЕРЦІ ЩУРІВ З РІЗНОЮ ПОВЕДІНКОВОЮ АКТИВНІСТЮ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЕПІФІЗА

До числа органів, які беруть участь у відповіді на стресорний вплив, відносять епіфіз з його біологічно активною речовиною – мелатоніном. Зараз накопичений великий матеріал, що свідчить про антиоксидантні, антистресорні та протипухлинні ефекти мелатоніну. На думку Є. Б. Арушаняна (2012) та J. Arendt (2010), мелатонін відноситься до природних антистресорних речовин. Проте, серед причин розвитку патології серцево-судинної системи майже ніколи не надається належної ролі дефіциту цього гормону в організмі як чинника, що сприяє розвитку хвороб серця, хоча передумови для такої постановки проблеми дуже вагомі.

Метою дослідження було вивчення впливу гіпофункції епіфіза на процеси вільнорадикального перекисного окиснення у серці щурів з різною поведінковою активністю.

Для виконання поставлених завдань були проведені досліди *in vivo* на 32 щурах-самцях лінії *Wistar*. Залежно від цілей і завдань експериментальної серії формували 4 основні групи тварин: гіпофункцію епіфізу моделювали цілодобовим освітленням інтенсивністю 1000 люкс терміном 30 діб. При оцінці дії гіпофункції на стан організму найважливішим інтегральним показником є поведінка тварин. У зв’язку з цим у ході проведення експерименту використовували спостереження за поведінковими реакціями в тесті «відкрите поле». Для виконання завдань були використані біохімічні методи, які дозволили вивчити вміст ферментів окисного метаболізму.

Експериментальні дослідження по вивченню впливу гіпофункції епіфіза на процеси вільнорадикального окиснення у серці щурів показали наступне: вміст дієнових кон'югатів, які являються первинними продуктами пероксидного окиснення ліпідів, збільшився у 1,5 рази в групі активних щурів та у 2 рази в експериментальній групі з пасивними щурами. Визначення дієнових кон'югатів (ДК) має важливе значення для оцінки перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), оскільки відображає ранню стадію окиснення.

За результатами дослідження встановлено, що у групі активних щурів вміст ДК більший на 6 %. Вміст оксидієнів характеризувався односпрямованими змінами, які виражалися у зменшенні показника в обох дослідних групах (у активних щурів в 1,5 рази, у пасивних в 1,3 рази). Вміст триєнів характеризувався наступними змінами: у активних і пасивних щурів концентрація зменшилася у 2 рази по відношенню до контрольної групи. При цьому слід відмітити, що у активних щурів по відношенню до пасивних вміст триєнів менший на 5 %. Вміст ТБК-АП-0 в серці активних щурів збільшився у 2,9 рази ($p<0,001$) відносно контрольної групи. У дослідній групі пасивних щурів також встановлено зростання даного показника у 2 рази ($p<0,05$) відносно контрольної групи. У активних щурів по відношенню до пасивних щурів експериментальної групи вміст ТБК-АП-0 більший на 9 %. Після півторагодинної інкубації гомогенату серця у прооксидантному залізоаскорбатному буферному розчині вміст вторинних продуктів в серці активних щурів у порівнянні з нормою підвищився в 2 рази ($p<0,05$), в дослідній групі з пасивними щурами виявили також зростання цього показника в 1,5 рази ($p<0,05$). У пасивних щурів по відношенню до активних щурів експериментальної групи вміст ТБК-АП-1,5 більший на 19 %.

Таким чином, гіпофункція епіфіза викликає різноспрямовані зміни рівня окиснювальних процесів в тканинах серця активних та пасивних щурів, що проявляється у збільшенні концентрації ДК на 57 % ($p<0,05$), зменшенні триєнів на 51 %, оксидієнів на 35 % ($p<0,05$) та зростанні вмісту ТБК-активних продуктів на 86 % ($p<0,05$) у групі активних щурів. При цьому спостерігається зниження рівня триєнів на 52 % й оксидієнів на 22 % ($p<0,05$) та зростання концентрації ТБК-активних продуктів на 112 % ($p<0,05$) і на 46 % ($p<0,05$) після 1,5-годинної інкубації у прооксидантному залізоаскорбатному буферному розчині у групі пасивних щурів.

УДК 616.24-002.5:[616.8-009.17+616.89-008.454](043.2)

Чернишов О. В.,
канд. мед. наук, доцент кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін,
Горішний І. М.,
студент 4 курсу Медичного інституту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

УЯВЛЕННЯ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ: АСТЕНІЧНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ

Депресивні розлади у структурі психічних порушень у хворих на туберкульоз є однією з важливих проблем, яку необхідно вирішувати у процесі лікування. Протягом останніх років значно змінилась клінічна картина захворювання, у перебігу якого переважають астенічні синдроми.

Порівняно дані стосовно двох груп хворих: 135 хворих на психічні захворювання, які поступили на лікування у спеціалізовані фтизіопульмонологічні відділення 2010 року, та 137 хворих з такою ж патологією, які поступили на лікування у 2018 році. Депресії виникали на різних етапах захворювання, хоча в цілому поширеність депресивних розладів при туберкульозі не можна вважати значною, вона сягала 15% госпіталізованих у спеціалізовані психіатричні відділення.

Найчастіше у нашій практиці зустрічалися астено-депресивні стани, які пом’якшували психотичні прояви основного захворювання. Водночас астено-депресивні явища погіршували загальний стан, зменшували мотивацію прийому туберкулостатиків та поглиблювали дефіцит систем імунної реактивності організму, призводили до порушень сну поряд із зниженням стресостійкості. Усі вказані моменти суттєво впливали на ефективність проведення реабілітаційних заходів у психіатричному стаціонарі.

Порівнюючи дані за різні роки, встановлено, що збільшилась частота депресій, що розвивались за реактивними механізмами у хворих, які страждали на наркотичну залежність та були носіями вірусу ВІЛ. У половини хворих наркотична залежність була коморбідною із шизофренією та розладами особистості. Більшість з цих хворих на момент виявлення туберкульозу легень наркотичні речовини не вживали та досягли певних успіхів на шляху ресоціалізації. Інформування їх про розвиток у них СНІДу та вторинного туберкульозу сприяла посиленню алкоголізації та зниження погіршення курабельності соматичного та психічного станів. Встановлено, що депресивний синдром в цих випадках супроводжувався істеріоформною симптоматикою.

З урахуванням вказаних особливостей перебігу туберкульозу легень, встановлено доцільність застосовування ноотропних препаратів та антидепресантів «м'якої» дії, які позитивно впливали на астенічну симптоматику. Зокрема енеріон та коаксил, які добре переносились хворими та мали широке використання.

Таким чином психічні порушення, насамперед депресивні розлади та астенічний синдром, хоч і не часто поширені серед хворих на туберкульоз, однак потребують уваги, своєчасного виявлення та медикаментозної корекції із метою підвищення комплаєнтності та підтримання позитивної динаміки терапії основного захворювання.

УДК 615.014.2(477)

Шмалько О. О.,
канд. фарм. наук, доцент кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

СИСТЕМА ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В КРАЇНАХ СВІТУ

Роздрібні та госпітальні аптеки працюють у всьому світі для забезпечення доступу пацієнтів до лікарських засобів та надання допомоги в їх відповідальному застосуванні. Згідно з концепцією FIP аптеки – це заклади охорони здоров'я, в яких надаються фармацевтичні послуги. До них відносяться як традиційний відпуск лікарських засобів, так і надання додаткових послуг.

Найнижчий доступ до аптек відзначений в країнах з невеликим рівнем прибутку. Наприклад, в Танзанії всього 1 аптека доводиться на 100 тис. населення. У Зімбабве та Уганді цей показник становить 3 та 2 аптеки відповідно. Найбільша кількість аптек на 100 тис. населення функціонує в Китаї. При загальній кількості аптечних точок на рівні 918 тис., в цій найбільш густонаселеній країні на 100 тис. населення припадає 67 аптек.

У більшості країн використовуються ті чи інші підходи до регулювання цін на лікарські засоби. Залежно від поставлених цілей можуть регулюватися всі лікарські засоби або конкретний сегмент. У багатьох розвинених країнах регулюються ціни на препарати, включені в систему реімбурсації. В європейських країнах один з найбільш поширених підходів до регулювання цін виробника заснований на використанні методу зовнішнього референтного ціноутворення.

У більшості країн відпуск лікарських засобів дозволяється лише в аптеці. Однак досить поширеною практикою є дозвіл реалізовувати лікарські засоби безрецептурного статусу в інших роздрібних точках (наприклад, супермаркети, заправки і т.д.). Така політика обумовлена тим, що в розвинених країнах до питання присвоєння статусу підходять досить скрупульозно. Для того, щоб лікарський засіб отримав безрецептурний статус, заявники повинні надати регуляторним органам переконливі докази його безпеки для пацієнта (в тому числі при самолікуванні). Іншими словами, безрецептурний статус є гарантією безпеки препарату.

Примітно, що в ряді країн дозволено відпуск рецептурних лікарських засобів поза аптеки. За даними дослідження, до цих країн відносяться Індія, Ізраїль, Італія, Сінгапур, Шрі-Ланка, Танзанія, Уганда. У 15 % країн лікарі можуть відпускати лікарські засоби без будь-яких обмежень. В інших країнах, де така практика дозволена, відпуск препаратів лікарями дозволений, однак він підлягає регулюванню та контролю з боку компетентних структур. У 60 % країн така практика заборонена.

Об'єднання аптек в аптечні мережі дозволено не у всіх країнах. Частка роздрібних аптек, які входять в аптечні мережі, значно варіює. У Швеції, Сінгапурі, Канаді, Сербії, Боснії та Герцеговині, США та Великобританії більше 50 % аптек належать до мережевих об'єднань В інших країнах менше 50 % аптек утворюють аптечні мережі. Однак в цілому (з певними винятками) індивідуальні аптеки – переважаюча форма власності аптечного бізнесу.

Найбільш консолідовані роздрібні сегменти в Швеції та Сінгапурі. У цих країнах на частку аптечних мереж припадає понад 90 % аптечного ринку. У Канаді – 80 % аптек належать до мережевих об'єднань. У Сербії 70 % аптек входять до складу мереж. Зокрема, створення аптечних мереж заборонено в таких країнах: Австрія, Данія, Фінляндія, Німеччина, Ірак, Ліван, Іспанія та Туреччина.

Регуляторні вимоги до приміщень аптек відрізняються в різних країнах. У деяких діють обов'язкові вимоги до площі аптечних установ. У той же час в країнах існують регуляторні вимоги, згідно з якими в аптеці має бути передбачено окреме місце для надання консультаційних послуг. Є країни в яких таких вимог немає взагалі. У португальській аптеці має бути відведено мінімум 7 кв. м, а у в'єтнамській – 1 кв. м.

У 21 % країн лікарі зобов'язані виписувати рецепти з зазначенням лише МНН. У 14,5 % країн виписування рецептів із зазначенням МНН (без торгового найменування) заборонено. У той же час в жодній країні не заборонено проводити генеричну заміну.

Лікарські засоби не обкладаються ПДВ в таких країнах: Аргентина, Австралія, Канада, Іран, Ліван, Нігерія, Панама, Шрі-Ланка та Зімбабве. У Швеції та Великобританії тільки рецептурні лікарські засоби не обкладаються ПДВ. У більшості країн ставка ПДВ на лікарські засоби занижена в порівнянні з іншою продукцією. Наприклад, в Гані, Нігерії та В'єтнамі діє імпортний збір на лікарські засоби. У той же час в 69 % країн лікарські засоби не обкладаються іншими податками.

Госпітальна аптека, згідно з визначенням FIP – це заклад охорони здоров'я, яка здійснює діяльність, пов'язану із закупівлею, зберіганням та відпуском лікарських засобів для пацієнтів, що обслуговуються в лікарні. У деяких випадках госпітальні аптеки можуть надавати послуги для пацієнтів, які перебувають на амбулаторному лікуванні. В першу чергу, необхідно відзначити, що серед проаналізованих країн істотно варіює кількість лікарень та койко-місць. За даними досліджень, найбільша кількість лікарень функціонує в Японії (6,7 на 100 тис. населення). В Австрії та Фінляндії на 100 тис. населення припадає понад 5,7 і 5,5 лікарень відповідно. У більш ніж 40 % країн цей показник коливається на рівні 20–40 ліжко-місць на 10 тис. населення. Серед них – тільки одна країна з рівнем доходу нижче середнього – Шрі-Ланка, в якій функціонують 32 ліжко-місця на 10 тис. населення. У 20 % країн кількість ліжко-місць на 10 тис. населення становить менше 20. Переважно це бідні країни (Афганістан, Панама, ПАР та інші).

У США в 97 % лікарень є госпітальні аптеки. У Сербії та Іспанії цей показник становить 95 %. У Гані та Ізраїлі аптеки функціонують в 70 % лікарень. У Фінляндії цей показник досить низький – 40 %. Найменше госпітальних аптек в Австралії – 30 % лікарень. Якщо в лікарні не функціонує аптека, цей лікувальний заклад часто користується послугами іншої госпітальної аптеки. Найбільша кількість госпітальних аптек в перерахунку на душу населення – в Японії. Мінімум госпітальних аптек – в Нігерії (0,06 на 100 тис. населення). У той же час в ряді розвинених країн цей показник також не є високим: в Швеції – 0,8 госпітальних аптек на 100 тис. населення, в Швейцарії – 0,7, а в Ізраїлі та Німеччині – 0,5.

Виходячи з даного аналізу робимо висновок, що єдиної оптимальної організаційної системи лікарського забезпечення в світі не існує. Країни вибудовують свої власні системи виходячи з рівня економіки, системи державного устрою, соціальної політики, національних особливостей та традицій.

УДК 616.98-036.21:578.834-053.2](043.2)

Яковенко Н. О.,
канд. мед. наук, доцент (б.в.з.) кафедри анатомії, клінічної анатомії, оперативної хірургії, патоморфології та судової медицини,
Зак М. Ю.,
д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін,
Нужна О. К.,
кандидат медичних наук, доцент кафедри анатомії, клінічної анатомії, оперативної хірургії, патоморфології та судової медицини, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ

В кінці грудня 2019 року новий коронавірус з китайського міста Ухань почав стрімко поширюватися по світу. На початку 2020 року Міжнародний комітет з таксономії вірусів назвав цей новий вірус - SARS-CoV-2, а захворювання що він викликає – COVID-19.

Клінічний спектр COVID-19 широкий: від повністю безсимптомних форм до форм, що характеризуються важким респіраторним дистрес-синдромом, який вимагає інтенсивної терапії. SARS-CoV-2 викликає гостру вірусну інфекцію як верхніх, так і нижніх дихальних шляхів з інкубаційним періодом від 1 до 15 днів (в середньому: 3–7 днів). Найбільш часті симптоми COVID-19 включають жар, кашель, біль у горлі, головний біль, астенію, діарею і блювоту.

Згідно з даними Американської академії педіатрії, у США близько 9% усіх випадків захворювання на коронавірусну інфекцію припадає на дітей. В Україні ці показники відповідають світовим даним.

У літературі є достатньо доказів того, що COVID-19 менш небезпечний для дітей, ніж для дорослих, у 90% випадків хвороба проходить або безсимптомно, або легко, або з помірною симтоматикою. Клінічна картина COVID-19 у дітей є досить варіабельною та залежать від стадії захворювання, попереднього стану здоров’я, наявності фонових захворювань та інших індивідуальних особливостей.

Основними симптомами у дітей є: кашель (48,5%), фарингіт (46,2%), лихоманка (41,5%), діарея (8,8%) і блювота (6,4%); тільки 2,3% випадків потребують кисневої підтримки після госпіталізації, в той час як 15,8% випадків взагалі безсимптомні. Прояви з боку шлунково-кишкового тракту можуть передувати респіраторним симптомам. В деяких випадках у невеликого відсотка дітей спостерігаються прояви з боку серцево-судинної системи. При COVID-19 можуть зустрічатися шкірні прояви: екзантематозний (короподібний) висип та дистальні

ураження кінцівок по типу відмороження (так звані COVID-пальці) – ушкодження дистальних відділів кінцівок у вигляді еритематозно-синюшних плям, сітчасте ліведо, кропив'янка та везикулярний висип, схожий на вітряну віспу, висип як при хворобі Кавасакі.

Нюхові і смакові аномалії, характерні для дорослих пацієнтів з COVID-19, в педіатричній популяції зустрічаються рідко.

Не встановлено жодних гендерних відмінностей у чутливості до вірусу і важкості клінічних проявів.

За перебігом, COVID-19 у дітей поділяється на безсимптомний, легкий, середньої тяжкості, тяжкий та критичний. При безсимптомній формі захворювання відсутні клінічні ознаки або симптоми, а також зміни при комп'ютерній томографії (КТ) легень при позитивному результаті ПЛР до SARS-CoV-2. При легкій формі захворювання наявні симптоми інфекції верхніх дихальних шляхів, без аускультативних змін у легенях, а також прояви з боку ШКТ. Перебіг середньої тяжкості характеризується більш високою температурою тіла, наявністю ознак, притаманних інтерстиціальній пневмонії, але без зниження рівня сатурації киснем, вираженої задишки або інших ознак дихальної недостатності (ДН). При тяжкому перебігу спостерігаються класичні ознаки ДН із центральним ціанозом та падінням сатурації киснем нижче 92%, а також порушення дихання, неврологічна симптоматика та/або нестримна діарея з ексикозом. При критично тяжкому перебігу спостерігається розвиток гострого РДС або ДН із ускладненнями у вигляді синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ), шоку, енцефалопатії, міокардиту, серцевої та гострої ниркової або полі-органної недостатності.

Маленькі діти віком до 1–2 років, мають тяжчий перебіг COVID-19, ніж більш дорослі.

Факторами ризику тяжкого перебігу COVID-19 у дітей є: вік до 1 року, бронхіальна астма або хронічне захворювання легень, цукровий діабет, генетичні, неврологічні або метаболічні порушення, вроджені вади серця, імуносупресія, ожиріння та інша соматична патологія, що потребує сторонньої підтримки та догляду для забезпечення щоденної життєдіяльності.

Іноді у дітей з коронавірусною інфекцією може розвиватися педіатричний запальний мультисистемний синдром, асоційований з COVID-19, – про цей стан вперше було повідомлено у квітні 2020 р. Зокрема, було проведено паралелі між перебігом цього синдрому та іншими відомими станами, такими як повна або атипова хвороба Кавасакі (з або без розширення коронарних судин), синдром токсичного шоку, вірусний сепсис, синдром макрофагальної активації, гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз. Ці стани є ознаками тяжкого перебігу COVID-19.

УДК 616.895.8-052:159.944.4](043.2)

Грузіна А. А.,
викладач кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін,
Шермастова Є. Р.,
студентка 3 курсу Медичного інституту,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ВПЛИВ ПСІХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ НА ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ COVID-19

Мета дослідження. Вивчення впливу психологічного стресу на показники життєстійкості у хворих з параноїдною шизофренією в умовах епідемії COVID-19.

Матеріали та методи. Було обстежено 20 пацієнтів чоловічої статі у віці від 32 до 63 років (середній вік 47 років ± 5), які перебували на стаціонарному лікуванні в період з вересня 2020 року по березень 2021 року в Миколаївському обласному центрі психічного здоров'я, страждаючих параноїдною шизофренією. Оцінка життєстійкості особистості та її ключових елементів, таких як залученість, контроль і прийняття ризику здійснювалася за допомогою тесту життєстійкості Мадді. Оцінка рівня тривожності проводилася на підставі шкали оцінки тривоги Гамільтона (HARS). Статистична обробка отриманих даних здійснювалася з використанням прикладних статистичних програм «MedStat».

Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження були отримані середні значення показників життєстійкості в загальній вибірці: залученість – 32,08 ± 0,6 (середні значення), контроль – 19,7 ± 0,6 (низький результат), прийняття ризику – 9,1 ± 0,42, життєстійкість – 60 ± 0,56. На підставі загального показника шкали оцінки тривожності були виділені 3 групи пацієнтів: 1 група – пацієнти із загальним показником < 17 балів; 2 група – загальний показник – 18–24 бали; 3 група – загальний показник – 25 балів і більше. В ході аналізу результатів дослідження в виділених групах були встановлені статистично значущі відмінності між показниками субшкали «Контроль» (критерій Краскела-Уолліса $x = 8,471$, $p<0,05$).

Висновки. Була виявлена значна негативна кореляція життєстійкості з показниками тривожності. Життєстійкість впливає на ресурси опанування через підвищення самоефективності. Пацієнти, які мають високі показники життєстійкості, відчувають більше відчуття компетентності, вищу когнітивну оцінку, розвиненіші стратегії опанування і відчува-

ють менше стресу в умовах епідемії. Низькі результати за шкалою прийняття ризику говорять про те, що пацієнти більш схильні до стабільності, відмовляючись від ситуацій, що не гарантують успіх. Хворі з низьким рівнем залученості почуття відторгненості, низьку впевненість в собі, відсутність відчуття «включеності» в життя. Низькі показники контролю свідчать про відчуття безпорадності хворих параноїдальною шизофренією. В цілому, низький рівень життєстійкості при високих показниках тривожності доводять, що пацієнти залежать від хвилювань, пов'язаних з поточною ситуацією.

УДК 616.833.115:616.711.1(075.8)

Андреєва Т. О.,
молодший науковий співробітник,
НДІ медицини транспорту, м. Одеса, Україна,
Чеботарьова Г. М.,
канд. мед. наук, головний лікар, Діагностичний центр,
ТОВ Ветеринарний центр «Фаворит», м. Одеса, Україна,
Стоянов О. М.,
д-р мед. наук, професор кафедри неврології та нейрохірургії,
Вастьянов Р. С.,
д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри загальної,
та клінічної патологічної фізіології,
Остапенко І. О.,
завідувач кафедри загальної та клінічної патологічної фізіології,
ОНМедУ, м. Одеса, Україна

УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОМУ ПРОЦЕСІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ЛЮДЕЙ ТА ДРІБНИХ ТВАРИН. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

Рання та об'єктивна діагностика пацієнтів із захворюваннями шийного відділу хребта, являється запорукою в профілактиці ускладнень дегенеративно-дистрофічних процесі шийного відділу хребта у людей, котів та собак. Вивчення та аналіз анатомо-фізіологічних, анатомо-морфометричних, етіологічних та патогенетичних чинників, факторів та механізмів у людей та домашніх тварин які страждають від болю шиї в результаті дегенеративно-дистрофічних процесів, може стати важливим фактором в профілактиці ускладнень від дегенеративно-дистрофічних змін.

В діагностичному ветеринарному центрі «Фаворит», м. Одеса, комп'ютерна томографія для тварин, було проведено обстеження тваринам, що страждали від болю в шийному відділі хребта, різними симптомами, змінами ходи, мали симптоми кульгання на передні кінцівки. При аналізі пацієнтів центру, виявлено, що у частини пацієнтів мало місце ураження кісткової системи-дегенеративно-дистрофічні зміни в хребцях, відростках хребців, суглобах, міжхребцевих дисках; у інших видах та породах-превалювали зміни диспластичного процесу, аномалії розвитку.

При ретроспективному аналізі комп'ютерно-томографічного обстеження людей із больовим та корінцевим синдромом шиї (всього 65 людей), та в порівнянні із проведеним комп'ютерно-томографічним обстеженням дрібних тварин (всього 75 тварин), зроблено попередній висновок, що даний аналіз може стати одним із важливих в етіологічному, патогенетичному механізмах розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів шийного відділу хребта.

Із наявних методів діагностики шийного відділу хребта, комп'ютерна томографія являється одним із провідних методів діагностики. Рентгенологічна щільність кісткової тканини тіл хребців та суглобів можлива тільки при комп'ютерно-томографічному обстеженні.

За даними літератури, і в своїй роботі Денисепко Е. И. (2002), показує, що дегенеративні зміни в шийному відділі хребта можуть бути основною причиною синдрому вертебральної артерії (СВА), шийний остеохондроз, супроводжуваний больовими, вегетативними і нейроваскулярними симптомами (Денисепко Е. И. Вертебральныйкомпрессионный синдром позвоночнойартерии. Москва 2002. Медицинские Диссертации http://medical-diss.com/medicina/anatomo-hirurgicheskoe-obosnovanie-primeneniya-mikrohirurgicheskoy-tehniki-pri-operativnyh-vmeshatelstvah-v-pozvonochnom-#ixzz6qCOYManf; Я. Ю. Попелянский, 1966; Н. В. Верещагін, 1983; В. П. Веселовскій з співавт., 1990; А. А. Луцік 1997; Н. И. Негко \ УКГ а1., 1999). Бакуменко І. К. в своїй роботі (2017) вивчила особливості формування, клінічну картину, а також розробила алгоритм вестибулярних дисфункцій при дегенеративних змінах у шийному відділі хребта у людей (Бакуменко І. К. Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН Україна. Клініко-патогенетичні особливості і корекція вестибулярних дисфункцій при дегенеративних змінах в шийному відділі хребта. Харків.2017. Автореферат. УДК 616.831-007.17.)

Для оцінки анатомічної форми і біомеханічних взаємозв'язків в структурах хребетно-рухових сегментів, застосовують рентгенометричний аналіз, запропонований К. Я. Оглезенев і співавторами.

Для профілактики ускладнень міжхребцевого остеохондрозу шийного відділу хребта у хворих, комп'ютерно-томографічне обстеження

обумовлює об'єктивну оцінку гострого та хронічного болю при дегенеративно-дистрофічних процесах шийного відділу хребта у людей та домашніх тварин, що покращує стан хворих, попереджує рецидиви, покращує якість життя людей.

УДК 616.833.115:616.711.1 (075.8)

Андреєва Т. О.,
молодший науковий співробітник,
НДІ медицини транспорту, м. Одеса, Україна,
Чеботарьова Г. М.,
канд. мед. наук, головний лікар, Діагностичний центр
ТОВ Ветеринарний центр «Фаворит», м. Одеса, Україна,
Стоянов О. М.,
д-р мед. наук, професор кафедри неврології та нейрохірургії,
Вастьянов Р. С.,
д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри загальної
та клінічної патологічної фізіології,
Остапенко І. О.,
завуч кафедри загальної та клінічної патологічної фізіології,
ОНМедУ, м. Одеса, Україна

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ПРОЦЕСИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ЛЮДЕЙ ТА ДОМАШНІХ ТВАРИН. РОЛЬ МЕТОДА КТ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ШИЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ

Існує багато відомих способів діагностики, лікування та профілактичних заходів для попередження ускладнень у хворих із захворюваннями міжхребцевого остеохондрозу шийного відділу хребта, проявами остеохондрозу, його ускладненнями. Одною із перших скарг хворих з міжхребцевим остеохондрозом шийного відділу хребта являються локальні та корінцеві прояви в виді гострого та хронічного болю в шийному відділі хребта, парастезії в верхніх кінцівках, мієлопатії, порушення зору, вертебробазілярні зміни та порушення кровообігу головного мозку, особливо із синдромальними змінами в структурах задньої черепної ямки.

Вперше було виконано ретроспективний аналіз знімків комп'ютерного томографічного обстеження хворих з гострим та хронічним больовим синдромом. Вперше виявлено, що міжхребцевий остеохондроз шийного відділу хребта в своїх проявах, таких як гострий та хронічний больовий синдром, має специфічні прояви на КТ – знімках, в вигляді зниження денсометричної щільності губчастої речовини тіла хребця.

Зниження денситометричної щільності хребців в найбільш частішій локалізації міжхребцевого остеохондрозу: рівень тіл С4 – С7, де і є вершина фізіологічного лордозу шийного відділу хребта. До цих пір, міжхребцевий остеохондроз шийного відділу хребта можна було підтвердити всіма вище перерахованими методами і при наявності хоча би одного із симптомів, які підтверджують наявність порушення венозного відтіку при дуплексному обстеженні судин шиї, наявності зниження висоти міжхребцевих проміжків при рентгенологічному обстеженні, дегенеративно-дистрофічні зміні в міжхребцевих дисках при КТ та МРТ, дегідратація міжхребцевих дисків та проявлення дисциту при магнітно-резонансній томографії, наявність кісткових остеофітів при КТ обстеженні.

Рання діагностика та профілактичне лікування хворих являється запорукою попередження таких ускладнень як корінцеві неврологічні прояви верхніх кінцівок, шиї, потиличної області, миелопатії обумовлених ускладненнями остеохондрозу, таких як протрузії та грижі міжхребцевих дисків, порушення кровообігу, ангіодистонічних проявів у головному мозку, вертебробазілярними симптомами та порушеннями зору.

Тимчасова втрата працездатності у людей, обумовлена не компресійними синдромами остеохондрозу, становить 40 % неврологічних захворювань. У загальній структурі інвалідності від захворювань кістково-суглобової системи дегенеративні захворювання хребта складають 20,4 % і займають перше місце (41,1 %) серед причин первинної інвалідності (Гайдар, Б. В. Практическая нейрохирургия: руководство для врачей / Б. В. Гайдар. – СПБ, 2002. – С. 533–539). Єдиною з наявних клініко-патогенетичної є класифікація А. І. Осна, що відображає у вигляді чотири послідовні дегенеративно-дистрофічного ураження (Осна А. И. Новые взгляды на патогенетическое хирургическое лечение остеохондроза позвоночника / А. И. Осна // Остеохондрозы позвоночника. – Новокузнецк, 1973. – Ч. 2. – С. 233–240).

При ретроспективному аналізі КТ – сканів, що виконані 65 хворим людям та 75 тваринам із больовим та корінцевим синдромом різного ступеня прояв, було визначено, що звуження спинномозкого каналу, може бути одним із ключових чинників в патогенезі гострого та хронічного болю. Частка остеохондрозу хребта, що вражає людей найбільш активної соціальної групи, становить від 20 % до 80 % випадків тимчасової непрацездатності (Гайдар, Б. В. Практическая нейрохирургия: руководство для врачей / Б. В. Гайдар. – СПБ, 2002. – С. 533–539). При недостатніх даних субхондрального склерозу, зниження висоти міжхребцевого диску, кісткових остеофітів та інших рентгенологічних проявів остеохондрозу вимір щільності губчастої речовини може стати ключовим в ранній та диференціальній діагностиці гострого та хронічного болю в шийному відділі хребта.

УДК 618.1-002

Половенко Л. С.,
викладач кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології,
Корольова О. В.,
канд. біол. наук, завідувач кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

VIBRIO VULNIFICUS – ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК ЗА УЧАСТЮ КАПСУЛЬНИХ ПОЛІСАХАРИДІВ

Грамнегативна паличкоподібна бактерія родини *Vibrionaceae*– *Vibrio vulnificus* є патогеном людини, вегетує на водяних рослинах та тваринах, також існує в вигляді планктонної форми. Викликає два типи захворювань: раневі інфекції у здорових людей, при наявності контакту бактерії з відкритою раневою поверхнею, та сепсис – у осіб зі зниженим імунним статусом, що зазвичай є наслідком наявності важких супутніх захворювань (ВІЛ-інфекція, онкопатологія, цукровий діабет, хронічна патологія печінки). Захворювання, викликані *V. vulnificus* демонструють високий рівень летальності при розвитку сепсису – до 50%. Даний мікроорганізм займає природну екологічну нішу у вигляді солоних водойм (1-8 проміле), оптимальна температура для розвитку становить близько 20^0 С, широко розповсюджений. Вживання морепродуктів без термічної обробки, або контакт з ними при приготуванні може призвести до зараження, так як і купання в морській воді при наявності відкритих раневих поверхонь.

Капсульні полісахариди (КПС) синтезуються шляхом секреції компонентів клітиною, або ж формуються із дисахаридів сахарози середовища існування під дією зовнішньоклітинних ферментів бактерій – ендополісахариди (ЕПС); можуть бути поєднані з зовнішньою мембраною грамнегативних бактерій та виступати як ліпополісахариди (ЛПС). Є складовою частиною слизового шару на поверхні бактеріальної клітини, та можуть бути присутні у вигляді капсули – з щільним зв’язком з клітинною стінкою, або слизового чохла, чи глікокаліксу – без постійного щільного зв’язку. Глікокалікс, або псевдокапсула, складається з високополімерних мукополісахаридів та грає важливу роль при первинній адгезії бактеріальної клітини до субстрату при формуванні біоплівки.

V. vulnificus утворює капсулу, але можливо отримати також безкапсульні штами – мутанти. Для даного мікроорганізму наявність капсули

є визначальним фактором вірулентності. При вирощуванні на твердих поживних середовищах капсулоутворюючі штами формують мукоїдні S-колонії, безкапсульні – шорсткі R-колонії. Хоча, цей розподіл не є аксіомою, наприклад, мукоїдні штами V. cholerae, експресуючи ЕПС, формують R-колонії (Wright, A. C., L. M. Simpson, J. D. Oliver, and J. G. Morris, Jr. 1990). Цей процес пов'язаний з експресією різних капсульних полісахаридів у зв'язку зі зміною умов навколишнього середовища – наявності поживних речовин, pH середовища, солоності води, гідрофільних чи гідрофобних властивостей основи прикріплення та ступеню вираження цих властивостей бактеріальною клітиною. Експресія гідрофільного КПС значно знижує гідрофобність клітинної поверхні, маскуючи гідрофобні структури, як от пілі і, як наслідок, при формуванні абіотичних біоплівок збільшується адгезія до гідрофільних поверхонь, наприклад, із нержавіючої сталі. А гідрофобні акапсулярні штами мають високу адгезію до гідрофобного полівінілхлориду.

Щодо формування біотичних біоплівок, було показано, що клітини з капсулою демонструють нижчий рівень адгезії ніж безкапсульні мутанти до більшості клітинних ліній, але до клітин, які продукували слиз, прикріплювалися добре (Lavin A. Joseph and Anita C. Wrigh, 2004). Хоча робити висновки, що прикріплення мікробної клітини до субстрату є наслідком лише гідрофобних та гідрофільних взаємодій було б помилковим – надто велика кількість складових біополімерів з типовими властивостями входить до складу різних типів капсульних полісахаридів.

Полісахариди не завжди мають вирішальне значення при початковій адгезії, але є головними складовими архітектури біоплівки на більш пізніх стадіях її розвитку. Деякі їх типи взагалі інгібують прикріплення мікробної клітини до основи (D. Ramos, K. Piechaczek, P. Watnick, 2003). Таким чином, протилежні ролі полісахаридів демонструють їх відмінні біохімічні властивості, – структура та склад капсульного полісахариду обумовлюють функціональну здатність та теоретичну можливість використання даного утворення. Щодо останнього, наразі є можливість використовувати біоплівки морських мікроорганізмів для вловлювання та накопичування частинок мікропластику з води (Сильвія Ланг Лю, 2021). І Vibrio vulnificus є досить перспективним та зручним об'єктом для вивчення у даному контексті. Проблема присутності мікропластику у навколишньому середовищі, проникнення його у харчові ланцюги є дуже гострою в наш час, і потребує нагальної розробки шляхів вирішення її. Тож вивчення структури біоплівок і ролі різних типів капсульних полісахаридів у процесі становлення та функціональності цих бактеріальних угруповань, напрацювання методик практичного використання їх є вкрай важливим та необхідним завданням.

УДК 616.98-036.21:578.834:[577.161.2+612.22]

Рибачук Є. Ю.,
викладач кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

АНАЛІЗ ЗАЛЕЖНОСТІ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D ТА ПОТРЕБИ У КИСНЕВІЙ ПІДТРИМЦІ У ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА КОРОНАВІРУСНУ ХВОРОБУ (COVID-19) В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Актуальність теми: Вітамін D – жиророзчинний вітамін, що значною мірою синтезується в організмі під впливом ультрафіолетового випромінювання. Окрімзабезпечення оптимальної мінералізації кісткової тканини, відмічається значний вплив вітаміну на клітинний та гуморальний імунітет.За даними Української асоціації остеопорозу за 2019 рік лише 4,6% населення України має нормальні показники вітаміну крові (30-100 нг/мл). У пацієнтів з коронавірусною хворобою визначається зниження концентрації вітаміну D крові при системній запальній реакції, що виникає при тяжкому перебігу COVID-19. Такий перебіг захворювання збільшує ризик необхідності кисневої підтримки пацієнтів стаціонарних відділень.

Мета роботи: визначити залежність між дефіцитом вітаміну D крові та потребою пацієнтів у штучній подачі кисню під час їхнього лікування в умовах стаціонару.

Обстеженню підлягало 50 пацієнтів різного віку з підтвердженою коронавірусною хворобою (COVID-19), з яких 25 хворихмали нормальний рівень вітаміну D(група 1)та 25 осіб, у яких була знижена концентрація вітаміну Dсироватки крові (2 група). Пацієнти обох груп надходили до стаціонару з попередніми результатами лабораторних досліджень на вміст загального вітаміну D.Показники концентрації вітаміну у хворих 1 групи коливалися у межах 30-100 нг/мл, а у хворих другої були нижче 30 мг/мл.

Результати: у ході дослідження жодного обстежуваного 1 групи не було переведено на кисневу підтримку, в той час як 60% пацієнтів 2 групи потребувало додаткової O2-стимуляції.

Висновок: досліджувані пацієнти з коронавірусною хворобою (COVID-19) при наявності дефіциту вітаміну D мали потенційно високий ризик потреби у кисневій підтримці порівняно з групою хворих, що надходили до стаціонару з нормальними показниками даного вітаміну.Оскільки препарат є доступним у мережі фармацевтичних закла-

дів, актуальним є питання щодо рекомендації його вживання з метою профілактики ускладнень та зниження ризику потреби у кисневій підтримці пацієнтів з COVID-19.

УДК 616-085:[616.233+616.248](043.2)

Горішний І. М.,
студент 4 курсу Медичного інституту,
Чернишов О. В.,
канд. мед. наук,
доцент кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

БАЗИСНА ТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ: РЕКОМЕНДАЦІЇ ГЛОБАЛЬНОЇ ІНІЦІАТИВИ З АСТМИ 2020 (GINA 2020)

Раціональна терапія бронхіальної астми є запорукою контролю захворювання, високого комплаенсу та відсутності побічних ефектів. Однак підбір об'єму терапії для контролю перебігу й нормалізації якості життя пацієнта становить значну проблему в клінічній практиці.

Індивідуальний, ступінчастий підхід був викладений, оновлений та обґрунтований у останніх рекомендаціях глобальної ініціативи з менеджменту та запобігання астми у 2020 році (GINA 2020). Покроковий підхід призначення базисної терапії, згідно із останніми рекомендаціями GINA 2020, наведений у таблиці 1:

Таблиця 1

Кроки терапії бронхіальної астми

Кроки ступеневої терапії	**Рекомендації GINA 2020**
Крок 1	Комбінація низьких доз інгаляційних кортикостероїдів–формотеролу за потреби
Крок 2	Щодня низька доза інгаляційних кортикостероїдів + β2-агоністів короткої дії за потреби \ низька доза інгаляційних кортикостероїдів –формотеролу за потреби
Крок 3	Комбінація низьких доз інгаляційних кортикостероїдів – β2-агоністів тривалої дії для підтримувального лікування та β2-агоністів короткої дії за потреби як засіб для полегшення симптомів
Крок 4	Пріоритетний засіб для контролю симптомів: низькі дозі інгаляційних кортикостероїдів –формотерол для контролю та полегшувальної терапії (дорослі та підлітки), \ середні дози інгаляційних кортикостероїдів – β2-агоністів тривалої дії для контролю симптомів і β2-агоністів короткої дії за потреби
Крок 5	Комбінація високих доз інгаляційних кортикостероїдів – β2-агоністів тривалої дії, додавання анти-IgE-терапії чи тіотропію

Крок 1, згідно з рекомендаціями GINA 2020, призначений для початкового лікування бронхіальної астми в пацієнтів з частотою симптомів рідше 2 разів на місяць і відсутністю факторів ризику загострення або зміни лікування на крок нижче в пацієнтів, у яких бронхіальна астма добре контролюється на 2-му кроці.

Існує велика кількість доказів з рандомізованих клінічних досліджень і обсерваційних досліджень, які демонструють істотне зниження ризику важких загострень, госпіталізацій і смерті в разі регулярного застосування низьких доз інгаляційних кортикостероїдів; також зменшуються вираженість симптомів і бронхоконстрикція, спричинена фізичним навантаженням. У масштабному подвійному сліпому дослідженні легкої бронхіальної астми було виявлено зменшення частоти тяжких загострень на 64% порівняно з мототерапією β2-агоністами короткої дії.

Вибір терапії на кроці 4 залежить від варіанту лікування на кроці 3. Перш ніж перейти на крок вище, необхідно перевірити наявність таких поширених проблем, як неправильна техніка використання інгалятора, низька прихильність до терапії, впливи навколишнього середовища.

Крок 5 передбачає оцінку фенотипу астми та розгляд необхідності призначення додаткового лікування.

Таким чином GINA 2020 наголошує та обґрунтовує важливість індивідуального, покрокового підходу до лікування бронхіальної астми. На 1 кроці терапії, за останніми рекомендаціями, доцільне саме використання низьких доз інгаляційних кортикостероїдів–формотеролу за потреби, а не β2-агоністів короткої дії .

УДК 556.314.6.0.82:543.422

Гоцуляк О. С.,
студент 2 курсу Медичного інституту,
Невинський О. Г.,
канд. техн. наук, доцент кафедри фармації, фармакології, медичної, біорганічної та біологічної хімії,
Грищенко Г. В.,
канд. мед. наук, доцент кафедри фармації, фармакології, медичної, біорганічної та біологічної хімії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-БІОЛОГІЧНИХ ЕФЕКТІВ ДІЇ ВИПРОМІНЮВАННЯ РАДОНУ

Для оздоровлення населення України актуальним завданням є розробка і впровадження широко доступних, дешевих, масових засобів

профілактики і лікування, одним з яких є застосування мінеральних вод. Природні мінеральні води являють собою неоцінимий потенціал завдяки доступності, маловитратності, відсутності негативних побічних ефектів, легкій засвоюваності організмом. На території України знаходяться значні ресурси мінеральних вод, різноманітних за хімічним складом та бальнеологічною дією.

Проте сьогодні використовується лише близько 7% їх затверджених експлуатаційних запасів. Багато питань відносно складу і біологічної дії мінеральних вод залишаються нез'ясованими. Майже не приділяється уваги фізико-хімічним характеристикам і мікрокомпонентному складу, що значно обмежує область їх застосування. Особливо це стосується мінеральних вод Південного регіону, дослідження особливостей складу і біологічної дії яких на даний час мають розрізнений чи епізодичний характер.

Метою нашого дослідження є визначення клініко-біологічних ефектів дії випромінювання радону та можливості болеологічного застосування мінеральних радонових вод Миколаївщини.

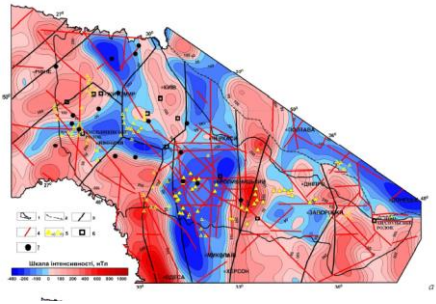

Рис. 1. Схема регіональної компоненти геомагнітного поля Українського щита з аномаліями розподілу радіоактивних елементів: 1 – границя Українського щита; 3 – зони міжмегаблокових розломів; 4 – зони глибинних розломів; 5 – родовища (а) і прояви (б) урану; 6 – родовища радонових вод; 7 – аномалії торію в кристалічних породах.

З геологічної точки зору на півночі Миколаївської області виділяються підняття докембрійського фундаменту, що являють собою відроги українського кристалічного масиву – українського щита (УЩ). Тріщинуваті породи кристалічного щита, багаті на уран і торій, на півдні частково занурені під акваторію Чорного моря, на півночі області підступають до денної поверхні ближче ніж 5–15 м. Осадові породи, що їх покривають, розмиті. Це є передумовою формування підвищеного вмісту радону підземних вод водоносних горизонтів.

На півночі області (Арбузинський, Казанківський, Кривоозерський, Братський райони) в межах УЩ виявлені радонові води з вмістом радону значно більше біологічно активної норми – 1,5…3,5 кБк/дм^3 (бальнеологічно активна норма радону, прийнята в країні, – 185 Бк/дм^3, або 50 еман), В означених районах радонові мінеральні води, приурочені до гранітів архею–протерозою, мають подвійний генезис, оскільки для них характерна як наявність розломів, так і наявність локальних скупчень покладів урану. Детально досліджено Казанківське родовище: свердловина № 1, глибина свердловини 102,5 м, геологічне позначення AP-PR, породи – вапняки, черепашники, мінералізація 2,5…2,9 г/дм^3, формула іонного складу (%): у катіонному переважає натрій (75), у аніонному хлорид 50…55-сульфати 40…45; гідрокарбонатні до 5, вміст радону 1480…3515 Бк/дм^3, дебіт 240 м^3 на добу.

Радонові води можуть вміщувати різні мікроелементи, оскільки гнейси і мігматити, як і рудні пегматити, містять мікроелементи: Mn, Ni, Ca, Ti, V, Cr, Zr, Cu, Ga, Ib, Y, Yb, Sr тощо. Це визначає перспективність для пошуку нових родовищ не тільки радонових, але й поліметальних вод з метою подальшого їх використання для лікування. Сьогодні вищеозначені води майже не використовуються: так, розвідані експлуатаційні запаси радонових вод у межах Миколаївської області (240 м^3/добу) залишаються лише потенціалом.

Сьогодні у науковій та науково-популярній літературі панують дві взаємопротилежні погляди, щодо безпечності та болеологічної здатності родону.

Радон є радіоактивною речовиною. З чисто технічної точки зору, через свою низьку реакційну здатність радон сам по собі не становить серйозної загрози здоров'ю. Проте, радіотоксичність його дочірніх продуктів розпаду (ДПР) – короткоіснуючих ізотопів полонію, вісмуту, свинцю – дуже висока.

Найбільш стабільний ізотоп Радон-222 безпосередньо утворюється у результаті α-розпаду нукліду $^{226}_{88}$Ra (період напіврозпаду 1600 років), який в сою чергу є шостим членом радіоактивного ряду Урану-238:

$$^{226}_{88}\mathrm{Ra} \rightarrow {}^{222}_{86}\mathrm{Rn} + {}^{4}_{2}\mathrm{He}.$$

Завдяки хімічній інертності радон відносно легко покидає кристалічну решітку «батьківського» мінералу і потрапляє в підземні води, природні гази і повітря. Оскільки найбільш довгоіснуючим з чотирьох природних ізотопів радону (218, 219, 220 і 222) є $^{222}_{86}\mathrm{Rn}$, саме його вміст в цих середовищах є максимальним.

Сам Радон-222 є також α-радіоактивним (період напіврозпаду 3,825 доби), в результаті розпаду утворюється нуклід Полоній-218 (період напіврозпаду 3,05 хв.):

$$^{222}_{86}\mathrm{Rn} \rightarrow {}^{218}_{84}\mathrm{Po} + {}^{4}_{2}\mathrm{He}.$$

Далі чередує низка послідовних ядерних перетворень (здебільше α-розпадів) з утворенням короткоіснуючих нуклідів. В умовах довкілля ДПР, які є металами, притягуються до найдрібніших частинок пилу, краплинок води, утворюючи суміш, яка вдихається людиною та потрапляють у нижні, найбільш вразливі відділи дихальних шляхів. Органом-мішенню для ДПР є бронхо-легенева система людини. Розпад ядер радону і його дочірніх ізотопів в легеневій тканині спричиняє мікроопіки, оскільки вся енергія альфа-частинок поглинається практично в точці розпаду. Радон обумовлює більше 70 % середньорічної дози опромінення пересічного українця та є однією з причин онкозахворюваності.

Міжнародна комісія з радіологічного захисту (МКРЗ) і Науковий комітет ООН з дії атомної радіації (НКДАР ООН) стверджують, що оптимістична позиція про позитивний вплив малих доз радонової радіації недостатньо обґрунтована. Отож в епоху захопленості безмежними можливостями радіації радоном почали лікувати. Радонові ванни – це по суті короткочасне опромінення шкіри із ймовірним, але не доведеним позитивним ефектом. Спостереження недостатньо відтворювані, а позитивні клінічні ефекти можуть бути пояснені супутніми факторами і не виключають канцерогенних наслідків. Крім того, радонові ванни показані далеко не всім (наприклад, одним з протипоказань є куріння). І, звичайно, їх курс дуже обмежений.

«Усе є отрутою, й все є ліками. Питання лише в дозі». Ці слова середньовічного лікаря Парацельса до радону підходять чи не найліпше. У мікродозах цей газ не те, що не шкодить людині, а відновлює її здоров'я. Радон лікує – це доведено більш як 100-річною практикою оздоровлення більш ніж на 400-ах відомих курортах світу (зокрема в Україні, у містах Хмільник, Житомир тощо) а також безліччю досліджень та наукових робіт.

Радонотерапія ефективна при лікуванні понад 150 найпоширеніших захворювань. Крім того, і здоровим людям корисно 1…2 рази на рік

приймати радонові процедури з метою профілактики захворювань (радонопрофілактіка) і загального оздоровлення. У лікувальних цілях при різних, переважно хронічних, захворюваннях застосовують радонові ванни, а також зрошення та інгаляції, терапевтичний ефект яких пов'язаний з радіаційним впливом радону.

Тривалість щоденних (або через добу) ванн становить 12…15 хв. На курс лікування призначають 10..15 ванн. Повторні курси радонових ванн проводять через 6…12 міс.

Радонотерапія в адекватних для організму умовах і дозуваннях, що перевищують у декілька разів природні фонові подразники замінюють тонізуючу дію природних стимуляторів, яких позбавлений хворий організм, діючи на ті ж рецептори бар'єрних органів пробуджуючи захисні сили організму. Це дозволяє організму впоратися з наявним захворюванням або компенсувати на певний час його патологічний стан.

Встановлено, що радон, як один з головних природних факторів радіаційного гормезису, стимулює стійкість живих організмів до онкологічних та інфекційних захворювань, підвищує тривалість їх життя, є одним з необхідних умов підтримки їх нормальної життєдіяльності та здоров'я.

Одним з головних механізмів дії радонових ванн є вплив на нервову систему. Вони мають виражену седативну дію, знижують провідність по неміелінізірованим нервовим волокнам, підсилюють гальмівні процеси в ЦНС, покращують нервово-м'язову передачу. Для них є характерним нормалізуючий вплив при різних вегетативних дисфункціях. У свою чергу це є однією з причин ослаблення спазму периферичних судин і поліпшення мікроциркуляції.

Висновок. Застосування радонових ванн, що пропонуються багатьом пацієнтам із захворюваннями шкіри, суглобів, деяких внутрішніх органів тощо, має помітний терапевтичний ефект, який є науково обґрунтованим як ефект радіаційного гормезису. Ці процедури знаходяться в арсеналі медиків всього світу. Тому використання потенціалу мінеральних радонових вод Миколаївщини як оздоровчої процедури з метою лікування і профілактики захворювань (зокрема певних наслідків коронавірусної інфекції) є актуально задачею сьогодення.

УДК 615.22:616.1](043.2)

Ілляшенко Ю. В.,
студентка групи 4203 Медичного інституту,
Зак М. Ю.,
д-р мед. наук, професор,
завідувач кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

СТАТИНИ РІЗНИХ ПОКОЛІНЬ – ВІДМІННОСТІ В ЕФЕКТИВНОСТІ ТА РИЗИКАХ ПРИ ЛІКУВАННІ

Серцево-судинні захворювання – провідна причина інвалідизації та смертності в більшості країн світу (17,5 млн смертей щороку за даними ВООЗ). Атерогенні зміни судин та їх ішемічні ускладнення – основна група серед них, тому стратегія зниження серцево-судинного ризику – це в першу чергу, адекватний контроль за дис-/гіперліпідеміями.

У 1971 році японські вчені зробили припущення, що продукт життєдіяльності грибів (пізніше названий компактином) може природним шляхом блокувати синтез холестерину. І вже у 1980 році Yamamoto, Sudo і Endo встановили, що 50мг компактину щоденно протягом місяця здатні знизити високий рівень холестерину у пацієнта на 27–35%. 1978 – рік виділення іншого інгібітора синтезу ендогенного холестерину – ловастатину, який став першим зареєстрованим статином у світі. Цей революційний крок і став початком епохи статинотерапії у світі. У наш час вже неможливо уявити адекватної терапії ІХС та атеросклерозу без застосування статинів.

Інгібування ферменту 3-гідроксил-3-метилглутарил-коферменту А-редуктази (ГМГ-КоА редуктази), який каталізує початкові та проміжні стадії біосинтезу холестерину, призводить до збільшення щільності рецепторів ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) в гепатоцитах і, відповідно, - до збільшення катаболізму холестерину ЛПНЩ. Крім того, знижується утворення ЛПДНЩ. Клінічно фіксується зниження загального холестерину плазми крові, холестерину ЛПНЩ, ЛПДНЩ, певною мірою ТАГ та збільшення рівня антиатерогенних ЛПВЩ. Крім гіполіпідемічної дії статини безпосередньо впливають на судини (пригнічення міграції і проліферації міоцитів артерій, росту моноцитів/макрофагів та зменшення накопичення в них холестерину, підвищення утворення в ендотелії NO-синтетази, пригнічення продукції ендотеліну-1, і, як наслідок, покращенню функції ендотелію, пригнічення запального процесу, зменшення атеросклеротичної бляшки, зниження тромбоутворення).

Всі ці механізми сприяють ефективному зниженню кардіоваскулярного ризику, адекватному лікуванню атеросклерозу, ІХС та попередженню великих СС-подій серед пацієнтів з встановленим або невстановленим кардіологічним діагнозом (вторинна та первинна профілактика).

Зараз у клінічній практиці використовується 7 статинів, які залежно від часу їх винайдення групують у 4 покоління:

– І покоління: ловастатин, симвастатин, правастатин;
– ІІ покоління: флювастатин;
– ІІІ покоління: аторвастатин;
– IV покоління: розувастатин, пітавастатин.

З позиції доказової медицини ефективність статинів була доведена у великій кількісті досліджень: CURVES, STELLAR , VHA , OHRC , PROVE-IT , IDEAL та ін. Проте , сьогодні на авансцену виходить проблема безпечності тривалої статинотерапії.

Серед найвідоміших побічних ефектів статинів – ураження мязів, які поділяють на статин-індуковані міалгію, міопатію (рівень КК перевищує норму в >10разів) та рабдоміоліз (КК – більше ніж у 40 разів). Дані реакції також прямо залежать від дози: більший ризик їх виникнення - при максимальних терапевтичних дозах (для симвастатину частота міопатії при 80мг/добу – близько 0,9%, при 40мг/добу – не перевищує 0,1% і майже не відрізняється від показників плацебо). Помічено збільшення частоти даних реакцій за умов медикаментозної взаємодії, що підвищує концентрацію статинів та їх продуктів у цитоплазмі клітин. У такому випадку ловастатин, симвастатин та аторвастатин, які є субстратами цитохрому Р450 CYP3A, більше схильні до явища медикаментозної взаємодії, а отже мають більший ризик міотоксичних побічних ефектів, якщо порівнювати з розувастатином. Деякі дослідження засвідчили підвищення частоти м’язових симптомів саме у контрольній групі, що повязують з ефектом ноцебо. Але пацієнтам з об’єктивною міотоксичністю (КК підвищена у >5 разів) рекомендується припинити статинотерапію.

Серед інших побічних ефектів статинів – підвищений ризик розвитку цукрового діабету. Механізм дії ще не вивчений, але існують дослідження, які стверджують, що у даному випадку статинотерапія - не провокуючий, а лише прискорюючий фактор. Дану гіпотезу дуже складно довести чи спростувати, адже більшість пацієнтів крім гіперхолестеринемії можуть мати в анамнезі фактори ризику цукрового діабету ІІ типу. Але у будь-якому разі припинення статинотерапії може

призвести до фатальніших наслідків, ніж розвиток цукрового діабету, тому цей крок вважають нераціональним.

Гепатотоксичність – вкрай рідкісне явище при статинотерапії (приблизно 1 випадок на 100000). Частіше реакція печінки фіксується як безсимптомне тимчасове дозозалежне підвищення АЛТ та АСТ у 3 та більше разів вище норми (з переважанням першої) на фоні нормальних показників альбуміну, протромбінового часу та прямого білірубіну, тому не можна говорити про гепатоцелюлярні ушкодження або порушення функцій печінки. Деякі дослідники вважають, що статинотерапія у такому випадку не провокує, а виявляє приховану патологію печінки. З огляду на дані щодо впливу статинів на рівень трансаміназ, найбезпечнішим вважається розувастатин, адже він проходить мінімальний метаболізм у печінці.

Лікарям, які призначають статини пацієнту вперше, рекомендується перевірити вихідний рівень трансаміназ та визначити наявність і тяжкість прихованої патології печінки (протипоказане призначення статинів лише у випадку підтвердженої гострої печінкової недостатності та декомпенсованого цирозу; за наявності гострих дифузних захворювань печінки – не показане до стабілізації показників. У разі виявлення у пацієнта гіперферментемії на фоні статинотерапії рекомендується наступне: якщо підвищення трансаміназ у <3 рази – терапію продовжувати, повторний контроль рівня ферментів через 4 тижні; якщо у >3 рази – зменшити дозу або припинити прийом статину, повторний контроль через 4 тижні; якщо через 4 тижні рівень ферментів нормалізувався – відновити терапію.

Висновки:

– Побічні реакції статинів – рідкісне явище.

– Ефективність статинотерапії значно переважає всі можливі ризики виникнення побічних патологій.

– Є суттєва різниця в ефективності і безпечності всередині класу статинів. що змушує лікарів-клініцистів ретельно обирати препарат та його дозування з огляду на конкретний клінічний випадок, вихідні та цільові значення ліпідограми пацієнта, враховуючи всі небажані побічні ефекти.

УДК 615.15:615.33](043.2)

Мельницька Л.,
студентка групи 226,
спеціальність 226 «Фармація, промислова фармація»,
Горішна І.,
студентка групи 226,
спеціальність 226 «Фармація, промислова фармація»,
Оглобліна М. В.,
канд. фарм. наук, доцент кафедри фармації, фармакології,
медичної, біоорганічної та біологічної хімії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

РАЦІОНАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ: РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Вступ. Однією із вкрай важливих та актуальних проблем XXI століття є резистентність мікроорганізмів до дії антимікробних препаратів (АМП), що стало глобальною загрозою людству та призводить до зменшення ефективності лікування інфекцій, небезпечних для життя; збільшення частоти й тривалості госпіталізацій; витрат на охорону здоров'я; рівня смертності пацієнтів. Так, за оцінками експертів Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я до 2050 р. смертність від антибіотикорезистентних (АМР) нозокоміальних інфекцій збільшиться в декілька разів (щорічне число померлих у світі може досягнути 10 млн.), а щорічні витрати на їх лікування 8 трильйонів доларів.

Однією з причин зростаючої хвилі АМР бактерій експерти вважають безконтрольне застосування антибіотиків пацієнтами без призначення лікаря (самодіагностику й самолікування). В свою чергу, слід зауважити, що самолікування антибіотиками, широко поширене в країнах з низьким і середнім доходом, також практикується і в Україні. Частота самолікування безпосередньо пов'язана з рядом соціально-економічних причин і поведінковими стереотипами споживачів лікарських засобів.

Методи дослідження. Використані методи аналізу, систематизації та узагальнення інформації.

Результати дослідження

Фармацевтичні працівники часто є першою точкою контакту для пацієнтів і можуть реально впливати на використання лікарських засобів, в тому числі й антибіотиків. Фармацевт повинен стояти на сторожі захисту та зміцнення здоров'я, безпеки та благополуччя пацієнтів і громадськості, роблячи їх більш стійкими до інфекції. Коли потрібні антибіотики, фармацевт, в ідеалі за наявності необхідних діагностич-

них засобів, видає антибіотики у конкретних юридично визначених випадках або радить звернутися до лікаря. Саме в їх консультативній допомозі й полягає клінічна роль фармацевта у попередженні АМР та забезпеченні оптимального застосування АМП.

Така ситуація дає фармацевту унікальну можливість запропонувати ефективне управління лікарською терапією та консультування з питань споживання лікарських засобів (дозування, тривалість прийому, корекція дози, взаємодія з їжею та іншими лікарськими засобами тощо), а також залучати пацієнтів до належного, ефективного, безпечного і відповідального застосування ліків за рахунок консультацій та співпраці з лікарями, що забезпечить відповідальне застосування антибіотиків.

Висновки. Таким чином, оцінюючи роль фармацевтичних працівників, як основних посередників між системою охорони здоров'я та пацієнтом, слід зауважити, що фармацевти, поряд з регулюючими органами та лікарями, грають ключову роль в забезпеченні правильного використання антибіотиків.

УДК 616.33-002-06-039.71:615.273](043.2)

Цуканов І. М.,
студент групи 5204 Медичного інституту,
Зак М. Ю.,
д-р мед. наук, професор,
завідувач кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПРОФІЛАКТИКА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ПОСТКОВІДНИЙ ПЕРІОД НА ФОНІ ПРИЙОМУ АНТИАГРЕГАНТІВ

В патогенезі розвитку коронавірусної хвороби було встановлено, що одним із шляхів проникнення вірусу в організм людини є рецептори ACE2, найбільша кількість яких знаходиться на слизових оболонках очей, дихальних шляхів, в легенях. Потрапивши на слизову, вірус, використовуючи ACE2 як вхідні ворота, проникає всередину клітин, руйнуючи їх, потім потрапляє в бронхи і легені, далі в кровоносну систему.

Стінки судин зсередини вистелені клітинами ендотелію, також забезпеченими рецепторами ACE2. Вірус, проникаючи в ці клітини, частково їх руйнує, поширюючись по всьому організму.

Беручи до уваги, що клітинний шар ендотелію бере участь в контролі тромбоутворення, вчені припускають, що в разі пошкодження цих

клітин коронавірусом порушується регуляція системи згортання крові, внаслідок чого відбувається формування її згустків і утворенню тромбів. Пошкодження стінок судин може також супровокувати їх запалення і відрив тромбів, що може привести до інфаркту, інсульту або тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

Крім великих судин, страждають і дрібні судини, в яких від закупорити їх згустків крові відбуваються крововиливи. Після зараження людини вірусом SARS-CoV-2 включаються захисні функції організму. У деяких випадках імунна відповідь буває неадекватно сильною. Ця реакція (цитокіновий шторм) викликає неконтрольований запальний процес, організм руйнує сам себе.

Для попередження розвитку ускладнень з боку ССС в протоколи лікування входять антиагреганти найяскравішим представником яких є ацетилсаліцилова кислота. Зважаючи на механізм дії цих препаратів на фоні їх прийому може виникнути ряд ускладнень.

Так головним і загальним елементом механізму дії є пригнічення синтезу простагландинів із арахідонової кислоти шляхом інгібування ферменту циклооксигенази. В останні роки було встановлено, що існує як мінімум 2 ізоферменти циклооксигенази, які інгібуються нестероїдними протизапальними препаратами (до яких входять антиагреганти). Перший ізофермент ЦОГ-1 – контролює продукцію простагландинів, регулює цілісність слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, функцію тромбоцитів і печінковий кровоток, а другий ізофермент – ЦОГ-2 – бере участь в синтезі простагландинів при запаленні. Співвідношення активності в плані блокування ЦОГ-1/ЦОГ-2 дозволяє судити про їх потенційну токсичність.

Ацетилсаліцилова кислота, яку використовують для забезпечення антиагрегантного ефекту при захворюванні на COVID-19, має виражену селективність у відношенні ЦОГ-1. Саме з цим пов’язано ряд ускладнень, що виникають на фоні тривалого прийому даного препарату.

В першу чергу виникають порушення ШКТ: диспепсичні розлади (проноси, печія, блювання), гастралгії та інші. Найбільш частим ускладненням є виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ульцерогенна дія), шлунково-кишкові кровотечі.

Також при тривалому прийомі можуть виникати дистрофічні зміни в нирках, печінці, суглобах та інших органах. Причина цих змін прихована в механізмі дії – а саме в антипростагландиновому ефекті: простагландини, як відомо, є не тільки медіаторами запалення, але і регуляторами регіонарного кровоточу в органах. Простагландини групи А і Е мають вазодиляторні властивості, покращують мікроциркуляцію, знижують споживання кисню тканинами, їм притаманна також антиу-

льцерогенна дія. Прстагландини групи F_{2a} найчастіше викликають протилежні ефекти.

Викликане тотальне пригнічення синтезу простагландинів в певний момент може привести до переважання в організмі простагландину F_{2a} з вазоконстрикторними властивостями. Внаслідок в органах починає переважати вазоконстрикція, порушення мікроциркуляції, що веде за собою розвиток мікроінфаркту в органі. Найбільш вразливими органами-мішенями є ШКТ, нирки, печінка, серце, головний мозок.

Для попередження виникнення ускладнень на фоні прийому антиагрегантів, а саме для попередження ульцерогенного ефекту препарати доцільно комбінувати з антисекреторними засобами, такими як H_2-гістаміноблокаторами(фамотидин), блокаторами протонної помпи (омепразол), синтетичний аналог простагландину E_1 – мізопростол, антиоксиданти (віт. Е, кверцетин, тіатриазолін), стимулятори мікроциркуляторних процесів (трентал, вінброн). Також важливою частиною уникнення побічних ефектів є правильність дозування антиагрегантних препаратів. Так для досягнення антиагрегантного ефекту при призначенні ацетилсаліцилової кислоти дозування препарату коливається в межах 0,075 – 0,325 г 1 раз в день, що забезпечить антиагрегантну дію, та в меншій мірі буде викликати побічні ефекти.

УДК 159.942.2-057.874:37.018.43]:616-036.21](043.2)

Чеботарь М. Е.,
студентка групи 3202 Медичного інституту,
Дробот В. Г.,
викладач кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ВПЛИВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ШКОЛЯРІВ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Актуальність теми. Нікому не секрет,що наше покоління страждає від низького соціалізму. Багато хто пов’язує це і з розвитком і популяризацією інтернету, соціальних мереж та віртуального світу. Технології поглинають нас, і дискусії про те погано це чи навпаки добре не вщухають між науковцями. І найбільш вразливими до такої «цифрової» залежності є дитяче населення.

З появою пандемії, введенням карантинних заходів серед яких обов’язковим є дистанційне навчання (звичайно, дуже вірний крок на

шляху до вирішення проблеми сьогодення та смертності серед населення), але чи добре це для дітей? Як діють обмежувальні заходи, малорухомість, дефіцит спілкування з однолітками на психоемоційний стан школярів? Адже,ще до пандемії COVID-19 було встановлено, що ймовірність розвитку неврозів у дітей підвищується у 2,5 рази при низькому рівні рухової активності, у дітей з нераціональним харчуванням ймовірність проявів психічних розладів підвищується в 2,2–3,2 рази. У зоні ризику щодо погіршення здоров'я також знаходяться учні, які мають тривалість екранного часу більше 2-х годин на добу.

Мета роботи. Вивчити вплив дистанційного навчання на життєдіяльність та психоемоційний стан дітей

Матеріали та методи дослідження. Для дослідження змін життєдіяльності дітей та впливу на нього дистанційного навчання ми провели опитування серед школярів та їх батьків Заводського району, м. Миколаєва. В анкетуванні взяли участь 100 учнів 1–11 класів. В опитувальник входили запитання, що стосувались типу навчання, тривалості сну та активності дітей протягом доби. Для визначення рівня тривожності та депресії школярів ми застосували короткий варіант дитячої шкали тривожності та депресії (RevisedChildren'sAnxietyand DepressionScale – RCADS).

Результати дослідження. При оцінці стану реактивної тривожності школярів встановлено високий рівень – у 8,1% учнів до періоду ізоляції і у 10,1% - під час періоду ізоляції, а низький рівень тривожності – у 62,6% і 58,9% школярів відповідно. Високий рівень особистісної тривожності виявляється у 32,9% учнів до періоду ізоляції та у 44,3% під час ізоляції, а низький рівень у 18,7% і 15,9% школярів відповідно. Більш високі цифри реактивної та особистісної тривоги зареєстровано у дівчат. Майже в 3 рази частішезустрічаютьсяклінічновиражені прояви тривожності та депресії.

Негативні фактори, що діють на школярів під час навчання «на дому»:

– відсутність особистого спілкування з учителем і живого спілкування з однокласниками.

– малий обсяг вільного часу, постійне перебування в обмеженому просторі не дають школярам можливості повноцінно емоційно і розумово розкритися, приводячи до гальмування розумової діяльності;

– низька фізична активність дитини, постійне перебування в сидячому положенні призводить до розвитку захворювань опорно-рухової системи, наростання негативного емоційного фону, що, провокує збільшення рівня агресивності, збудливості та імпульсивності;

– використання смартфонів на домашньому навчанні. Виявлено, що за час дистанційного навчання збільшився час проведений за смарт-

фоном. Згідно опитуванню школярі частіше використовують смартфони під час навчання(74,4%). Діти найчастіше скаржилися на почервоніння очей (18,1%), на їх втому (44,9%), на загальне стомлення при тривалій роботі. Це є серйозним фактором ризику розвитку головних болей і патологій зору;

– використання навушників під час дистанційного навчання. Крім смарфтонів і комп'ютерів 72,5% учасників опитування використовували навушники під час дистанційного навчання, при цьому більше чверті (29%) опитаних використовували їх близько 4 годин і більше. Більшість (85,9%) школярів не відчували дискомфорту при використанні, меншість скаржилося на тяжкість в голові, шум і закладеність у вухах.

– нестача свіжого повітря призводить до слабкості, млявості, сонливості. Характерні часті рецидиви хронічних захворювань.

Висновки. Таким чином, обмеження соціальної взаємодії і рухової активності, постійне перебування в обмеженому просторі, а також відсутність можливості інтерактивного он-лайн навчання з вчителем і класом під час карантинних заходів приводить до підвищення показників тривожності і депресії у дітей та підлітків.

Отже, оптимізація цих аспектів життя може позитивно позначитись на процесах збереження та зміцнення здоров'я дітей.

УДК 616.24-002-097-036-08(043.2)

Чеботарь М. Е.,
студентка групи 3202 Медичного інституту,
Свердлова М. В.,
канд. мед. наук, старший викладач,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПНЕВМОЦИСТНА ПНЕВМОНІЯ: КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ВТОРИННИМИ ІМУНОДЕФІЦИТАМИ

Актуальність пневмоцисної пневмонії (ПЦП) визначається труднощами у диференціальній діагностиці, складнощами лікування і високою летальністю. Особливе значення в клінічній медицині має проблема ПЦП у хворих з вторинними імунодефіцитами.

За відсутності лікування хворих ПЦП відсоток летальності становить 100%, при своєчасно розпочатому лікуванні – 40%. Рецидиви спостерігаються у 30% пацієнтів, з яких близько 50% випадків складають летальні наслідки. ВІЛ-інфіковані є носіями пневмоцист в 90%

випадків, а медичний персонал – в 80%.ПЦП становить 7,1% від померлих ВІЛ-інфекцією і займає в структурі смертності 4 місце після туберкульозу. У 58% ПЦП поєднується з ЦМВ/туберкульозом і є тяжким поєднанням, що приводить до летального результату.

Пневмоцистна пневмонія (ПЦП) – респіраторна, грибкова, латентна інфекція, яка у імунокомпроментованих осіб протікає з вираженою дихальною недостатністю і відноситься до найбільш важких СНІД-індикаторних інфекцій. Збудником є дріжджоподібний грибок Pneumocystisjirovecii. Шляхи передачі інфекції – повітряно-крапельний трансмісивний.

Патогенез визначається біологічними властивостями збудника і імунної системи господаря.

Основна роль в розвитку захворювання належить клітинному імунітету і альвеолярним макрофагам. Цистипройшовши весь цикл розвитку прикріплюються до альвеол з виходом токсичних речовин. Клінічно це проявляється лихоманкою. Скорочується дихальна поверхня альвеолоцитів, альвеоли заповнюються пінистим секретом. Альвеолярна стінка потовщується в 15–20 разів. Розвивається альвеолярно-капілярний блок.

До груп ризику належать: ВІЛ-інфіковані з СД4 <200кл/мкл.; хворі із системними захворюваннями крові та сполучної тканини; онкопацієнти; гормонозалежні хворі;пацієнти з цукровим діабетом.

Гострий початок спостерігається вкрай рідко – у новонароджених; підгострий – у ВІЛ-інфікованих. Інкубаційний період триває 15 тижнів (розмноження цист) і ще 4 тижні необхідно для розвитку пневмонії.

Існують 3 клінічних стадії ПЦП:

1. Набрякова – триває 10днів. Характеризується задишкою, сухим кашлем і лихоманкою.
2. Ателектазна – триває 4 тижні. Характеризується наростанням клініки, де задишка є провідним симптомом.
3. Емфізематозна – розв’язка ПЦП.

При ПЦП виділяють клінічну тріаду - задишка в 100% випадків; кашель гавкаючий, кашлюкоподібний; лихоманка до 38–39°С.Також спостерігаються втрата ваги, нічна пітливість, озноб, і втому. Перкуторно виявляють вкорочення легеневого звуку; аускультативно - жорстке дихання, сухі хрипи, а в нижнє-задніх відділах – крепітуючі.

Інфекцію Pneumocystis можна діагностувати за допомогою імунофлуоресцентного або гістохімічного фарбування зразка і шляхом молекулярного аналізу продуктів полімеразної ланцюгової реакції. Важливо, що грибок присутній у здорових людей в нормі, і при хорошому імунітеті захворювання не розвивається. В периферичній крові специ-

фічних змін при ПЦП також не визначається. Рентгенологічно характерними є картина матового скла та симптом «метелика».

Диференційну діагностику необхідно проводити з такими захворюваннями як: цитомегаловірусна інфекція, неспецифічна пневмонія, туберкульозний процес, саркома Капоші (вісцеральна форма).

Основою для лікування ПЦП являвся котрімоксазол (триметоприм + сульфометаксозол). У ВІЛ-позитивних пацієнтів лікування пневмоцистної пневмонії обов'язково повинно поєднуватися з терапією ВІЛ-інфекції (призначення комбінованої антиретровірусної терапії). Важливим аспектом лікування пневмонії є застосування кортикостероїдів (преднізолон) за схемою і в високих дозах протягом 21 дня.

Таким чином, верифікація діагнозу пневмоцистної пневмонії заснована на виявленні характерної клінічної картини; визначенні імунодефіцитного стану у пацієнта; артеріальної гіпоксемії; виділення збудника з біологічного матеріалу респіраторного тракту; рентгенологічно-двосторонніх інтерстиціальних інфільтративних змін в легенях; позитивного клініко-рентгенологічного ефекту протипневмоцистної хіміотерапії котрімоксазолом.

Секція.
СУСПІЛЬНІ НАУКИ

Підсекція: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ САМОАКТУАЛІЗОВАНОЇ ОСОБИСТОСТІ

УДК 159.923.2

Амплєєва О. М.,
канд. психол. наук, в.о. доцента (б.в.з.) кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ САМОРОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ

Проблему саморозвитку особистості вивчали вчені-філософи ще з часів античності. Однак, більш ґрунтовно та усвідомлено дане питання почало розглядатися у другій половині XX століття. Усвідомлення саморозвитку особистості вважається індивідуальною та соціально значущою темою. Первинною сходинкою саморозвитку особистості є внутрішня потреба особистості в самопізнанні, в розкритті своєї власної природи. При цьому самопізнання виступає як спостереження та вивчення себе як частинки природи, виявлення своїх особливостей і потреб, це розуміння себе з точки зору всього що нас оточує, це усвідомлення власного Я, як морального та духовного феномену.

Саморозвиток особистості можна розглядати як керований та усвідомлений процес, в результаті якого відбувається вдосконалення розумових, фізичних і моральних компетенцій особистості, розкриття її індивідуальності. Загалом процес саморозвитку не має меж, як немає меж власної досконалості природа людини.

В сучасних умовах пандемії, соціальній трансформації, підвищується роль активного ставлення людини до власного життя, свого здоров'я, фізичного та інтелектуального розвитку. Важливе значення набуває усвідомлення особистістю того, що в своєму житті вона повинна покладатися насамперед на себе і бути готовою до будь-яких змін у зовнішньому світі. Разом з тим, ще недостатньо проявляється ставлення сучасної особистості до самоактуалізації (або самореалізації).

Проблема самоактуалізації особистості вважається однією з фундаментальних проблем людського буття, оскільки саме завдяки даному процесу індивід долучається до суспільства, гармонійно і збалансовано розкривається в ньому, здійснюючи можливості розвитку власного «Я».

Ця проблема має і важливе суспільне значення, так як самореалізація визначає продуктивну спрямованість особистості, є базовою детермінантою соціальної творчості, а значить, розвитку суспільства в цілому. Особистість, яка розуміє власні внутрішні потреби та бажання, прагне до саморозвитку та самоактуалізації, здатна працювати у команді, зможе швидко адаптуватися до змін в умовах трансформації.

Самоактуалізація вважається ключовим поняттям гуманістичної концепції в психології. Її основними цінностями виступає особистісна свобода, незалежність та спрямованість на розвиток, реалізація потенціалу і бажань суб'єкта. Виникнення концепції самоактуалізації особистості і виділення її основних позицій пов'язують з ім'ям А. Маслоу. Також великий вплив на розвиток гуманістичного підходу до особистості мали А. Адлер, К.Г. Юнг, Е. Еріксон, Е. Фромм, Г. Олпорт, К. Роджерс, Р. Мей, В. Франкл, Р. Ассаджолі та ін.

Так, Е. Фромм виражає ідею зростання та розвитку через поняття «плідна орієнтація» в житті людини, яка розуміється як установка на реалізацію людиною властивих їй можливостей, гідне використання своїх сил. Е. Фроммом були виділені п'ять основних екзистенціальних потреб людини:

– потреба у встановленні зв'язків;
– потреба в подоланні;
– потреба в корінні;
– потреба тотожності з самим собою;
– потреба в системі поглядів і відданості.

Можна виділити типові риси індивідів, що займаються саморозвитком та самоактуалізацією і досягають в ній великих успіхів, а саме:

– займаються улюбленою справою;
– не підкоряються чужому впливу;
– прагнуть до розвитку;
– люблять читати;
– це творчі особистості;
– застосовують позитивний образ мислення;
– впевнені в собі;
– відкриті в емоційному плані;
– прощають себе за періодичну нестриманість, дратівливість, притаманну всім.

Таким чином, саморозвиток та самоактуалізація виражається в особистісному прагненні до найбільш повного виявлення особистісних можливостей, їх усвідомлення та подальшого спрямування в конкретну сферу інтересів, особливо в сучасних умовах трансформації.

УДК 159.942-057,875:005,336,2

Васильєва Г. В.,
канд. психол. наук, доцент кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ЗВ'ЯЗОК ТРАВМИ ПРИХИЛЬНОСТІ ТА НАРЦИСТИЧНІ ПРОЯВИ

Сучасні погляди на розуміння особистості та її типології включають в себе особливості типу прихильності як такі характеристики особистості, що є базовими в можливості будування стосунків. Тип прихильності ми розуміємо як особливості ранніх стосунків дитини з материнською фігурою. Психоаналітичні теорії ранніх об'єктних стосунків розуміють психіку як проекцію зовнішніх стосунків в ранньому віці. Об'єктами є люди, з якими дитина формує відносини і на основі цих відносин дитина створює «внутрішні об'єкти», що є психічною репрезентацією зовнішніх. Такий погляд дає розуміння та прикладні аспекти використання теорії типів прихильності в психологічній практиці. Тобто від типу прихильності в ранньому віці будуть залежить тип стосунків, які здатна встановлювати людина в дорослому житті.

Виділяють 4 типи прихильності: нормальна, тривожна, дезорганізована та уникнення. Стосунки з материнською фігурою, які характеризуються як стабільні, надійні та емоційні є підґрунтям для формування у дитини почуття довіри до світу, безпеки та відчуття власної цінності. Якщо стосунки були нестабільні, мати мала власні емоційні проблеми, що проявлялось в непослідовності, то це впливало на відчуття у дитини небезпеки та неможливості звернутися до «надійного об'єкту» для захисту. Таким чином, саме особливості зв'язку між мамою та дитиною є фундаментом стосунків зі світом та відчуття власної безпеки та позитивного самовідношення. Прихильність формується в дуже ранньому віці, на першому віці життя, і таким чином є базовою основою для формування особистості. Згідно з результатами досліджень, надійний тип прихильності притаманний % популяції, тож ми маємо ті чи інші порушення типу прихильності, які безпосередньо впливають на особистісні якості та порушення розвитку. Одним з поширених типів особистості є нарцистична структура особистості, як в нормальному варіанті, так і в патологічному. Поширеність нарцистичних проявів в популяції є досить високою, що пов'язано як з психосоціальними так і з економічними факторами. Такі ціннісні орієнтації як успішність, конкретність, потреба в визнанні, досягненнях є складовою нарцистичної особистості. Емоційною складовою є емоційна компетентність, розуміння власної ідентичності,

залежність самовідношення та Я-концепції від зовнішніх підкріплень, концепція «заслуговувати любов». Саме емоційні властивості нарцистичної особистості, на наш погляд пов'язані з феноменом типу прихильності та формуються в довербальний період саме на моделі стосунків з материнською фігурою.

Згідно з теорією прихильності Дж. Буолбі, існує вплив ранньої розлуки з материнською фігурою та порушеннями розвитку в дорослому віці. Для дитини прихильність пов'язана з безпекою та виживанням.

Ми розглядаємо особистість з нарцистичними проявами як таку, що мала в анамнезі порушення емоційного зв'язку в ранньому віці у формі порушень прихильності та як наслідок певний дефіцит у розвитку позитивного самовідношення та Я-концепції.

Нами було досліджено рівень та зв'язок сепараційної тривоги з нарцистичними проявами. Отримані результати дають можливість нам розглянути нарцистичні прояви як травму розвитку, яка характеризувалася певними порушеннями прихильності в дитячому віці та посиленням рівня сепараційної тривоги. Порушення прихильності по типу уникаючої та дезорганізованої є тими факторами, які лежать в основі переживань тривоги та ненадійності світу, та під впливом яких формується нарцистичний радикал особистості.

Розуміння нарцистичної особистості як продукту травми розвитку та встановлення зв'язку з рівнем нарцистичних проявів та рівнем сепараційної тривоги дає можливість прогнозувати рівень та якість соціальної адаптації, також розширює наші психотерапевтичні стратегії при роботі як з проблемами сепараційної тривоги, так із нарцистичною проблематикою клієнта.

УДК 159.98: [364-214:316.36-057.36](477)(043.2)

Васильєва Г. В.,
канд. психол. наук, доцент кафедри психології,
Колєснік Н. В.,
магістрант спеціальності «Психологія»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН У СІМ'ЯХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Корекція сімейних відносин отримала останнім часом значний розвиток. Виникла в 50-х роках на Заході і зобов'язана своєю появою в основному психіатрам та психотерапевтам, сімейна психотерапія була

спочатку адресована сім'ям, які мають душевнохворих. Поступово ця область науки все більш набувала популярності як за програмними цілями, так і по об'єкту вивчення. Якщо спочатку ставилося завдання лікування або реабілітації хворого шляхом психотерапевтичного впливу на його сім'ю, то згодом вже сама сім'я стає груповим клієнтом (цілим). Основне порушення в сімейній взаємодії пояснюються в психологічному плані: це порушення в ролях, контактах, узгодженні потреб.

Особливість корекції сімейних відносин полягає в тому, що звернення сім'ї за психологічною допомогою найчастіше пов'язано з поведінкою і проблемами дітей. Звернення сім'ї до психолога − свідоцтво того, що у членів сім'ї є установка на збереження спільного життя і в глибині душі люди вірять, що зможуть змінитися. Завдання психолога в цьому випадку − реалізувати ці можливості, сприймаючи їх як потенціал сім'ї, необхідний для таких змін, але в даний момент неусвідомлений.

Роль членів сімей військовослужбовців розглядається в якості однієї з різновидностей психологічної підтримки: дружини військовослужбовців, по суті, є асоційованими членами військової служби, їх статус фіксується рангом чоловіка, що для офіцерських дружин означає пряму адаптацію до вже існуючих неписаним традиціям і порядкам. Таку підтримку надають як профілактику всім військовослужбовцям, а з метою психологічної корекції застосовують щодо осіб із симптомами непатологічних і патологічних психогенних реакцій.

Дружини військовослужбовців, що знаходяться в умовах перманентної внутрішньо-стресовій ситуації, відносяться до специфічної соціальної групи, яка характеризується певними психологічними особливостями. Було встановлено найбільш типовий стан індивіда у власній родині: задовільний − незадовільний; нервово-психічну напругу; сімейну тривожність показники у таблиці. Тобто психологічну атмосферу сім'ї та сімейних відносин. Необхідну інформацію, що дозволяє дати кваліфіковану оцінку взаємин подружжя, можливо отримати за допомогою опитувальників, які спрямовані на виявлення особливостей спілкування і взаємин, особистісні якості партнерів, спільність інтересів і цінностей.

Таблиця 1

Типовий стан стосунків у сім'ї

Шкала	**Результати**	
Задоволеність/незадоволеність	12/13	середнє значення
Нервово-психологічна напруга	18	високе значення
Сімейна тривожність	19	високе значення

Стрес жінок під час нового відрядження чоловіка на складну та небезпечну роботу, проходить 3 етапи, перший з яких це – стадія тривоги, що виникає з появою подразника, що викликає стрес. Наявність такого подразника викликає низку фізіологічних змін: у людини частішає подих, трохи піднімається тиск, підвищується пульс. Змінюються і психічні функції: вся увага концентрується на подразнику, виявляється підвищений особистісний контроль ситуації.

Дослідження показують, що у дружин військовослужбовців, які тривалий час перебувають в соціально-стресової ситуації потребують психологічної підтримки, адже це впливає на їх психологічний стан і на структуру сімейних стосунків у цілому.

Дослідження базувалося на вивченні сімейних відносин, а саме як ставленні жінок до того, що їх чоловіки перебувають у зоні бойових дій, наша ціль була пропрацювати їх тривожність та переживання стосовно цього та показати, що це має велике значення на формування стосунків у сім'ї.

УДК 159.942

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

СТАВЛЕННЯ ДО СЕКСУАЛЬНОСТІ В ТРАДИЦІЙНІЙ КУЛЬТУРІ УКРАЇНЦІВ

Інтелігенція XIX ст. ідеалізувала селян як справжніх носіїв української ідентичності, тому питання інтимних стосунків, сексуальності, статевого дозрівання не належали до дослідницьких пріоритетів. Проте, дехто з інтелектуалів з широким кругозором і знанням мов, що були добре обізнані у європейській науці, не обійшли увагою дослідження людської тілесності. Завдяки напрацюванням І. Ворожбит, З. Гуревич, М. Грушевського, З. Кузелі сьогодні маємо безцінний матеріал, на підставі якого можна робити певні припущення, узагальнення про ставлення до сексуальності наших предків.

Як зазначає І. Ігнатенко, традиційна сексуальна культура українців знаходить вираження в багатьох звичаях і ритуалах XIX ст. Дорослішання, знайомство зі своїм тілом, його сексуальними потребами і фізіологією відбувалося, так би мовити, само собою. Статевого виховання в українських родинах не було, батьки з дітьми-підлітками про «це» відк-

рито не говорили, залишали «незручну» тему напризволяще (споглядання за паруванням тварин, сороміцький фольклор, таємні розмови зі старшими за віком тощо), що гіпотетично було зумовлено страхом інцесту.

Така необізнаність подекуди призводила до життєвих трагедій, коли дівчата вагітніли, але не до кінця усвідомлювали, звідки та дитина «причепилася». «Провина» за позашлюбну, а отже, небажану вагітність цілком покладалася на дівчину, яка не спромоглася вберегти «віночок». За це суспільство карало її загальним приниженням, висміюванням, цькуванням, що не давало шансу влаштувати особисте життя. У цьому яскраво проявляються подвійні стандарти: з одного боку, прославлення чистоти і дошлюбної цноти, з іншого – не тільки відсутність статевого виховання, а й певне підштовхування, провокація до близькості на вечорницях під час спільного спання молоді.

Шлюб в українському традиційному суспільстві був надважливим, тому старші постійно орієнтували на нього молодь з початку фізіологічного дозрівання. Шлюб відкривав можливості, недоступні для одинокої особи: економічну незалежність, повагу спільноти, уявлення про «правильний» життєвий сценарій і, звичайно, легальний секс. За тогочасними уявленнями, інтимні стосунки в шлюбі «виправдовувалися» дітонародженням. Будь-які спроби уникнути вагітності теоретично засуджувалися, хоча на практиці люди могли регулювати вагітність через перерваний статевий акт («грати у висмика») або вживання жінками певних рослинних засобів, які вважалися абортивними (вивари з листя цибулі чи материнки).

Інтимні практики подружньої селянської пари могли бути різноманітними: і за видами сексу, і за сексуальними позиціями. Попри фактичну відсутність етнографічних записів – опитувань селян на цю тему, у сороміцькому фольклорі збереглося багато згадок про класичний вагінальний, а також про оральний і анальний секс. Не поодинокі описи різних статевих позицій і різних місць для кохання. Секс, як правило, відбувався не в хаті, а на природі: у лісі, на ставку, річці, полі, городі тощо. Очевидно, українське селянське подружжя вело насичене сексуальне життя залежно від рівня їх статевих конституцій, бажань і фантазій, проте у вільний від роботи час.

Секс міг бути не лише у шлюбі, а й поза ним. Хоча останній засуджувався, але вагому причину для розлучення не становив. Секс на стороні, особливо з боку чоловіка, вважався за такий, що не вартий уваги мудрої жінки. Щоб зберегти родину, нажите майно й господарство жінка зазвичай толерувала чоловікову зраду (можливо ця причина через колективне несвідоме досі примушує багатьох жінок закривати очі на подружні зради). Разом з тим жінки, з якими одружені чоловіки чинили пе-

релюб, були одиначками, соціально незахищеними особами – покритками, молодими вдовами тощо.

Дівчата рано виходили заміж – у 15–17 років, тому у 35–40 вже вважалися старими. Якщо у твоєї дитини народжується своя дитина (тобто, ви з чоловіком – баба і дід), займатися сексом і навіть просто спати разом ставало непристойним. А якщо вони продовжували жити статевим життям, з них сміялися, мовляв, «ніяк дід із бабою не можуть заспокоїтися». Народжених у цьому віці дітей називали «бабичами».

Втім, для більшості жінок таке правило ставало полегшенням. Адже до 30 років жінка була виснажена працею, доглядом за дітьми та постійними пологами, тому можливість не спати з чоловіком і більше не народжувати сприймалася за щастя. Статус баби для жінки був найвищим, вона могла бути моральною цензоркою, виконувати обряди, а після менопаузи – знахарювати та приймати пологи.

Як бачимо, українське традиційне суспільство накладало низку табу, заборон і обмежень, зокрема, на дошлюбний секс та вагітність. Суспільний контроль за інтимними стосунками сімейних пар був дещо слабшим, хоча й тут існували вимоги – багатодітність та припинення інтимних стосунків після початку сімейного життя своїх дітей. Перспективним є вивчення впливу згаданих особливостей наших предків у ставленні до інтимного життя на сексуальність сучасної особистості, що є одним із важливих завдань психології сексуальності.

УДК 159.293

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

ПАНДЕМІЯ COVID-19, СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ ТА СОЦІАЛЬНЕ ДИСТАНЦІЮВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Вірус COVID-19 кинув серйозний виклик людству, поширення його прийняло форму пандемії, щоденні зведення нагадують такі з театру військових дій, смертність зростає в прогресії. В Україні спостерігається така ж картина: за час пандемії захворіло близько 2 млн осіб, з них близько 40 тис. померло – дані постійно оновлюються, і вони невтішні.

Найважливішою особливістю пандемії є те, що наслідки стосуються не тільки фізичного стану, але і в чималому ступені психічного здо-

ров'я людей, націй в цілому. Він поширився по всьому світу і торкнувся всіх аспектів людського життя. Дослідження, проведені фахівцями, свідчать про значний психологічний і соціальний вплив на населення. Виявлено вплив на психологічне благополуччя найбільш вразливих груп, включаючи дітей, студентів та медичних працівників, у яких з більшою вірогідністю розвинеться посттравматичний стресовий розлад, тривожність, депресія і інші симптоми дистресу. Дійсно, ряд робіт говорить про збільшений рівень тривоги, неспокою, страху та інших стресорів серед студентської молоді, тому що вони стикаються з жорсткими заходами ізоляції і мають менше ресурсів, щоб впоратися з цим. Велика увага приділяється взаємозв'язку між почуттям ізоляції та результатами психічного здоров'я.

Дослідження, які були проведені нами в квітні 2021 року серед студентів-психологів 1 курсу нашого навчального закладу, зафіксували високий рівень особистісної та ситуативної тривожності, (відповідно М = 49,1 та М = 45,7 балів) за методикою Ч. Спілбергера-Ю.Ханіна.

Одним із дієвих заходів, які приймаються урядами країн, є обмеження особистих контактів з іншими людьми, то, що називають соціальним дистанціюванням (СД). Соціальне дистанціювання, що забезпечує безпечний буфер між нами та іншими людьми за межами нашого будинку, може приймати різні форми, включаючи: (1) перебування на відстані не менше 1,5 - 2 м від інших людей, (2) роботу з дому, (3) обмеження розміру громадських зібрань, (4) відмову від громадського транспорту, (5) уникнення багатолюдних місць і великих скупчень людей, (6) укриття на місці і (7) самоізоляцію, якщо хтось підозрює, що у нього може бути хвороба або хтось контактував з хворим. Начальні заклади перейшли на онлайн-навчання, підприємства закрилися і т. ін. У зв'язку з цим значно зростає роль он- лайн послуг з охорони психічного здоров'я. Одним з актуальних питань є використання соціальних мереж і смартфонів в період пандемії. У деяких роботах, в якіх розглядувалися питання соціальних мереж і їх негативних наслідків для психічного здоров'я, часто підкреслюється, що люди, які недостатньо інтегровані та/або не мають/мають відносно мало зв'язків в соціальних мережах, піддаються більшому ризику депресії, ніж ті, хто соціально інтегрований. Проблематичність ситуації в тому, що існує достатня кількість публікацій, які говорять про негативні наслідки перебування студентської молоді в соціальних мережах та користування смартфонами, проте автори довели, що якщо до пандемії смартфони були розділовою силою між людьми в їх соціальних мережах, то з моменту пандемії цього може і не бути. Людей необхідно заохочувати використовувати будь-які доступні їм технології, щоб залишатися на

зв'язку. У той же час, дослідження Sharon Horwood, Jeromy Anglim [2019] показали, що якщо «розважальне використання» («entertainment usage») смартфона негативно корелювало з самопочуттям, то використання його як зазвичай або для спілкування позитивно ставиться до показника життєвого благополуччя («well-being»).

Jamil Zaki з Стенфордської щколи гуманітарних і природничих наук, автор психологічного бестселера «Війна за доброту: створення співчуття в розколотому світі» («The War for Kindness: Building Empathy in a Fractured World», 2019) пропонує заохочувати людей практикувати «дистанційне спілкування» - залишаючись фізично відстороненими, але зберігаючи соціальні зв'язки за допомогою технологій – соціальних мереж, месенджерів та ін. Тобто, йдеться, скоріше, не про соціальне, а про фізичне дистанціювання.

У цьому сенсі навчальні заклади можуть встановлювати пріоритети в розробці цифрових психологічних втручань, таких як додатки та онлайн-програми, поряд з іншими такі послуги, як текстові повідомлення, лінії чату, форуми тощо. Університети мають також надавати психологічні послуги віч-на-віч або дистанційно, оскільки вони пом'якшать емоційний і психічний вплив на студентів; про можливості психологічної допомоги в електронному просторі ми вже писали. Дуже важливо постійно підтримувати зв'язок зі студентами. Університети слід приступити до розробки структурованих програм для зменшення занепокоєння, таких як навчання життєвим навичкам і mindfulness-терапія, яка була схвалена для зниження рівня тривожності. Бажано провести дослідження найбільш популярних соціальних мереж і платформ і специфіки їх для цілей психологічних впливів з урахуванням цих особливостей, наприклад, відносно нова соцмережа Clubhouse з мовним режимом, що дає додаткові можливості комунікації, в тому числі, терапевтичні. Дослідження, які ми провели серед психологів-першокурсників у квітні 2021 року, показали, що майже усі респонденти користуються смартфонами, при цьому найбільш розповсюдженою є мережа Instaram (83%, «багато контенту, у т.ч., візуального») на другому місці – Tik Tok (34%, «емоційна розрядка»), серед месенджерів – Telegram (59%, «зручно листуватися і спілкуватися з людьми, можна швидко дізнаватися новини»), ефект використання є неоднозначний: з одного боку, – «спілкування з людьми; багато інформації, якою зручно розпоряджатися; можна завдяки ним розвиватися і поліпшуватися; соц.мережі піднімають настрій; можуть допомогти боротися зі стресом», з іншого – «забирає велику частину часу; інколи, особливо в інстаграмі, починаю порівнювати себе з іншими людьми, що негативно впливає на мою самооцінку; може підвищитися тривожність; іноді порушення кордонів інших людей через

почуття захищеності». Розподіл користування студентами розважальним та освітнім контентами приблизно однаковий. Не менш важливо, щоб університети переглянули свої навчальні плани. На наш погляд, було б доцільним ввести спецкурс «Основи он-лайн консультування» для студентів психологів, оскільки зараз такі послуги будуть затребувані і необхідно готувати фахівців, навчених навичкам надання психологічної допомоги в кіберпросторі.

УДК 159.293

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

ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ ЯК СУЇЦИДОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН

Серйозне занепокоєння викликає зростання суїцидальної активності, пов'язаної з пандемією, її наслідками [Mark D Griffiths & Mohammed A. Mamun, 2020; Wolfram Kawohla, Carlos Nordta, 2020], це стосується безпосередньо і університетської молоді – вони є одними з найбільш вразливих, стикаючись з жорсткими заходами ізоляції і маючи менше ресурсів, щоб впоратися з цим [Antonio J. Rodríguez-Hidalgo et al., 2020] .

Вихователі та педагоги повідомили про зміни в емоційному стані і поведінці дітей та підлітків під час ізоляції. Найбільш частим симптомами була нудьга (73,8%), за якою слідували самотність (64,5%) і розчарування (61,4%) [Evren Morgül, Angeliki Kallitsoglou, & Cecilia A. Essau, 2020].

Самотність, на думку такого авторитету в суїцидології, як А. Г. Амбрумова, є, мабуть, найбільш загальним мотивом суїцидальної поведінки різного роду в будь-якому віці [Амбрумова, 1981]. Вона може бути швидкоплинним почуттям або хронічним переживанням. Згадаймо слова Е. Кречмера: «Душа є світ як переживання» [Э. Кречмер, 1927]. Причому переживання розуміється ним (і нами) широко – як цілісний стан, що включає в себе емоційні, когнітивні, вольові, поведінкові та інші компоненти душевно-духовної активності людини.

Було виявлено, що самотність завжди пов'язана з погіршенням як фізичного, так і психічного благополуччя [Primack et al., 2017]. А. Г. Амбрумова вважає, що самотність може бути двох видів: як емоція простої структури, близької до вітальних переживань, і складної

структури, вторинної, в основі якої лежать неподільний оточуючими світогляд, незадоволеність реалізацією своїх соціальних установок, релігійних поглядів, естетичних переживань, і вони не менш інтенсивні, ніж перші. Форми самотності вкрай різноманітні: тут і потреба в батьківській любові, і подружні ревнощі в ситуації покинутості, і жага до поваги та визнання. У літньому віці в міру зниження життєвої активності формується почуття безпорадності і неповноцінності. Неминуча смерть близьких людей та однолітків у літніх людей загострює відчуття емоційного вакууму і спустошеності, провокує суїцидогенні переживання, «утому від життя», «нетерпіння смерті» [Амбрумова, ibid.].

За даними М. Г. Балашової та Є. Ю. Собчик [Балашова, Собчик, 1983], контингент пацієнтів, які переживають самотність, склав 80 % від групи пацієнтів із вираженим суїцидальним ризиком. При цьому авторами спостерігалися такі причини, що породжують почуття самотності:

– раптова втрата значущої близької людини внаслідок смерті;
– втрата близької людини внаслідок розриву стосунків;
– відсутність взаєморозуміння між подружжям;
– відсутність взаєморозуміння між батьками й дітьми підліткового та юнацького віку;
– труднощі соціальної адаптації та спілкування в акцентуйованих дисгармонійних особистостей.

Хворобливі розлади виявлялися, як правило, симптомами ситуаційно-перехідних субдепресивних станів й астено-невротичних реакцій на тлі тих чи інших характерологічних і вікових особливостей особистості. Більшість суїцидентів, незалежно від характеру конфлікту, висловлювали скарги на стан, що характеризується відчуттям гострого душевного болю, безвихіддю, почуттям безпорадності, стійким порушенням сну, емоційною нестійкістю, фіксованістю на психотравмі, зниженням працездатності. Крім того, вони активно висловлювали суїцидальні наміри.

Фахівці з Університету Кента в результаті дослідження суїцидальної поведінки підлітків та молоді вважають, наприклад, що в 15-річному віці і старше в суїцидальній поведінці самотність – сусідка суїцидальних думок, на відміну від більш молодого віку [Schinka et al., 2012].

Наше дослідження парасуїцидального типу поведінки показало, що в цілому в парасуїцидентів почуття самотності стоїть на першому місці серед подій за ступенем тяжкості, поряд із втратою близьких із причин смерті – 19,1 %, втратою значущих людей з інших причин – 12,8 % і зґвалтування – 10,6 %. Це підтверджується дослідженнями про часту скаргу на самотність у суїцидентів. В порівнянні із контрольною групою у парасуїцидентів переживання самотності значно більш проявлено ($p<0,001$) та протягом достатньо тривалого періоду – декілька міся-

ців (p<0,020). У представників контрольної групи на першому місці стоїть втрата близьких із причини смерті – 19,1 % і втрата значущої людини з інших причин – 9,1 %.

Самотність (ми маємо на увазі саме почуття самотності, пережите парасуїцидентом безпосередньо перед самогубством) негативно корелює з цілями середньої віддаленості: r = 0,315 (p<0,005); мабуть, у цей момент соціальні аспекти мало цікавлять індивіда, особа емоційно нестабільна r= 0,28 (p<0,001). Якщо ж подібні цілі ставилися, то в тих парасуїцидентів, що не переживали самотності (t = 2,21, за p < 0,032), з іншими показниками цільової спрямованості статистично значущих зв'язків немає. Парасуїциденти, які, за їхніми висловлюваннями, мали незначний досвід самотності, більш схильні до обдумування вчинків (С6) і почуття обов'язку (С3) згідно до результатів опитувальника NEO PI-R, тоді як у парасуїцидентів із почуттям самотності більш високий інтегральний показник негативних життєвих подій (t = 2,85, за p < 0,014).

Таким чином, переживання цього стану молодими людьми, студентами зокрема, може стати мішенню терапевтичних інтервенцій, особливо в теперішній час пандемії. Робота може здійснюватися дистанційно. Використовуючи опитування студентів коледжу, Bian і Leung [Bian, M.; Leung, 2015] показали, що чим більше у людини балів по самотності і сором'язливості, тим вище ймовірність того, що він буде залежним від смартфона. Крім того, це дослідження показує, що найпотужнішим предиктором, що обернено пропорційним впливає на соціальний капітал, була самотність.

УДК 159.942:616.899:376.4(043.3)

Лисенкова І. П.,
д-р психол. наук, професор, завідувачка кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Складність і багатогранність існування сучасного суспільства вимагає всебічного осмислення нових психологічних феноменів, зокрема емоційної компетентності особистості, що містить сукупність окремих психічних функцій, когнітивних параметрів, взаємопов'язаних характеристик індивідуальних особливостей особистості, її діяльності та поведінки. На сучасному етапі становлення суспільства проблема

емоційного розвитку постає досить гостро. Загальновизнаним є той факт, що емоції включені до усіх психічних процесів і станів людини й супроводжують будь-які прояви її активності. Значні можливості емоційного чинника людини, що розкриваються в стійких емоційних стосунках, ідеалах, нормах поведінки, виявляються ефективними лише тоді, коли перетворюються в реальні мотиви діяльності. Які б умови та детермінанти не визначали життя та діяльність людини – внутрішньо, психологічно значущими вони стають лише у тому випадку, коли забезпечується ефективність функціонування сфери її емоційних відносин.

Вивчення емоційного розвитку є новим сегментом у дослідженні емоційної сфери особистості з особливими освітніми потребами. Важливість розв'язання проблеми емоційного розвитку зумовлено тенденцією до зростання кількості дітей з порушеннями когнітивного розвитку, у яких офіційно діагностовано низький рівень функціонування когнітивних процесів, відхилення поведінки, спостерігається дезадаптація в освітньому та соціальному середовищі. У цьому контексті одним із важливих завдань спеціальної психології є вивчення детермінант емоційного розвитку таких дітей, що дає змогу розробити нові технології у формуванні їх здатності усвідомлювати себе, суспільне довкілля та взаємодіяти з його соціальними об'єктами.

На нашу думку, основна складність у розумінні вченими поняття емоційного розвитку особистості пов'язана з кількома причинами: по-перше, з його інтегруванням з іншими психічними властивостями, процесами і станами (О. Запорожець, Б. Додонов, Я. Рейковський, Н. Рейнвальд та ін.); по-друге, різним тлумаченням поняття «емоційний розвиток» – одні вчені (Б. Ананьєв, В. Вундт, Б. Додонов, Ж. Піаже та ін.) це поняття ототожнюють з почуттями й переживаннями, а інші чітко диференціюють його (П. Анохін, В. Вілюнас, К. Ізард, О. Леонтьєв, П. Сімонов та ін.). Помітні такі концептуальні розходження в працях вчених пов'язані різним визначенням складових емоційного розвитку: «емоція і почуття», «емоція та афект», «емоція і переживання», «емоція і психічний стан», що свідчить про невпорядкованість та розмитість визначень окремих підкласів цілісної, динамічно змінної моделі емоційного розвитку.

У спеціальних психолого-педагогічних дослідженнях питання емоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами різнобічно вивчалося на тлі навчально-пізнавальної діяльності, поведінки, в контексті психічних процесів тощо (Н. Баташева, І. Біла, Л. Вавіна, І. Гудим, Е. Данілавічюте, І. Дмитрієва, А. Душка, А. Замша, В. Засенко, Н. Засенко, В. Кобильченко, А. Колупаєва, В. Лубовський, Ю. Макси-

менко, О. Мамічева, Л. Прохоренко, О. Романенко, Л. Руденко, Т. Сак, О. Хохліна, С. Яковлева та ін.). Підсумовуючи висновки вчених, можна виокремити певні особливості емоційного розвитку таких дітей до яких науковці відносять підвищену схильність до страхів, що у свою чергу породжує вегетативні розлади, нагромадження емоцій неуспіху, порушення спілкування, невпевненість у власних можливостях та відсутність активного процесу самовиховання, пасивність, сором'язливість, невміння відстоювати власні інтереси тощо. У дітей з когнітивними порушеннями емоційний розвиток проявляється незрілістю, яка характеризується відсутністю жвавості, яскравості емоцій та почуттів, низьким рівнем домагань, поверхневими емоційними реакціями, недостатністю позитивних переживань, що негативно відбивається на засвоєнні соціального досвіду (О. Бабяк, Н. Баташева, Г. Єгорова, Л. Божович, В. Лебединський, Ю. Міланич, В. Мухіна, І. Недозим, О. Орлов, Л. Прохоренко, B. Bettelheim, M. Miller, B. Rimland та ін.).

Теоретичний аналіз проблеми дає підстави виокремити основні теоретико-методологічні підходи до опису емоційної сфери особистості, які нині запропоновані психологічною наукою: регуляційний, структурний, психофізіологічний, автономний, соціокультурний та системний підходи. Розмаїття підходів вказує на існування відмінностей в уявленнях дослідників щодо основоположних аспектів функціонування емоційної сфери особистості. На цьому етапі розроблення вказаної теоретико-методологічної проблеми постає необхідність в застосуванні інтегративного підходу до опису емоційної сфери особистості. Перспективним в цьому напрямі видається саме системний підхід, оскільки в межах цього підходу емоційну сферу можна розглядати як системне явище. Ґрунтуючись на принципах системного підходу (Б. Ананьєв, В. Ганзен, В. Кузьміна, Б. Ломов, В. Шадріков, А. Крилов, Г. Сухо-дольський та ін.) та з огляду на провідну функцію емоційного реагування в життєдіяльності особистості емоційну сферу визначено як складну психічну систему оцінювання задоволеності актуальних потреб індивідуума.

Таким чином, на основі аналітичного дослідження проблеми виокремлено основні теоретико-методологічні підходи до опису емоційної сфери особистості: регуляційний, структурний, психофізіологічний, автономний, соціокультурний та системний підходи. За результатами аналізу констатовано, що найбільш перспективним шляхом вирішення проблеми емоційного розвитку особистості є системний підхід. Ґрунтуючись на положеннях цього підходу «емоційну сферу» як наукову категорію визначено як складну психічну систему оцінювання задоволеності актуальних потреб індивідуума. Відповідно в цьому контексті уточнено зміст поняття «емоційний розвиток» як розгорнутий в часі

динамічний процес, що виявляється в незворотних, спрямованих та закономірних кількісних і якісних структурно-функціональних змінах ставлення особистості до дійсності.

Теоретичне дослідження проблеми детермінації емоційного розвитку в дитячому віці сприяло уточненню змісту поняття «детермінанти емоційного розвитку» як комплексу зовнішніх і внутрішніх чинників, що зумовлюють появу якісно нових та удосконалення існуючих характеристик емоційної сфери.

УДК 159.923-053.6

Миропольцева Н. І.,
канд. психол. наук, в.о. доцента (б.в.з.) кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ СТУДЕНТІВ ЯК ФАКТОРУ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ

В даний час потреба суспільства у висококваліфікованих спеціалістах є дуже гострою та розглядається тенденція посилення даної потреби на майбутнє. В якості основного фактора підвищення професійної освіти виступають запити економіки та соціальної сфери, науки, техніки, технологій, ринку праці та перспектив їх розвитку. Основна мета професійного навчання навчальних закладів - підготовка кваліфікованого спеціаліста, конкурентоспроможного на ринку праці, відповідального, орієнтованого в суміжних сферах діяльності, здатного до ефективної роботи за фахом, готового до професійного зростання. Для успішної професійної діяльності важливий певний рівень розвитку соціального інтелекту, який визначається особливостями сприйняття, уваги, пам’яті, мислення, ерудованості, загальної культури. Однак у роботах сучасних психологів все більш чітко звучить думка про те, що для більш ясної картини інтелектуального потенціалу особистості недостатньо знати показники загального інтелекту, необхідно також мати уявлення про здатність до ефективної міжособистісної взаємодії. Таким чином, окрім розвинутого загального інтелекту, досить велике значення має рівень розвитку соціального інтелекту, що визначає здатність людини до ефективного спілкування та розуміння себе та інших, успішність соціальної адаптації, розуміння та прогнозування результатів власної поведінки та поведінки партнерів по взаємодії.

Поняття «соціальний інтелект» відносно нове для вітчизняної психології, хоча воно стало активно вживатися за кордоном ще на початку

XX ст. Дане поняття ввів в науковий оборот Е. Торндайк, визначивши його як одну з різновидів інтелектуальних можливостей, основна функція яких полягає в «розумінні людей, що робить можливим керування ними і розумною поведінкою». В роботах Г. Айзенка соціальний інтелект розглядається як одна з трьох відносно самостійних концепцій інтелекту. До них він відносить біологічний, психометричний та соціальний інтелект. Дослідник вважав, що соціальний інтелект - це інтелект індивіда, що формується в ході його соціалізації під впливом соціокультурних умов. К. О. Абульханова-Славська, спираючись на концепцію Г. Айзенка, доповнив функціональне значення даної концепції інтелекту, яка, на його думку, полягає в використанні психометричного інтелекту в цілях адаптації до вимог суспільства. Дж. Гільфорд визначає соціальний інтелект як «інтегральну інтелектуальну здатність, що визначає успішність спілкування та соціальної адаптації». Він зазначає , що дана здатність спирається на пізнання людської поведінки і містить такі компоненти, як здатність передбачати наслідки поведінки людей у певній ситуації, передбачити те, що відбудеться далі; здатність виділення загальних істотних ознак в різних невербальних реакціях людини; здатність розуміти зміни значення схожих вербальних реакцій людини; здатність розуміти логіку розвитку ситуації взаємодії, значення поведінки людей у цих ситуаціях.

Невербальне спілкування реалізується за допомогою знакових систем: міміка, жести, пантоміміка, простір тощо. Невербальна поведінка доповнює нашу вербальну мову, характеризуючи емоційний стан партнерів , і створює психологічний контакт між співрозмовниками. Чарлі Чаплін та інші актори німого кіно були засновниками невербальної комунікації. За допомогою жестів, а особливо міміки, глядачі визначали позитивних та негативних персонажів. Розуміння поз, міміки та жестів дозволяє психологу правильно зрозуміти людину та уточнити правдивість сказаного нею, встановити реальну проблему та теми, які її хвилюють. Усі без виключення доповнюють своє мовлення жестами для досягнення різних цілей: більш яскраво виразити свої емоції та почуття, приховати хвилювання або обман, доступно пояснити інформацію. Дорослі здатні більш стримано виражати свої емоції і відповідно їх невербальна поведінка скупа на жести і мімічні вирази. Юнаки частіше використовують невербальну поведінку. Саме тому ми обрали цю вікову категорію для проведення нашого дослідження. Особливої уваги у даному аспекті набуває дослідження соціального інтелекту майбутніх психологів, адже при розмові психолог зчитує 55% невербальних сигналів іншої людини, задля кращого її розуміння.

З метою вияву особливостей прояву соціального інтелекту майбутніх психологів було проведено пілотажне дослідження на базі Чорно-

морського національного університету імені Петра Могили. В якості психодіагностичного інструментарію нами була використана методика «Соціальний інтелект» Джой Гілфорда. Методика «Соціальний інтелект» спрямована на виявлення у людини рівня розуміння комунікативної поведінки оточуючих. Результати емпіричного дослідження виявили переважання середнього рівня соціального інтелекту. Що свідчить про те, що студенти розуміють почуття та думки людей, аналізуючи їх невербальні сигнали, та можуть прогнозувати майбутню поведінку співрозмовника, але інколи допускають помилки при аналізуванні проявів невербального спілкування. Це дає підстави стверджувати про необхідність забезпечення психологічного супроводу студентів для його становлення в процесі навчальної діяльності.

УДК 159.942-053.6-057.874(043.2)

Хоржевська І. М.,
канд. психол. наук, старший викладач кафедри психології,
Пушкаревська Н. О.,
магістрант спеціальності «Психологія»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ МАТЕРІ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДИТИНИ

Сучасна українська сім'я стикається з дуже складними проблемами. Це пов'язано зі збільшенням числа малозабезпечених сімей, з факторами, що погіршують здоров'я населення, зі зміною традиційних ролей в сім'ї, особливо ролі жінки, з ростом кількості неповних сімей. Стиль саме материнських відносин або стиль сімейного виховання в цілому значно визначається сукупністю способів і прийомів спілкування по відношенню до дитини. Саме материнська установка і реакція – це узагальнені, характерні, ситуаційно неспецифічні способи виховання матері з дитиною, це образ дій по відношенню до дитини.

Представники різних психологічних шкіл займалися вивченням взаємин матері і дитини та розглядали їх як важливе джерело дитячого розвитку. Наукові основи для розробки проблеми відносин закладені в фундаментальних дослідженнях психологами Л. І. Божович, О. А. Козлюк, С. В. Радченко, С. Л. Рубінштейном, Н. М. Руденко, О. В. Царьковою і продовжені в різних контекстах іншими дослідниками.

Тривожність – це психічний стан, що викликається можливими або неприємними ситуаціями, несподіванкою, змінами в діяльності, за-

тримкою приємного, бажаного і виражається в специфічних переживаннях: побоювання, хвилювання, порушення спокою та іншому. При характеристиці тривожності як емоційного стану слід враховувати як особливості ситуацій, які викликають цей стан, так і його зовнішні та внутрішні прояви, в тому числі переживання, які можуть значно впливати на поведінку. Страх в формі побоювання може займати значне місце в деяких станах тривожності, однак не слід вважати страх і тривожність синонімами, так як є такі стани тривожності, в яких страх відсутній або незначний. На відміну від терміну «занепокоєння», в терміні «тривожність» підкреслюється компонент страху, що робить можливим віднести останній до своєрідної форми страху.

Серед причин, що викликають дитячу тривожність, на першому місці, на думку О. Савіної є саме неправильне виховання і несприятливі відносини дитини з батьками, особливо з матір'ю, неприйняття матір'ю дитини викликає у неї тривогу через неможливість задоволення потреби в любові, пестощі і захисті. У цьому випадку виникає страх: дитина відчуває умовність маминої любові («Якщо я зроблю погано, мене не будуть любити»). У свою чергу, незадоволення потреби дитини в любові будуть спонукати домагатися її задоволенні будь-якими способами.

Дитяча тривожність може бути наслідком і симбіотичних відносин дитини з матір'ю, коли мати відчуває себе єдиним цілим з дитиною, намагається відгородити його від труднощів і неприємностей життя. Вона «прив'язує» до себе, оберігаючи від уявних, неіснуючих небезпек. У результаті дитина відчуває занепокоєння, коли залишається без матері, легко губиться, хвилюється і боїться. Замість активності і самостійності розвиваються пасивність і залежність.

У тих випадках, коли виховання ґрунтується на завищених вимогах, з якими дитина не в силах впоратися, тривожність може викликатися боязкістю не виконати завдання, вдіяти не так, як потрібно. Нерідко батьки культивують «правильність» поведінки: ставлення до дитини може включати в себе жорсткий контроль, строгу систему норм і правил, відступ від яких тягне за собою осуд і покарання. У цих випадках тривожність дитини може породжуватися страхом відступу від норм і правил, що встановлюються дорослими («Якщо я буду робити не так, як сказала мама, вона не буде мене любити»).

Причиною виникнення тривоги завжди є внутрішній конфлікт, суперечливість прагнень дитини, коли одне її бажання суперечить іншому, одна потреба заважає іншій. Суперечливий внутрішній стан дитини може бути викликано:

1) суперечливими вимогами до неї, що походять з різних джерел (або навіть з одного джерела: буває, що батьки суперечать самі собі, то дозволяючи, то грубо забороняючи одне й те саме);

2) неадекватними вимогами, невідповідні можливостям і прагненням дитини;

3) негативними вимогами, які ставлять дитину в принижене, залежне становище.

У всіх трьох випадках виникає почуття «втрати опори», а також втрати міцних орієнтирів у житті, непевність у навколишньому світі.

Отже, дослідивши питання щодо особливості впливу тривожності матері на емоційний стан дитини, можемо зазначити, що до причин, що викликають дитячу тривожність, першочергово варто віднести саме неправильне виховання і несприятливі відносини дитини з батьками, особливо з матір'ю.

УДК 37.159.922

Хоржевська І. М.,
канд. психол. наук, старший викладач кафедри психології,
Рижкова І. О.,
магістрант спеціальності «Психологія»,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПРИЧИН СІМЕЙНОГО КОНФЛІКТУ

Сімейний конфлікт явище досить поширене. І це не дивно, адже саме в родині відбуваються тісні контакти між людьми. При цьому кожний з членів сім'ї хоче жити згідно зі своїми ідеями і поглядами, і не завжди виходить порівняти їх зі звичками і переконаннями інших членів сім'ї. На цьому ґрунті і відбуваються сімейні конфлікти. Але іноді виникає конфронтація, коли люди не можуть зрозуміти один одного і приходять до неправильного висновку. Це породжує претензії і образи, і не завжди виходить врегулювати проблему мирним шляхом.

У ході вивчення проблеми сімейного конфлікту виявлено основні причини його початку, до яких належать:

– наміри змінити партнера. Як це не дивно, але ті, від кого ми вимагаємо змін, зовсім не хочуть бути глиною, з якої можна зліпити все, що завгодно. У них є свої переконання, уявлення про правила сімейного життя, цінності, на які вони спираються;
– егоїзм;
– ревнощі;
– невміння спілкуватися один з одним. Непорозуміння як результат небажання вести діалог;
– обмеження свободи дій, самовираження членів сім'ї;

– незадоволення потреби в позитивних емоціях;
– відсутність ласки, турботи, уваги й розуміння;
– побутова невлаштованість;
– зрада;
– неповага один до одного;
– різні погляди на сімейне життя;
– невідповідність темпераментів;
– шкідливі звички одного з подружжя та пов'язані з ними наслідки;
– небажання допомагати один одному;
– матеріальні проблеми, які складно вирішити;
– розбіжності в духовних інтересах.

Привертає увагу підхід дослідників В. К. Мягера та Т. М. Мішиної, які вважають, що конфлікт у сім'ї виникає у тому випадку, коли обидва учасники прагнуть оволодіти одним і тим самим об'єктом, зайняти одне і те ж місце чи виняткове положення, грати несумісні ролі, досягнути різноспрямованих цілей. Окрім того, у суспільній свідомості конфлікт, як правило, асоціюється з тим, чого не має бути у сім'ї. Головним є висновок про те, що конфлікт містить можливість виходу на новий рівень взаємин, знаходження нових можливостей. Успішні сім'ї відрізняються від проблемних не відсутністю чи низькою частотою конфліктів, а незначною їх глибиною і безболісністю.

Відомий дослідник А. І. Кочетов називає сім основних причин сімейних конфліктів:

– порушення етики подружніх стосунків (зрада, ревнощі). Звичайно зрада одного із подружжя є травмуючою для будь-якої людини, так, вона переживається як зрадництво, обман і відсутність любові. Безпричинні ревнощі сприймаються як недовіра з боку партнера й викликають відчуття образи;

– біологічна несумісність. Досить часто шлюби укладаються по любові, що є вищим почуттям, яке зв'язане значною мірою із загальним світоглядом, ціннісними орієнтаціями, системою мотивації й спрямованістю особистості. Однак особливості нервової системи, не завжди прийняті майбутнім подружжям до уваги, можуть стати причиною сексуальної незадоволеності або розбіжності біоритмів «жайворонка» і «сови»;

– непорозуміння подружжя (одного з них) з людьми, які їх оточують, – родичами, знайомими, товаришами і т. д. Звичайно, найпоширенішою причиною конфліктів є некоректне ставлення одного з подружжя до батьків іншого партнера. Багато батьків, які опікуються сімейним щастям своєї вже дорослої дитини, порушують структуру стосунків молодих пар, створюючи конфліктні ситуації;

– несумісність інтересів і потреб. Досить часто подібність інтересів і потреб лежить в основі створення сім'ї, однак вони не можуть повністю збігатися у двох різних людей, а також змінюються із часом, що спричиняє непорозуміння;

– відмінність педагогічних позицій стосовно дитини. Виховуючи дитину, батьки використовують непослідовний стиль так само, як і різні цілі й засоби виховання. Що не тільки не приносить бажаного ефекту, але й просто робить дитину нещасною;

– наявність особистісних недоліків або негативних якостей в одного, а часом і в обох. Брутальність, запальність, брехливість, неохайність і багато інших якостей викликають незадоволення в другої половини, і тільки наявність у неї такої позитивної якості, як терпіння, здатне запобігти подружній сварці;

– відсутність взаєморозуміння між батьками й дітьми. Якщо попередні причини в основному стосувалися подружніх стосунків, то остання належить до проблем батьків і дітей. По суті вона ґрунтується на різних цінностях, потребах й інтересах різних поколінь і невміння розуміти іншу точку зору.

Відповідно із дослідницькими фактами фахівців, гострота конфліктів, їх частота, сила емоційних вибухів, контроль за власною поведінкою, тактика і стратегія поведінки партнерів у різних конфліктних ситуаціях залежить також від індивідуальних особливостей, темпераменту і характеру.

Секція.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Підсекція: АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ, ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

УДК 378.091.2:796.011.3(477.73)ЧНУ

Редька О. Г.,
канд. біол. наук, доцент (б.в.з.) кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Конопляник О. В.,
старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Сергієнко Ю. М.,
старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В ЧНУ ім. ПЕТРА МОГИЛИ

Фізичне виховання у вищому навчальному закладі є невід'ємною частиною формування загальної і професійної культури особистості. Як навчальна дисципліна, обов'язкова для всіх спеціальностей, вона є також засобом формування всебічно розвиненої особистості, оптимізації фізичного і фізіологічного стану студентів у процесі професійної підготовки.

Фізичне виховання – напрям фізичної культури, пов'язаний з процесом виховання особи, набуттям нею відповідних знань та умінь з використання рухової активності для всебічного розвитку, оздоровлення та забезпечення готовності до професійної діяльності та активної участі в суспільному житті [ЗУ Про фізичне виховання та спорт].

Студентська молодь являє собою соціальну групу, для якої характерною є низка специфічних умов життєдіяльності. Зниження рівня рухової активності студентів обумовлене не тільки збільшенням витрат часу на учбову діяльність, але і способом життя, який став звичним для більшості молоді (захоплення комп'ютерними іграми, соціаль-

ними мережами, нераціональне харчування, нестача сну, недостатнє перебування на відкритому повітрі, наявність шкідливих звичок).

На сучасному етапі розвитку суспільства фізична культура є одним із найважливіших факторів у формуванні, зміцненні та збереженні здоров'я людини.

Пошуку засобів підвищення ефективності фізичного виховання студентів присвятили свої дослідження багато вчених. Організаційно-педагогічне та методологічне підґрунтя вдосконалення системи фізичного виховання викладено у дослідженнях Л. В. Волкова, Т. Ю. Круцевич, О. С. Куца, Б. М. Шияна, диференційованому фізичному вихованню присвячені дослідження Т. В. Петровської, Н. В. Москаленко, В. В. Веселової та інших.

Відповідно до структури фахової підготовки ЧНУ ім. П.Могили дисципліна «Фізичне виховання» викладається на всіх спеціальностях бакалаврського рівня освіти у формі секційних занять за видами спорту в обсязі 2-х аудиторних годин на тиждень згідно з розкладом, що формується на кафедрітеорії та методики фізичного виховання та узгоджується з деканом факультету.

Заняття з фізичного виховання за певним видом спорту чи фізичним навантаженням проводяться відповідно до навчальних програм у таких спортивних секціях: легкої атлетики; баскетболу; волейболу; бадмінтону; настільного тенісу; футболу; фітнесу, академічне веслування, атлетична гімнастика.

При формуванні секцій враховуються: спортивні інтереси студентів, їх стан здоров'я та спортивна кваліфікація, наявна спортивно-матеріальна база, кваліфікація викладачів факультету. Первинні дані щодо комплектування секцій за певним видом спорту чи фізичним навантаженням або спеціальних секцій фізичної реабілітації за станом здоров'я, ми отримали шляхом анкетування студентів.

Заняття з фізичного виховання на І- курсі в ЧНУ ім. Петра Могили проводиться згідно з розкладом на водній станції, секція академічне веслування. Починаючи з ІІ курсу, студенти обирають собі секцію індивідуально, на сайті ЧНУ ім. Петра Могили – Moodle.

За бажанням студенти можуть переходити з однієї секції до іншої на початку нового навчального семестру. Кількість студентів в секційній групі складає 25 осіб. В іншому випадку за рішенням декана факультету фізичного виховання і спорту студентам пропонується скоригувати свій вибір. Секційні заняття для студентів з послабленим станом здоров'я у спеціальних группах (СМГ) здійснюється на підставі медичного висновку. У процесі занять з фізичного виховання студенти за станом свого здоров'я можуть переходити із медичної групи в основну та навпаки на підставі заяви студента та медичної довідки. Атестація студентів з фізичного виховання передбачає поточний і підсумко-

вий контроль. Поточний контроль здійснюється під час практичних занять, підсумковий контроль проводиться у формі річної атестації за результатами поточних рейтингових показників вкінці навчального року з метою щорічного оцінювання фізичної підготовленості студентів. Щорічне оцінювання підготовленості студентів в кінці навчального року здійснюється за 100-баловою шкалою.

Згідно сайту ЧНУ ім. П.Могили - Moodle, можна зробити висновок, що наші студенти у 2020- 2021 н.р. надали перевагу таким секціям, як:

Академічне веслування – 100% (535, 5 осіб із 531)
Атлетична гімнастика 99% (220 осіб із 225)
Фітнес – 94.9% (267 осіб із 281),
Настільний теніс і легка атлетика – 85,5% (192 особа із 225),
Волейбол – 84.1% (142 особи із 168),
Бадмінтон 79.5% (179 осіб із 225),
СМГ – 79.5% (59 осіб із 74),
Баскетбол 74,7% (42 особи із 56),
Футбол 70% (38 осіб із 56).

УДК 378.014.611:796.011.3(477)

Конопляник О. В.,
старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Сергієнко Ю. М.,
старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Ільїн М. С.,
старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Бердник В. І.,
в.о. доцента кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

АНАЛІЗ НОРМАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ З РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СТУДЕНТСЬКОГО СПОРТУ У ЗВО

На сучасному етапі розвитку українського суспільства зберігається актуальність всебічної підтримки сфери фізичної культури і спорту з боку держави. Такий стан речей унормований чиним законодавством. Пріоритети державної політики висвітлювались у відповідних законодавчих та нормативно правових актах (законах, указах, постановах, доктринах, стратегіях, наказах тощо).Основним нормативним документом у галузі освітньої діяльності є Закон України «Про освіту». Цей Закон регулює суспільні відносини, що виникають у процесі реа-

лізації конституційного права людини на освіту, прав та обов'язків фізичних і юридичних осіб, які беруть участь у реалізації цього права [Закон України «Про освіту» від 5.09.2017 р]. Відповідно до його положень, освіта є основою інтелектуального, духовного, фізичного і культурного розвитку особистості, її успішної соціалізації, економічного добробуту, запорукою розвитку суспільства, об'єднаного спільними цінностями і культурою, та держави.

Окрім законів, у державі діє низка стратегічних програм та концепцій, які визначають тенденції та перспективи розвитку освітянської складової українського суспільства.

Головним нормативним документом, який регулює та встановлює правові, організаційні, соціальні та економічні основи діяльності у сфері фізичної культури і спорту, суспільні відносини у створенні умов для розвитку цієї сфери є Закон України «Про фізичну культуру і спорт». У контексті нашого дослідження викликає інтерес нормативне регулювання, кадрове забезпечення та функціонування фізичної культури у сфері освіти. У статті 26 чітко зазначено, що «фізична культура у сфері освіти має на меті забезпечити розвиток фізичного здоров'я учнів та студентів, комплексний підхід до формування розумових і фізичних здібностей особистості, вдосконалення фізичної та психологічної підготовки до активного життя, професійної діяльності на принципах індивідуального підходу, пріоритету оздоровчої спрямованості, широкого використання різноманітних засобів та форм фізичного виховання і масового спорту, безперервності цього процессу протягом усього життя». «Фізична культура у сфері освіти базується на затверджених відповідно до закону державних стандартах освіти, спрямованих на забезпечення науково обґрунтованих норм рухової активності дітей та молоді з урахуванням стану їхнього здоров'я, рівня фізичного та психічного розвитку». У Законі чітко визначена провідна роль держави у підготовці, перепідготовці та підвищені кваліфікації кадрового забезпечення для сфери фізичної культури і спорту. З метою створення сприятливих умов для зміцнення здоров'я громадян як найвищої соціальної цінності, забезпечення реалізації права особи на оздоровчу рухову активність булла розроблена Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». Цей документ складений відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, Ради Європи та Європейського Союзу. Метою Національної стратегії є стимулювання громадян до ведення здорового способу життя, впровадження оздоровчо-рухової активності в різні сфери життєдіяльності, збільшення показників здоров'я населення та кількості залучених до зазначених вище видів діяльності.

Ще одним важливим, з позиції сьогодення, нормативним актом є Державна цільова соціальна программа розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року. Її метою є «визначення провідної ролі фізичної культури і спорту як важливого фактору здорового способу життя, профілактики захворювань, створення умов для всебічного гармонійного розвитку людини, сприяння досягненню фізичної та духовної досконалості людини, виявлення резервних можливостей організму, формування патріотичних почуттів у громадян та позитивного іміджу держави у світовому співтоваристві». В основу Програми закладена Концепція Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року, в якій окреслено основні проблеми та причини їх виникнення, а також обґрунтовано необхідність їх розв'язання програмним методом. Демографічна криза, знецінення моральних та патріотичних переконань громадян, погіршення стану здоров'я, невідповідність вимогам та світовим стандартам ресурсного (зокрема, кадрового) забезпечення сфери фізичної культури та спорту, відсутність сталих традицій та мотивації щодо фізичного виховання – основні проблеми сфери фізичної культури і спорту на сучасному етапі розвитку України. Звертаючись до аналізу основних резонів виникнення проблем, зазначимо, що вони низьким рівнем престижності та матеріального заохочення працівників сфери фізичної культури і спорту. У програмі визначено три варіанти розв'язання окреслених вище проблем і визначено оптимальний, який передбачає поєднання зусиль органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства для проведення реформи у сфері фізичної культури і спорту з метою приведення її у відповідність з європейськими вимогами і стандартами шляхом визначення як основи європейської моделі реформування відносин між органами державної влади та громадськими організаціями фізкультурно спортивної спрямованості…».

Проаналізовавши вище зазначені законодавчі та програмно-нормативні документи, прийняті в Україні за роки незалежності, можемо зробити низку висновків:

– нині формується нова стратегія державної політики у сфері вищої освіти, яка у значній мірі торкається системи підготовки фахівців фізичного виховання і спорту, чия майбутня професійна діяльність спрямована на збереження здоров'я людини як найвищої соціальної цінності;

– стратегічні напрямки розвитку сфери фізичної культури і спорту тісно пов'язані з запитами сучасного українського суспільства і базуються на міжнародних нормативно-правових документах;

– трансформаційні зміни у сфері відбуваються з урахуванням досвіду високо розвинених країн світу, які мають високі показники охопленості населення оздоровчою руховою активністю, високі стандарти під-

готовки кадрів фізкультурного профілю, прогресивні системи середньої та вищої освіти.

Модернізація вищої освіти України та її інтеграція у Європейський освітній простір безпосередньо залежить від якості та ефективності реалізації законодавчих та програмно-нормативних документів у практику діяльності усіх суб'єктів галузі. Упровадження стратегічних положень, окреслених в документах, слугує основою для майбутнього розвитку системи професійної освіти вчителів фізичного виховання в Україні та позитивних трансформацій у теорії та практиці педагогічної освіти кадрів фізкультурно-спортивного профілю.

УДК 797.12.011.3-057.875

Бондаренко І. Г.,
канд. наук з фіз. виховання і спорту, доцент,
завідувач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Бондаренко О. В.,
викладач кафедри теорії методики фізичного виховання,
Павленко Ю. О.,
в.о. доцента (б.в.з.) кафедри методики фізичного виховання,
Головаченко І. В.,
старший викладач кафедри методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ СУЧАСНИХ НАПРЯМІВ РОЗВИТКУ ВЕСЛУВАЛЬНИХ ВИДІВ СПОРТУ

У Постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів на 2021-2022 роки щодо реалізації першого етапу Стратегії розвитку фізичної культури і спорту на період до 2028 року» (4.11.2020 № 1089) одним з п'яти напрямів стратегії реалізації державної політики у сфері фізичної культури і спорту зазначено необхідність розробки нових підходів до проведення занять з фізичної культури (виховання) у закладах освіти як органічної складової здорового способу життя (2020).

В ЧНУ імені Петра Могили в навчальний процес з фізичного виховання для студентів перших курсів впроваджено програму з академічного веслування. Під час карантинних заходів було розроблено теоретичний курс з метою ознайомлення студентів з новими видами веслувального спорту.

Мета дослідження – підвищення рівня знань студентської молоді з галузі веслувального спорту.

Завданням дослідження слугувало визначення основних особливостей розвитку веслувальних видів спорту.

Було використано наукові методи аналізу, систематизації та узагальнення даних веб-сайтів спортивних федерацій з веслування, правил змагань, нормативних документів, наукових статей.

В результаті дослідження нами визначено напрями розвитку веслувальних видів спорту.

– Розвиток веслування у приміщенні. Цей вид веслування почали використовувати як засіб тренувального процесу для веслярів, але поступово веслування на ергометрах набуло популярності та стало змагальним видом спорту. Веслувальні тренажери тепер можна знайти у фітнес-залах, реабілітаційних центрах, школах, університетах та в багатьох міських спортивних закладах по всьому світу.

– Розвиток прибережного веслування. Прибережне веслування стрімко розвивається у світі. Човни з прибережного веслування використовуються в країнах, в яких відсутні природні умови для занять та змагань академічним веслуванням. Прибережне веслування розвивається у 2-х форматах: 1) змагання з витривалості та 2) пляжний спринт.

– Розвиток видів веслування, які поєднуються з іншими видами спорту, серед яких можна відзначити каное з вітрилами, серфінгWaveski. Змагання з каное під вітрилами розповсюдилися в багатьох країнах. Серфінг Waveski раніше мав назву «веслування на водній лижі». Спортсмени веслують на хвилях за допомогою дволопатевого весла, сидячи на дошці для серфінгу, на якій є сидіння, ремінці для ніг та ремінь безпеки.

– Розвиток веслувальних видів спорту для людей з обмеженими можливостями. Паравеслувальники беруть участь разом з працездатними спортсменами на деяких Кубках світу та Чемпіонатах світу з веслування. Починаючи з 2017 року, дистанція гонок змінилася з 1000 м на 2000 м для всіх змагань, пара-веслування вже поділено на дев’ять класів човнів. Удосконалено систему класифікації спортсменів за ступенем ураженості органів та систем. У 2010 р. було прийнято рішення про включення в програму олімпійських ігор параканое.

– Розвиток видовищних дисциплін веслувального спорту. Екстремальний слалом – це відносно нова дисципліна для веслування на байдарках і каное: швидкісні змагання, коли 4 спортсмена одночасно стартують з пандуса, що перевищує два метри над водою, долаючи дистанцію. З моменту введення цієї дисципліни до Кубків світу та програм чемпіонату світу залучено багато нових шанувальників: телетрансляції отримали високий рейтинг.

– Розвиток «універсальних» видів веслування.У світі поширюється веслування на сап-борді та щороку набуває популярності в усіх країнах. Спортсмен стоячи на сап-борді, рухається за допомогою весла. Особливістю цього виду веслування можна вважати використання для веслування річок, веслувальних каналів, струмків, озер. Розвивається Ва'а– веслування на човні з аутригером. Човен Ва'а, як правило, має поплавок або аутригер, прикріплений до основного корпусу для стійкості. Ва'а відіграє важливу роль у розвитку параканое.

– Розвиток екстремальних видів веслування (рафтинг, фристайл, екстремальний слалом, швидкісний спуск, океанські перегони та ін.). Звернено уваги на безпеку проведення тренувань та змагань спортсменів. З метою визначення найбільш необхідного спорядження відмічено необхідність вміння плавати для веслярів в рятувальному жилеті та екіпіровкою: більшість експертів рекомендують пропливати дистанцію від 500 м до 1000 м.

З'ясовано основні напрями розвитку веслувальних видів спорту: розвиток веслування у приміщенні, прибережного веслування, видів веслування, які поєднуються з іншими видами спорту, веслувальних видів спорту для людей з обмеженими можливостями, видовищних та екстремальних дисциплін веслувального спорту. Матеріали досліджень нами використовуються в теоретичному розділі програми з дисципліни «Фізичне виховання» для студентів 1 курсу.

УДК 796.015.6

Мінц М. О.,
канд. іст. наук,
доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Головаченко І. В.,
старший викладач кафедри методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ЗАСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ ОРГАНІЗМУ СПОРТСМЕНІВ ПРИ ЗНАЧНИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕННЯХ

Значні за обсягом та інтенсивністю фізичні навантаження існують для підтримки спортивної форми. Дуже часто такі тренування можуть проводитись при перевтомі. Це відбувається в тих випадках, коли процес тренування не є придатним для можливостей спортсмена.

За дослідженням Н.Н.Яковлева (біохімія спорту) на кінцевий спортивний результат впливають матеріально – технічне та організаційне забезпечення тренувальної та змагальної діяльності, погодні, клімато -

географічні умови у місцях проведення підготовки та змагань і ін. Немаловажну роль відіграють харчування, відновлення, стимуляція працездатності та анадаптаційних реакцій.

Загалом засоби відновлення в спортивній практиці поділяються умовно на три групи: педагогічне, медико-біологічне та психологічне. Педагогічні засоби відновлення є основними, вони спрямовані на правильне поєднання тренувань та відпочинку, визначають режим спортсмена. До педагогічних відновлювальних засобів відносять:

– раціональний розподіл навантажень в макро-, мезо і мікроциклах;
– створення чіткого ритму та режиму навчально-тренувального процесу;
– раціональна побудова навчально-тренувальних занять;
– використання різних засобів і методів тренування, в тому числі нетрадиційних;
– дотримання раціональної послідовності вправ, чергування навантажень за спрямованістю;
– індивідуалізація навчально-тренувального процесу;
– адекватні інтервали відпочинку;
– вправи для активного відпочинку, на розслаблення та відновлення дихання;
– коригуючі вправи для хребта і стопи;
– дні профілактичного відпочинку.

Педагогічні засоби слід підбирати для кожного спортсмена індивідуально з урахуванням фізичних можливостей спортсмена.

Другим, але не менш важливим засобом відновлення є медико-біологічне. До цих засобів включають фармакологічні засоби, харчові добавки, фізіотерапевтичні процедури та правильний режим харчування.

Для забезпечення повноцінної спортивної діяльності необхідно застосовувати фармакологічні засоби. Ці засоби виконують багато функцій, а саме підвищують спортивну працездатність, прискорюють відновлення функцій організму, прискорення та підвищення рівня адаптації спортсмена до незвичних умов тренувальної діяльності та ін. Серед цих засобів особливу роль займають такі як:

1. Амінокислотні препарати і білкові продукти підвищеної біологічної цінності .
2. Вітаміни .
3. Анаболізуючі засоби (не слід плутати з анаболіками).
4. Гепатопротектори і жовчогінні засоби .
5. Імунокоригуючі засоби.
6. Адаптогени рослинного і тваринного походження, а також препарати деяких інших груп (наприклад, антиоксиданти, електроліти і мінерали, вуглеводні насичені суміші, комбіновані препарати та ін.).

На думку В. Н. Платонова (система підготовки спортсменів в олимпійському спорті) велике значення у відновленні організму спортсмена віграють значну роль харчові добавки. Біологічно активні добавки (БАДи) – речовини, що застосовуються для корегування хімічного складу їжі людини. Це додаткові джерела білка, амінокислот, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин, клітковини – їх ще називають нутрицевтиками. Вони не є лікарськими засобами. Завдяки таким добавкам спортсмен отримує необхідні організму елементи і організму не потрібно боротись з речовинами, які перезавантажують організм жиром та ін.

Так найбільш популярним з БАДів є креатин. Креатин - амінокислота, яка є безпосереднім учасником енергетичного обміну в клітинах (м'язових і нервових клітинах). Простіше кажучи, креатин постачає енергію безпосередньо м'язам. Дана кислота є невід'ємним елементом енергетичного обміну. Багато наукових дослідів показують, що креатин не робить незворотної шкоди для здоров'я і є безпечною добавкою. Незважаючи на те, що існує багато суперечок, як саме креатин надає свої підвищуючи продуктивніст ьпереваги, одне залишається незмінним – більшість його ефектів опиняються за рахунок двох механізмів:

– Внутрішньоклітинна затримка води;
– Підвищення вироблення АТФ.

Тому перед вживанням креатину потрібно обов'язково порадитись з лікарем та прочитати інструкцію.

Серед фізіотерапевтичних процедур особливу роль займають сауна, лазня, масаж, водні процедури, прогулянки на свіжому повітрі та ін.

Під час великих фізичних навантажень, грамотне харчування трохи відрізняється від традиційного. Тому важливо вести правильний режим харчування. Організм людини повинен щодня отримувати достатню кількість багатих енергією живильні речовин.

До них відносяться білки, жири, вуглеводи, вітаміни, солі, клітковина інші необхідні компоненти. В даний час розроблені рекомендації з правильного харчування при великих фізичних навантаженнях спортсменів, відповідно до виду спорту і обсягом виконуваних навантажень. При розрахунку енерго витрат має значення і власна вага спортсмена.

І останнім, але не менш важливим засобом відновлення організму спортсмена є психологічний, який насамперед передбачає індивідуальний підхід тренера до кожного із спортсменів з метою урегулювати його психічний стан, а також дає можливість сформувати у спортсменів позитивну установку на успішну тренувальну діяльність, знизити рівень нервової напруги, усунути стан психічного пригнічення та формує прагнення до перемоги.

Існує цілий ряд методів психорегуляції спортсменів О. Б. Ячнюк, Ю. Ю Мосейчук виділяють:

1. За способом впливу – методи гетерорегуляції (ззовні) та ауторегуяції (самовплив);
2. За змістом – вербальні та невербальні;
3. За технікою оснащення – апаратурні та безапаратурні;
4. За особливостями реалізації – контактні та безконтактні.

На даний момент застосовують більш комплексні підходи психорегуляції, що об'єднують більшість із зазначених вище методів. Це може дозволити більш ефективне їх використання.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновок, що кожен із даних засобів відновлення є важливим при важких фізичних навантаженнях, але більш ефективним є їх комплексне поєднання із врахуванням індивідуальних особливостей для покращання бажаних спортивних результатів.

УДК 796.011.5

Мінц М. О.,
канд. іст. наук,
доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Головаченко І. В.,
старший викладач кафедри методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

ПРОЯВИ ДЕВІАЦІЇ У СПОРТІ

Девіантна поведінка в спорті відома з стародавніх часів. Так, ще на змаганнях під час Олімпійських ігор стародавньої Греції спортсмени назвичайно агресивно ставилися до своїх суперників, зважаючи на те, що треба було отримати перемогу за всяку ціну. Навіть знаменитий філософ Платон під час поєдинку з панкратіону жостоко виконував прийоми, що покалічив свого суперника, хоча в результаті цього і став олімпійським чемпіоном.

І сьогодні у спорті, насамперед професійному, нерідко спостерігається втрата моральних цінностей і орієнтирів. Інколи в гонитві за високим результатом та заради перемоги, спортсмен вдається до серйозних порушень спортивної етики: вживання заборонених препаратів (стероїди, гормон росту, наркотики), навмисне порушення правил гри, що призводить до травматизму суперника, маніпулювання з технікою

та обладнанням (шпаги, шаблі, хокейні ключки). Зустрічається і недобросовісне суддівство. Ці дії спрямовані на нанесення відчутної шкоди суперникові. Така поведінка є деструктивною або аутодеструктивною, якщо повторюється багаторазово.

Доцільно зауважити, що значна частина молоді поступово втрачає інтерес до занять фізичною культурою и спортом. Байдуже ставлення до уроків фізкультури проявляють 3,5% юнаків і 6,3% дівчат. У школі регулярно пропускають уроки фізичної культури дівчата в 10-м і 11-му класах (7,4 ± 3% і 13,5 ± 3,4% відповідно).

Частина студентів університету (близько 3%) вважають заняття спортом шкідливим для власного здоров'я, мотивуючи свою думку тим, що заняття фізичними вправами призводять до перенапруження та травмування. Як результат, маємо наступні наслідки. За досдідженням Н. Б. Стамбулової, лише 10 % жінок і 15 % чоловіків не мали на протязі спортивної кар'єри серйозних травм і захворювань, пов'язаних зі спортом; задоволеними своєю спортивною кар'єрою виявилися лише 35 % спортсменів, абсолютно не задоволені – 17%, а 48 % оцінили рівень задоволеності як середній.

Пошук засобів підвищення фізичних та психологічних можливостей спортсменів сприяв досить активному поширенню серед спортсменів різного роду анаболічних препаратів, так званої «хімії». Спортсмени різних країн під керівництвом тренерів або наглядом лікарів почали вживати різноманітні заборонені препарати – допінги. Дослідження показало, що основними причинами летальних випадків у бодібілдерів є: інфаркт міокарду; порушення електролітного балансу на фоні прийому сечогінних засобів (діуретиків); онкологічні захворювання, а також різного роду хронічні захворювання. Також побічними ефектами від прийому анаболічних препаратів є стероїдна лють, гіпертонія, акне (вугрі), підвищення лібідо (сексуальний потяг до протилежної статті), часті перепади настрою. Деякі стероїди затримують рідину, провокують розвиток гінекомастії. Для жінок досить негативним побічниим ефектом є маскулінізація, гепатотоксичність, себорея, посилення апетиту, нездорове підвищення самооцінки. Треба зауважити, що безконтрольне та надмірне вживання анаболічних препаратів веде до негативних наслідків: роздратованість («стероїдна лють»), депресивний стан, підвищення лібідо, затримка рідин, акне (вугрі), шлункові болі, гінекомастія, підвищення рівню холестерину, маскулінізація у жінок (зміна менструального циклу, ріст волосся по чоловічому типу, грубішає мускулатура та голос, атрофія матки, зміни в яєчниках), негативна дія на печінку (у випадках, коли препарат має метилову групу в альфа-17 позиції), гіпертрофія міокарда з розвитком ішемії, себорея,

зупинка росту волосся в молодому віці або їх випадання. В другому випадку відбувається зниження лібідо, імпотенція, безпліддя, атрофія яєчок, захворювання серцево-судинної системи, пригнічення імунітету та навіть рак. Жінкам бажано взагалі не приймати стероїди. Те саме стосується і підлітків. Починати вживати стероїди слід з 21 року через те, що ендокринна система молодої людини здатна самостійно виробляти потрібну кількість тестостерону. Через вживання в ранньому віці стероїдів може бути передчасна зупинка росту, плечі можуть втратити в ширині та ін. Крім того вживання анаболічних препаратів призводить до психологічної залежності.

Отже, вживання допінгів є надзвичайно шкідливим для здоров'я людини. З метою боротьби з проявами девіацій в спорті доцільно заборонити і офіційно закрити Інтернет-ресурси, які пропагують і пропонують вживати стероїди; притягнути до адміністративної, а у ряді випадків, кримінальної відповідальності тих, хто поширює інформацію про допінги серед спортсменів (особливо підлітків і молоді); в законодавчому порядку поставити в один ряд анаболіки і наркотичні препарати.

УДК 796.344:612.843.6-057.875

Дзюбан О. В.,
викладач кафедри фізичного виховання,
Колоскова І. В.,
викладач кафедри фізичного виховання,
НУК ім. адм. Макарова, м. Миколаїв, Україна

БАДМІНТОН ЯК ЗАСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ ОРГАНІВ ЗОРУ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Зір відіграє величезну роль у життєдіяльності людини. Зір особливо важливий під час навчання для якісного забезпечення процесів читання, писання, творчості. Діяльність зорових функцій – це підґрунтя для формування естетичних почуттів, сприйняття явищ природи, живопису, архітектури.

В межах дистанційного навчання студентам доводиться виконувати багато пошукової роботи з різними інформаційними Інтернет-джерелами, переглядати відеоконтент від викладачів та проводити багато часу в сидячому положенні перед екраном комп'ютера.Тривала робота за комп'ютером призводить до пересихання слизової оболонки ока, появи зорової напруги, неясності зору, роздвоєного бачення у

зв'язку з постійною відстанню між головою людини та екраном монітора, а це може стати причиною різних порушень

Для збереження зору люди технічних та творчих професій таких, наприклад, як дизайнер, інженер, фахівець з IT технологій та інше,з часом починають використовувати різноманітні види спорту замість більш доцільноговикористання оздоровчо-профілактичного бадмінтону. Саме цей вид спорту допоможебільш ефективно зберегти професійну працездатність студентів.

Фахівці зі спортивної медицини з року в рік виявляють все більше позитивних ефектів від занять бадмінтоном, які напряму впливають на стан здоров'я людей та знижують вірогідність розвитку багатьох захворювань. Доведено, що регулярні заняття бадмінтоном знижують ризик виникнення серцево-судинних захворювань, розвитку остеопорозу, дозволяють ефективно контролювати вагу тіла, таким чином здійснювати профілактику діабету, сприяють загальному покращенню психоемоційному стану гравців. Серед ефектів, які менш вивчені, важливе місце займає питання про можливості впливу бадмінтону на профілактику та лікування захворювань органів зору.

Дослідження в цьому напрямку проводилися багатьма вченими. Нещодавно були також опубліковані і результати багаторічних досліджень однієї з федерацій, яка є учасником всесвітньої федерації з бадмінтону програми «Бадмінтон і зір», де фахівці дійшли таких висновків, що бадмінтон є найкращим видом спорту, який покращує кровообіг органів зору. Волан, який то наближується до очей то віддаляється від них, дуже добре тренує м'язи очей. А саме ті м'язи, які відповідають за фокусування зору. Ці м'язи стають сильнішими, більш працездатними, багатьох захворювань вдається уникнути, тобто зір тих, хто займається, покращується.

Під час тренування та змагань з бадмінтону задіяні всі групи м'язів очей. Спостереження за воланом в процесі гри копіюють вправи, які рекомендують офтальмологи як гімнастику для очей, атакож є здоровою альтернативою спеціальних комп'ютерних програм, які працюють за тим же принципом - спостереження очима за наближенням та віддаленням предмету.

Викладачі кафедри фізичного виховання НУК ім. адм. Макарова, користуючись власними спостереженнями та багаторічним досвідом, а також результатами опитування серед студентів, які займаються бадмінтоном 3 рази на тиждень протягом 1-4 років, дійшли висновків, що регулярні заняття з бадмінтону сприяють:

– подоланню стресів(позитивно відповіли 85 % студентів);
– відновлення нервової системи(позитивно відповіли 68% студентів);

– збільшенню рухової активності(позитивно відповіли 97 % студентів);

– контроль за вагою тіла(позитивно відповіли 68 % студентів);

– покращення зору (позитивно відповіли 73 % студентів);

– вихованню фізичних якостей (позитивно відповіли 100 % студентів).

Програма «Бадмінтон і зір» стала однією з трьох опорних програм BWF з розвитку бадмінтону в світі, поруч з такими програмами, як програма навчання тренерів «ShuttleTime» і «AirBadminton» – розвиток бадмінтону на відкритих майданчиках.

Тобто, позитивний вплив використання бадмінтону як профілактично-оздоровчого засобу для збереження органів зору студентів під час дистанційного навчання є доведеним, але потребує подальших досліджень.

ЗМІСТ

Секція.
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ВІДНОВЛЕННІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Підсекція: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

Клименко М. О. Пошкодження клітин – запалення – пошкодження клітин 1

Yaremchuk O., Yaremchuk B., Govindan P. Features of teaching the discipline "Medical and biological physics" for foreign students in English in higher educational institutions..... 3

Зюзін В. О., Френкель Ю. Д., Мунтян Л. Я., Фролов Ю. А., Зюзін Д. В. Лістеріозна інфекція та її вплив на стан здоров'я населення 5

Зюзін В. О., Френкель Ю. Д., Мунтян Л. Я., Фролов Ю. А., Зюзін Д. В. Клініко-діагностична характеристика лістеріозу 7

Козій М. С. Гістологічна діагностика патологічних змін печінки *HYPOPHTALMICHTHYS MOLITRIX* в трансформованих умовах існування 9

Харченко О. В., Силенко О. О., Гаврилюк І. М. Рання діагностика раку шлунка..... 11

Черно В. С., Пшиченко В. В., Гаврилюк І. М., Береза І. В. Кровопостачання стінок пазух твердої оболони головного мозку людини..... 14

Черно В. С., Харченко О. В., Нужна О. К., Пшиченко В. В., Заборовський В. І., Гаврилюк І. М. Шляхи удосконалення дистанційного навчання морфологічним дисциплінам в умовах локдауну 16

Стоянов О. М., Герцев В. М., Андреєва Т. О. Перспективи лікування синдрому оборотної задньої енцефалопатії..... 19

Гільмутдінова М. Ш. Використання інтегрального показника для оцінки оксидативних процесів у скелетній м'язовій тканині 21

Корольова О. В., Половенко Л. С. Роль біоплівок Candida Albicans у виникненні рецидивуючого кандидозного вульвовагініту 22

Оглобліна М. В., Михайлова Т. М. Профіль безпеки нестероїдних протизапальних засобів 24

Пшиченко В. В. Морфо-фукціональний стан епіфізу щурів в умовах гіпотермії 27

Чеботар Л. Д., Ларичева О. М., Нєпєіна Г. В. Вільнорадикальні процеси у серці щурів з різною поведінковою активністю на тлі зниженої функції епіфіза 29

Чернишов О. В., Горішний І. М. Уявлення про туберкульоз легень у хворих із психічними порушеннями: астенічні та депресивні стани 31

Шмалько О. О. Система лікарського забезпечення в країнах світу..... 32

Яковенко Н. О., Зак М. Ю., Нужна О. К. Особливості клінічного перебігу COVID-19 у дітей 35

Грузіна А. А., Шермастова Є. Р. Вплив псіхологічного стресу на показники життєстійкості у хворих на параноїдну шизофренію в умовах епідемії COVID-19..... 37

Андреєва Т. О., Чеботарьова Г. М., Стоянов О. М., Вастьянов Р. С., Остапенко І. О. Ускладнення при дегенеративно-дистрофічному процесі шийного відділу хребта у людей та дрібних тварин. Больовий синдром 38

Андреєва Т. О., Чеботарьова Г. М., Стоянов О. М., Вастьянов Р. С., Остапенко І. О. Дегенеративно-дистрофічні процеси шийного відділу хребта у людей та домашніх тварин. Роль метода КТ в ранній діагностиці шийного остеохондрозу 40

Половенко Л. С., Корольова О. В. Vibrio Vulnificus – формування біоплівок за участю капсульних полісахаридів..... 42

Рибачук Є. Ю. Аналіз залежності дефіциту вітаміну D та потреби у кисневій підтримці у пацієнтів хворих на коронавірусну хворобу (COVID-19) в умовах стаціонару 44

Горішний І. М., Чернишов О. В. Базисна терапія бронхіальної астми: рекомендації глобальної ініціативи з астми 2020 (GINA 2020)..... 45

Гоцуляк О. С., Невинський О. Г., Грищенко Г. В.
Дослідження клініко-біологічних ефектів
дії випромінювання радону 46

Ілляшенко Ю. В., Зак М. Ю. Статини різних поколінь –
відмінності в ефективності та ризиках при лікуванні 51

Мельницька Л., Горішна І., Оглобліна М. В.
Раціональне використання антибіотиків:
роль фармацевтичного працівника 54

Цуканов І. М., Зак М. Ю. Профілактика гастроінтестинальних
ускладнень в постковідний період
на фоні прийому антиагрегантів 55

Чеботарь М. Е., Дробот В. Г. Вплив дистанційного навчання
на життєдіяльність та психоемоційний стан школярів
під час пандемії COVID-19 57

Чеботарь М. Е., Свердлова М. В. Пневмоцистна пневмонія:
клініко-патогенетичні особливості у пацієнтів з вторинними
імунодефіцитами 59

Секція.
СУСПІЛЬНІ НАУКИ

Підсекція: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ САМОАКТУАЛІЗОВАНОЇ ОСОБИСТОСТІ

Амплєєва О. М. Психологічні детермінанти саморозвитку
особистості 62

Васильєва Г. В. Зв’язок травми прихильності
та нарцистичні прояви 64

Васильєва Г. В., Колєснік Н. В. Особливості корекції
сімейних відносин у сім’ях військовослужбовців 65

Гусак В. М. Ставлення до сексуальності в традиційній культурі
українців 67

Каневський В. І. Пандемія COVID-19, соціальні мережі
та соціальне дистанціювання студентської молоді 69

Каневський В. І. Переживання самотності як суїцидологічний феномен 72

Лисенкова І. П. Особливості емоційного розвитку дітей з когнітивними порушеннями 74

Миропольцева Н. І. Розвиток соціального інтелекту студентів як фактору професійної реалізації 77

Хоржевська І. М., Пушкаревська Н. О. Вплив тривожності матері на емоційний стан дитини 79

Хоржевська І. М., Рижкова І. О. Особливості причин сімейного конфлікту 81

Секція.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Підсекція: АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ, ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Редька О. Г., Конопляник О. В., Сергієнко Ю. М. Організація фізичного виховання в ЧНУ ім. Петра Могили 84

Конопляник О. В., Сергієнко Ю. М., Ільїн М. С., Бердник В. І. Аналіз нормативних документів з розвитку фізичного виховання та студентського спорту у ЗВО 86

Бондаренко І. Г., Бондаренко О. В., Павленко Ю. О., Головаченко І. В. Удосконалення теоретичної підготовки з фізичного виховання студентів шляхом визначення сучасних напрямів розвитку веслувальних видів спорту 89

Мінц М. О., Головаченко І. В. Засоби відновлення організму спортсменів при значних фізичних навантаженнях 91

Мінц М. О., Головаченко І. В. Прояви девіації у спорті 94

Дзюбан О. В., Колоскова І. В. Бадмінтон як засіб збереження органів зору студентів під час дистанційного навчання 96

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

Технічний редактор, комп’ютерна верстка *Н. Кардаш.*
Друк *С. Волинець*. Фальцювально-палітурні роботи *О. Мішалкіна.*

Підп. до друку 27.05.2021.
Формат $60\times84^{1}/_{16}$. Папір офсет.
Гарнітура «Times New Roman». Друк ризограф.
Ум. друк. арк. 6,04. Обл.-вид. арк. 5,67.
Тираж 40 пр. Зам. № 6282.

Видавець і виготовлювач: ЧНУ ім. Петра Могили.
54003, м. Миколаїв, вул. 68 Десантників, 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 – 2021:

СТРАТЕГІЇ КРАЇН ПРИЧОРНОМОРСЬКОГО РЕГІОНУ В ГЕОПОЛІТИЧНОМУ ПРОСТОРІ

XV 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

ЧНУ
ВИДАВНИЦТВО